

Version 5.0 / 12.03.2021

Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage selon TARPSY

Rapport-type de révision¹

de l'hôpital X

Version 5.0
Révision des données 2021
Applicable à partir du 01.01.2022

La version en langue allemande fait foi

¹ Concrétisation du volet statistique et des critères d'évaluation

Préambule

Pour atteindre des résultats homogènes permettant une comparabilité à l'échelle de la Suisse, les points suivants doivent être pris en compte lors de l'élaboration du rapport-type de révision:

1. Le rapport-type de révision est un document contraignant et doit être entièrement rempli. Il est considéré comme un rapport de révision standard.
2. L'ordre des chapitres doit correspondre à celui du rapport-type de révision.
3. Toutes les annexes doivent être jointes au rapport.
4. Si un chapitre du rapport-type de révision ne s'applique pas en raison d'une structure individuelle à un hôpital, ce chapitre doit être conservé avec une note de la société de révision expliquant l'absence des informations requises.
5. Toutes les désignations de colonnes et de lignes doivent être conservées de manière inchangée.
6. Si la société de révision met des évaluations ou informations supplémentaires à disposition de l'hôpital, celles-ci peuvent être complétées sans modification de la structure de base.

Le rapport-type de révision connaît trois types de résultats:

- Les résultats relatifs à l'ensemble de base (en vert): données statistiques sur l'ensemble de base (données complètes de l'hôpital).
- Les résultats relatifs à l'échantillon (en bleu): données statistiques sur l'échantillon. Si les cas ont été inclus dans l'échantillon avec une probabilité différente, les informations sont présentées en tant que moyennes et sommes non pondérées, c'est-à-dire non modifiées, conformément à l'échantillon réel.
- Estimations (en rouge): estimations non biaisées de paramètres de l'ensemble de base. Si la répartition des cas dans l'échantillon selon le cost-weight ne correspond pas à la répartition de l'ensemble de base, les résultats estimés doivent être corrigés et indiqués après pondération, pour être représentatifs de l'ensemble de base.

Les différentes couleurs utilisées dans le rapport-type de révision le sont à des fins d'illustration. Il n'y a pas lieu de les utiliser dans le véritable rapport de révision.

Sommaire

Résumé.....	5
Résultats de la révision en bref	5
Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon	6
1. Exécution de la révision.....	7
1.1 Période de référence.....	7
1.2 Version en vigueur.....	7
1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon	7
1.4 Description chronologique de la révision	7
1.5 Qualification du réviseur	7
1.6 Indépendance du réviseur.....	7
1.7 Remarques.....	7
2. Constatations	8
2.1 Constatations générales	8
2.2 Bases administratives	8
2.2.1 Dossiers de patients.....	8
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés.....	8
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas).....	9
2.2.4 Congruence de la facturation.....	9
2.3 Diagnostics et traitements	9
2.3.1. Erreurs constatées.....	9
2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur.....	9
2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position	10
2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur	10
2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....	11
2.3.6 Attribution du diagnostic principal	11
2.3.7 Attribution du diagnostic supplémentaire	11
2.3.8 Attribution du code CHOP (sans 94.A1 et 94.A2).....	12
2.3.9 Attribution du code CHOP (94.A1).....	12
2.3.10 Attribution du code CHOP (94.A2).....	12
2.3.11 Prestations ambulatoires externes	12
2.4 Médicaments (substances).....	12
2.5 Changements de cost-weights.....	13
2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de cost-weights.....	13
2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS	13
2.6 Cost-weights	13

2.6.1 DMI de l'hôpital avant et après révision	13
2.6.2 CMI de l'hôpital avant et après révision	14
2.6.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision.....	14
2.6.4 Différences entre les cost-weights	14
2.6.5 Différences entre les durées de séjour.....	14
2.7 Comparaison échantillon et ensemble de base	14
2.7.1 Nombre de cas et de jours	14
2.7.2 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital	15
2.7.3 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient.....	15
2.7.4 Nombre de codes de traitement par patient	15
2.7.5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires.....	15
2.8 Rémunérations supplémentaires.....	15
2.9 Comparaison avec les révisions antérieures.....	15
3. Recommandations.....	16
3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	16
3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY.....	16
3.3 Autres remarques du réviseur.....	16
4. Remarques de la direction de l'hôpital.....	17
Annexe 1: Pièces justificatives.....	18
Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X.....	18
Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX.....	19
Annexe 2: Aperçu des prestations durant la période sous revue	20
Aperçu des prestations durant la période sous revue	20
Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance.....	20
Nombre de rémunérations supplémentaires	20

Résumé

Résultats de la révision en bref

Chapitre	Unité de mesure	Résultat	
2.7.1	Cas de l'échantillon	Nombre	
2.7.1	Cas de l'ensemble de base	Nombre	
2.7.1	Jours de l'échantillon	Nombre	
2.7.1	Jours de l'ensemble de base	Nombre	
2.6.1	DMI de l'hôpital avant révision		
2.6.1	DMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)		
2.6.1	Signification statistique de l'écart entre DMI avant et après la révision	oui/non	
2.6.1	Différence estimée entre DMI de l'hôpital avant et après révision	Valeur abs.	%
2.5.1	Cas révisés avec changements de cost-weights	Nombre	%
2.3	Diagnostics principaux corrects ²	Nombre	%
2.3	Complément au diagnostic principal correct ²	Nombre	%
2.3	Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct (sans 94.A1 et 94.A2) ³	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct (94.A1) ³	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct (94.A2) ³	Nombre	%
2.8	Rémunérations supplémentaires correctes ³	Nombre	%
2.2.3	Combinaisons de cas contestées	Nombre	%
2.2.1.1	Dossiers de patients manquants	Nombre	%
2.3.11	Prestations ambulatoires externes saisies correctement	Nombre	%

² Pour les diagnostics principaux corrects et les compléments corrects au diagnostic principal, le code doit non seulement être correct, mais également avoir été codé à la bonne position (un diagnostic principal jugé «correct» doit par exemple être saisi à la position «Diagnostic principal»). Si un diagnostic supplémentaire a été codé avec le code correct pour le diagnostic principal, ce diagnostic supplémentaire ne peut alors pas être considéré comme un diagnostic principal correct).

³ Indication par cas

Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon⁴

Unité de mesure	Ensemble de base	Échantillon
Cas avec rémunérations supplémentaires	%	%
Cas avec prestations ambulatoires externes	%	%
DMI		

⁴ Les informations se réfèrent à chaque fois aux données avant révision (par ex. DMI: les cost-weights effectifs avant révision sont pris en compte).

1. Exécution de la révision

1.1 Période de référence

1.2 Version en vigueur

Catalogue des PCG avec cost-weights, règles de facturation («Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY» ainsi que «Clarifications et exemples de cas concernant les règles d'application»), manuel de codage, classifications (CHOP et CIM-10-GM); typologie des erreurs.

1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon

Description complète de la méthode utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage ainsi que des procédés de calcul utilisés.

1.4 Description chronologique de la révision

Date/heure de l'envoi de l'échantillon. Date/heure de l'entretien sur le cas. Durée de la révision du codage à proprement parler (sans rédaction du rapport, entretien sur le cas et autres tâches administratives). Indication du lieu du déroulement de la révision.

1.5 Qualification du réviseur

1.6 Indépendance du réviseur

Communication de liens de dépendance éventuels par rapport à un financeur et renvoi à l'Annexe 1.

1.7 Remarques

2. Constatations

2.1 Constatations générales

2.2 Bases administratives

2.2.1 Dossiers de patients

2.2.1.1 Nombre et pourcentage de dossiers de patients manquants

2.2.1.2 Qualité de la tenue des dossiers

Critères d'évaluation: transparence, chronologie, intégralité/absence de documents individuels pertinents pour la révision du codage.

2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés

Erreurs dans:	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		
Décision d'envoi		
Lieu de séjour avant l'admission		
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, réadaptation, soins somatiques aigus)		
Décision de sortie		
Lieu de séjour après la sortie		
Traitement après la sortie		
Durée de séjour		
Congé administratif		
Motif de réadmission		
Placement à des fins d'assistance		

2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas)

2.2.3.1 Erreurs constatées

Type d'erreur	PCG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence de cost-weight

2.2.3.2 Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base de la version en vigueur des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY».

2.2.4 Congruence de la facturation

Erreurs constatées:

	PCG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
Incorrecte			
Encore aucune facture disponible			
Autre			
Manquante			

Les cas d'annulation qui ont été signalés avant le début de la révision doivent être énumérés en détail ici.

Dans ce contexte, il convient de rappeler le point 4.2.3.5 du règlement. La correction de factures en raison de la révision du codage n'est pas autorisée, sauf en cas de signification statistique.

2.3 Diagnostics et traitements

2.3.1. Erreurs constatées

Respect du manuel de codage, indication de l'importance PCG des erreurs constatées, etc.

2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Diagnostic principal						
Complément au diagnostic principal						
Diagnostics supplémentaires						

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Total diagnostics						
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)						
Traitements (94.A1)						
Traitements (94.A2)						
Total traitements						

2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position

	1 ^{er} caractère faux	2 ^e caractère faux	3 ^e caractère faux	4 ^e caractère faux	5 ^e caractère faux	6 ^e caractère faux	total
Diagnostic principal							
Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)							
Traitements (94.A1)							
Traitements (94.A2)							
Total traitements							

2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles
Diagnostic principal					
Complément au diagnostic princ.					
Diagnostics supplémentaires					
Total diagnostics					
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)					
Traitements (94.A1)					
Traitements (94.A2)					

Total traitements					
-------------------	--	--	--	--	--

2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position

	1 ^{er} caractère faux	2 ^e caractère faux	3 ^e caractère faux	4 ^e caractère faux	5 ^e caractère faux	6 ^e caractère faux	total
Diagnostic principal							
Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)							
Traitements (94.A1)							
Traitements (94.A2)							
Total traitements							

2.3.6 Attribution du diagnostic principal

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

2.3.7 Attribution du diagnostic supplémentaire

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

2.3.8 Attribution du code CHOP (sans 94.A1 et 94.A2)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.9 Attribution du code CHOP (94.A1)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.10 Attribution du code CHOP (94.A2)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.11 Prestations ambulatoires externes

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

2.4 Médicaments (substances)

La liste des médicaments et substances pouvant être enregistrés dans la statistique médicale au niveau des cas selon SwissDRG SA est déterminante.

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

Données sur le type d'erreur (unité de dosage, mode d'administration, etc.)

2.5 Changements de cost-weights

2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de cost-weights

	Cost-weight supérieur après révision		Cost-weight inférieur après révision		Pas d'effet sur le cost-weight	
		%		%		%
Dus à une modification du diagnostic principal		%		%		%
Dus à la modification d'un diagnostic supplémentaire		%		%		%
Dus à une modification du code de traitement		%		%		%
Dus à d'autres changements		%		%		%
Total		%		%		%

2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS

Différences	Soumission à l'OFS oui/non	Remarques

2.6 Cost-weights

2.6.1 DMI de l'hôpital avant et après révision

DMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)		
DMI estimé de l'hôpital avant révision (échantillon)		
DMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)		
Signification statistique de la différence du DMI avant et après révision	<i>oui/non</i>	
Différence estimée du DMI avant et après révision	<i>Valeur abs.</i>	<i>%</i>
Intervalle de confiance (IC) 95% de la différence du DMI de l'hôpital avant et après révision ⁵	<i>IC inférieur</i>	<i>IC supérieur</i>

⁵ Si au moins trois cost-weights ont été corrigés.

2.6.2 CMI de l'hôpital avant et après révision

CMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)	
CMI estimé de l'hôpital avant révision (échantillon)	
CMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)	

2.6.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision

Durée moyenne de séjour avant révision (ensemble de base)	
Durée moyenne de séjour estimée avant révision (échantillon)	
Durée moyenne de séjour estimée après révision (échantillon)	

2.6.4 Différences entre les cost-weights

Liste des cost-weights associés avant et après révision, pour les cas avec des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro (liste des paires (x,y) , où x = cost-weight avant révision, y = cost-weight après révision, $x \neq y$).

Numéro de cas	Cost-weight avant révision	Cost-weight après révision
.....		

2.6.5 Différences entre les durées de séjour

Liste des durées de séjour associées, avant et après révision, pour les cas avec des différences de durées de séjour qui ne sont pas égales à zéro (liste des paires (u,v) où u = durée de séjour avant révision, v = durée de séjour après révision, $u \neq v$).

Numéro de cas	Durée de séjour avant révision	Durée de séjour après révision
.....		

2.7 Comparaison échantillon et ensemble de base

2.7.1 Nombre de cas et de jours

Nombre de cas (échantillon)	
Nombre de cas (ensemble de base)	
Nombre de jours (échantillon)	
Nombre de jours (ensemble de base)	

2.7.2 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital

	Codes non spécifiques ⁶ de l'ensemble de base		Codes non spécifiques de l'échantillon	
	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Diagnostics				
Traitements				

2.7.3 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (échantillon)	
Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (ensemble de base)	

2.7.4 Nombre de codes de traitement par patient

Nombre de codes de traitement/patient (échantillon)	
Nombre de codes de traitement/patient (ensemble de base)	

2.7.5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires

Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (échantillon)	%
Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	%

2.8 Rémunérations supplémentaires

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

2.9 Comparaison avec les révisions antérieures

Comparaison des résultats de la révision selon le résumé du rapport-type de révision avec les résultats de l'année antérieure.

⁶ Tous les codes CHOP et CIM-10 contenant l'indication «sans autre précision» (SAP) sont considérés comme non spécifiques, à l'exception des codes CIM V01!-Y84!.

3. Recommandations

3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital

Les recommandations pour l'amélioration du codage doivent être détaillées et prendre en compte les erreurs constatées.

3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY

Propositions de modifications de la classification (CIM et CHOP), des directives de codage ou de l'algorithme du Groupeur.

3.3 Autres remarques du réviseur

4. Remarques de la direction de l'hôpital

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

Annexe 1: Pièces justificatives

Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X

1. Le réviseur s'engage à réviser le codage de manière appropriée et professionnelle sur la base du règlement pour la révision du codage selon TARPSY, dans la version en cours de validité.
2. Le réviseur s'engage à traiter de manière durablement confidentielle, vis-à-vis de tiers, les contenus parvenus à sa connaissance durant son activité de révision et à ne pas réutiliser les résultats.
3. Le réviseur s'engage à garantir à tout moment l'anonymat des données de patients dans le cadre de la transmission des listes de données de la révision, de telle sorte que l'on ne puisse conclure à l'identité des patients.
4. Le réviseur confirme son indépendance par rapport à l'hôpital soumis à la révision. Il confirme notamment que, pendant la période de révision et la durée de la révision, il n'était pas lié à l'hôpital soumis à la révision par un contrat de travail, par un mandat, ou par d'autres rapports de dépendance financière. Tout lien de dépendance éventuel par rapport à un financeur doit être intégralement communiqué dans le rapport de révision.
5. Le réviseur atteste que la société de révision qui l'emploie n'a pas également codé les prestations médicales de l'hôpital concerné, ni conseillé ce dernier en matière de controlling médical.

.....

Lieu et date

.....

Réviseur du codage

Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX

Nous confirmons avoir communiqué au réviseur tous les cas, facturés selon TARPSY par l'hôpital X, de patients sortis entre le 1^{er} janvier 20XX et le 31 décembre 20XX.

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

Annexe 2: Aperçu des prestations durant la période sous revue

Aperçu des prestations durant la période sous revue

Nombre de cas traités dans le cadre d'un séjour hospitalier (ensemble de l'institution)

	AMal	AA	AM	AI	Total
Psychiatrie des adultes					
Psychiatrie des enfants et des adolescents					
Patients recevant des soins et en attente de placement ⁷					
Soins somatiques aigus					
Réadaptation					

Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance

	AMal	AA	AM	AI
Interne au canton				
Canton A				
Canton B				
Canton C				
....				

Nombre de rémunérations supplémentaires

Rémunération supplémentaire	Dénomination	Montant	AMal	AA	AM	AI	Auto-payeurs	papayer	Autres	inconnu	Total
Total rémunérations supplémentaires											

⁷ Patients recevant des soins et en attente de placement au sens des règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY