
Version 10.0 / 2021

Règlement
concernant l'exécution de la révision du codage
selon SwissDRG

Version 10.0
Révision des données 2021
Applicable à partir du 01.01.2022

avec Annexe 1 Echantillon et Annexe 2 Rapport-type de révision

Tables des matières

1. Introduction	3
2. Objectifs et principes de la révision du codage	3
3. Obligations du réviseur	4
3.1. Qualification	4
3.2. Liste OFS des réviseurs	4
3.3. Code de conduite du réviseur	4
3.3.1. Méthode de travail	4
3.3.2. Secret professionnel	4
3.3.3. Indépendance	4
4. Directives de révision	4
4.1. Principes	5
4.1.1. Contenu de la révision du codage	5
4.1.2. Révision annuelle	5
4.1.3. Bases de révision	5
4.1.4. Mandat conféré au réviseur	5
4.1.5. Financement de la révision	5
4.1.6. Lieu de la révision	5
4.1.7. Dates de révision	6
4.2. Exécution de la révision	6
4.2.1. Déclaration d'intégralité	6
4.2.2. Prélèvement de l'échantillon	6
4.2.3. Procédure de révision	6
4.2.4. Schéma d'évaluation pour le codage de l'hôpital (typologie des erreurs)	7
4.2.5. Etablissement du rapport de révision	8
4.2.6. Procédure en cas de désaccord	8
5. Rapport de révision	8
5.1. Contenu du rapport de révision	8
5.2. Utilisation et publication du rapport de révision	8
6. Etat	9
Annexe 1: Echantillon	10

1. Introduction

Le système de classification des patients SwissDRG a été introduit le 1^{er} janvier 2012 dans les hôpitaux de soins aigus de Suisse.

Conformément à l'art. 59d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal, les partenaires tarifaires LAMal doivent, dans l'optique de l'introduction de SwissDRG, soumettre la convention tarifaire au Conseil fédéral pour approbation.

L'art. 59d, 2e al., de l'OAMal précise ce qui suit: «Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG, la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage.» L'établissement du présent concept satisfait à cette disposition.

2. Objectifs et principes de la révision du codage

Pour une application efficace de SwissDRG sur le plan tarifaire, il faut impérativement que les instruments du codage médical soient mis en œuvre correctement par les hôpitaux. Le codage d'un cas thérapeutique a en effet des conséquences directes sur la facturation.

La révision du codage selon SwissDRG a pour but d'évaluer la qualité du codage dans les hôpitaux et de consigner les résultats dans un rapport, chaque hôpital faisant l'objet d'un rapport distinct. La révision du codage repose sur un contrôle par échantillonnage irréprochable de l'évaluation du codage. La révision du codage représente donc aussi un moyen de garantir la qualité du codage. Outre sa fonction de contrôle, la révision sert au développement du système de codage.

Afin de garantir la comparabilité des résultats, l'exécution de la révision du codage et l'établissement du rapport de révision doivent intervenir de manière uniforme dans toute la Suisse.

Les dispositions relatives à l'exécution de la révision du codage sont consignées dans le présent règlement et sont valables à l'échelle nationale. L'exécution de la révision du codage selon le présent règlement fait impérativement partie intégrante des conventions tarifaires et des mandats de prestations des cantons.

Au besoin, le règlement est adapté aux nouvelles exigences. Les parties contractantes terminent les négociations nécessaires à toute adaptation avant le 30 juin et le nouveau texte qui en résulte entre en vigueur l'année suivante.

Les contenus des rapports ne doivent pas permettre de déduire l'identité des patients.

Les documents sont traduits en français et en italien. En cas de doute, la version allemande fait foi.

3. Obligations du réviseur¹

3.1. Qualification

1. Pour pouvoir assumer la révision du codage, le réviseur doit être titulaire du brevet fédéral «spécialiste en codage médical» ou d'un **diplôme équivalent²** et bénéficier d'une expérience professionnelle de 3 ans dans le domaine du codage dans le cadre d'un poste à temps plein.
2. Le réviseur doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires pour pouvoir procéder à la révision des cas dans la langue nationale correspondante.
3. Le réviseur s'engage à suivre régulièrement des formations continues dans le domaine du codage.
4. Le réviseur peut justifier au moins d'une occupation de 50 % dans le domaine du codage (révisions, codage à l'hôpital, formations, etc.) pour l'année des données à réviser.

3.2. Liste OFS des réviseurs

1. L'OFS tient une liste de l'ensemble des réviseurs qui satisfont aux exigences définies au point 3.1 et qui ont soumis à l'OFS une requête d'admission sur la liste des réviseurs.
2. L'OFS publie la liste actualisée le 30.06. et le 31.12. de chaque année. Il est habilité à formuler des dispositions exécutoires.

3.3. Code de conduite du réviseur

3.3.1. Méthode de travail

1. Le réviseur s'engage à appliquer les directives de codage publiées par l'OFS de manière conforme. Il connaît les directives de révision mentionnées ci-après et agit en conséquence.
2. Le réviseur est conscient que son évaluation peut avoir des conséquences pour l'hôpital soumis à la révision. Toutefois, ces conséquences ne doivent pas entrer en ligne de compte lors de la révision, ni influencer la conduite du réviseur ou les constatations consignées dans son rapport.

3.3.2. Secret professionnel

Les informations portées à la connaissance du réviseur dans le cadre de son activité de contrôle ont un caractère confidentiel et obligent le réviseur à garder durablement le secret vis-à-vis de tiers. L'utilisation des résultats à d'autres fins n'est pas autorisée.

3.3.3. Indépendance

1. Le réviseur garantit son indépendance vis-à-vis de l'hôpital soumis à la révision et confirme celle-ci dans le rapport de révision. Cela signifie notamment que, pendant la période de révision et la durée de celle-ci, le réviseur ne peut être lié à l'hôpital soumis à la révision par un contrat de travail, par un mandat et par d'autres engagements financiers. Tout lien de dépendance éventuel vis-à-vis d'un financeur doit être indiqué.
2. La société de révision du codage n'est pas autorisée à coder simultanément les prestations médicales dans l'hôpital concerné et/ou à conseiller ledit hôpital en matière de controlling médical.

4. Directives de révision

¹ Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé indifféremment pour désigner les personnes de sexe masculin et féminin.

² Les demandes de reconnaissance des acquis, accompagnées des documents requis, doivent être adressées à la commission d'examen fédérale de l'examen professionnel Spécialiste en codage médical.

4.1. Principes

4.1.1. Contenu de la révision du codage

1. La révision du codage porte sur la vérification dans un hôpital donné, de la qualité du codage et de la facturation selon SwissDRG qui en résulte. Les résultats de ce contrôle sont consignés dans un rapport.
2. Les présentes directives de révision englobent les exigences relatives à la révision du codage définies de manière homogène à l'échelle nationale.
3. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de contenus plus contraignants, mais qui ne doivent en aucun cas nuire à la révision du codage définie dans ce règlement. Des contrôles plus approfondis peuvent également être instaurés par le biais de la législation cantonale.

4.1.2. Révision annuelle

La révision du codage a lieu pour chaque année de données X et doit être terminée avant le 31 mai de l'année X+2. Elle peut être exécutée en deux étapes, d'un commun accord. Dans tous les cas, un seul rapport de révision est toutefois établi, lequel contient les résultats agrégés des deux étapes.

4.1.3. Bases de révision

1. La révision est déterminée
 - a) en fonction des instruments de codage médical publiés par l'OFS (manuel de codage et classifications des diagnostics et procédures ainsi que les circulaires pour les codeuses et les codeurs dans la version spécifiée pour la période de référence) et
 - b) en fonction des règles relatives à l'application de SwissDRG en vigueur au moment de la révision.
2. Les versions du groupeur et de la pondération de cas en vigueur pour l'année de révision doivent être indiquées.
3. Chaque cas est vérifié à partir de toutes les pièces du dossier du patient³.

4.1.4. Mandat conféré au réviseur

Le réviseur est désigné en commun par les parties contractantes. Les hôpitaux disposent d'un droit de proposition, dans le respect des critères listés au point 3.3.3 concernant l'indépendance. Si les parties contractantes ne parviennent pas à s'entendre, le canton est souverain pour la désignation du réviseur.

4.1.5. Financement de la révision

Les coûts entraînés par la révision sont supportés par l'hôpital soumis à la révision. Ils sont toutefois intégrés dans le calcul tarifaire en tant que coûts imputables.

4.1.6. Lieu de la révision

1. La révision intervient en général à l'hôpital qui met à disposition des locaux adéquats pour l'exécution de la révision du codage.

³ Pour la révision du codage, le dossier complet du patient reprend uniquement les documents relatifs au codage pour le cas à examiner.

2. Si l'ensemble des documents nécessaires à la révision est disponible en format électronique, la révision peut aussi être exécutée en dehors de l'hôpital, dans le respect des dispositions applicables en matière de protection des données.

4.1.7. Dates de révision

Les dates de révision sont fixées entre le réviseur et l'hôpital compte tenu de l'échéance définie pour la remise du rapport de révision.

4.2. Exécution de la révision

4.2.1. Déclaration d'intégralité

1. L'hôpital est tenu de remettre au réviseur, au début de la révision du codage, une déclaration d'intégralité confirmant que les cas facturés selon SwissDRG au cours de l'exercice contrôlé ont tous été adressés au réviseur pour le prélèvement des échantillons.
2. Toute modification après transmission de ces données dans le cadre d'un changement de facturation doit être communiquée spontanément par l'hôpital au réviseur avant le début de l'activité de révision.

4.2.2. Prélèvement de l'échantillon

1. L'échantillon est prélevé de manière aléatoire. Le prélèvement a lieu sur la base des sorties d'hospitalisations somatiques aiguës facturées selon SwissDRG durant la période de révision. La base de données transmise pour le prélèvement de l'échantillon ne doit pas être modifiée par le réviseur après la transmission. Si un cas prélevé correspond à une situation de regroupement de cas, que cela soit avec un ou plusieurs cas, la révision du cas correspondant s'étend systématiquement à l'ensemble des séjours hospitaliers rentrant dans le regroupement de cas. Si des cas ont été séparés lors d'une révision alors qu'ils avaient été regroupés par l'hôpital, ou si la révision a conduit au regroupement de cas qui n'avaient pas été regroupés par l'hôpital, et si ces cas ne sont pas inclus dans l'échantillon, les résultats doivent être présentés séparément dans le rapport de révision. Ces cas ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des données à présenter.
2. Les détails relatifs à la détermination de la taille de l'échantillon sont définis dans l'Annexe 1.
3. Le prélèvement de l'échantillon est effectué par le réviseur, en collaboration avec l'hôpital.
4. La communication de l'échantillon (transmission des dossiers de révision à l'hôpital) a lieu au plus tard 10 jours et au plus tôt 15 jours avant la révision.
5. S'il n'y a pas de dossier de patient selon le point 4.2.3 al. 2 et 3 disponible à la date de la révision dans plus de 1% des cas, un nouvel échantillon doit être prélevé de manière globale. L'hôpital doit en outre justifier l'absence des dossiers de certains patients. Les deux éléments doivent être mentionnés dans le rapport de révision.

4.2.3. Procédure de révision

1. Le réviseur s'assure que les cas présentés par l'hôpital correspondent à ceux de l'échantillon.
2. Le réviseur code chaque cas de l'échantillon au moyen du dossier complet du patient (rapport de sortie, rapports opératoires, rapports pathologiques, rapport endoscopique, documentation des soins, etc.).
3. La révision du codage intervient sur la base du dossier du patient de manière spécifique pour chaque cas sous la forme de recodage. Autrement dit, le codage d'origine est connu.

4. Le réviseur vérifie le cas échéant que le codage initial de l'hôpital et la facturation coïncident.
5. La facturation ne peut être corrigée sur la base de la révision du codage, sauf si cela a une portée statistique.

4.2.4. Schéma d'évaluation pour le codage de l'hôpital (typologie des erreurs)

Le codage est jugé:

- «**juste**» si les deux codes sont identiques (c.-à-d. si **tous** les caractères du code sont identiques).
- «**faux**» si un caractère du code du CIM-10 diffère de celui du CHOP.
- «**absent**»
- «**injustifié**»
- «**inutile**»

La typologie des erreurs est récapitulée dans le tableau suivant:

Type d'erreur	Code diagnostique (CIM-10)	Code de traitement (CHOP)
Code juste	☺☺☺.☺☺	☺☺.☺☺.☺☺
1 ^{er} caractère faux	☹☺☺.☺☺	☹☺.☺☺.☺☺
2 ^e caractère faux	☺☹☺.☺☺	☺☹.☺☺.☺☺
3 ^e caractère faux	☺☺☹.☺☺	☺☺.☹☺.☺☺
4 ^e caractère faux	☺☺☺.☹☺	☺☺.☺☹.☺☺
5 ^e caractère faux	☺☺☺.☺☹	☺☺.☺☺.☹☺
6 ^e caractère faux	-	☺☺.☺☺.☺☹
Code absent	Le code diagnostique n'est pas indiqué, bien que le diagnostic correspondant figure dans les documents utilisés pour le codage et soit important pour l'hospitalisation.	Le code de traitement n'est pas indiqué, bien que le traitement correspondant figure dans les documents utilisés pour le codage et ait été appliqué pendant l'hospitalisation.
Code injustifié	Le code diagnostique est indiqué, bien que le diagnostic correspondant ne figure pas dans les documents utilisés pour le codage ou soit sans importance pour l'hospitalisation.	Le code de traitement est indiqué, bien que le traitement correspondant ne figure pas dans les documents utilisés pour le codage ou soit sans importance pour l'hospitalisation.
Code inutile	Le code diagnostique est indiqué, bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que les directives de codage de l'OFS n'exigent pas	Le code de traitement est indiqué, bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que les directives de codage de l'OFS

	de code diagnostique dans ce cas.	n'exigent pas de code de traitement dans ce cas.
--	-----------------------------------	--------------------------------------------------

4.2.5. Etablissement du rapport de révision

1. Les résultats de la révision du codage sont consignés par écrit et discutés avec le responsable du codage de l'hôpital une fois la révision terminée. Le rapport de révision provisoire est adressé à l'hôpital et celui-ci doit prendre position dans les 10 jours ouvrables après la mise à disposition du rapport provisoire. Le réviseur établit ensuite le rapport de révision définitif à l'attention de l'hôpital.
2. Les détails relatifs au rapport de révision sont définis dans le chapitre 5 et dans l'Annexe 2.

4.2.6. Procédure en cas de désaccord

1. Si l'hôpital n'est pas d'accord avec un codage du réviseur ou avec d'autres constatations que le réviseur a faites dans le cadre de son activité et qu'aucun accord ne peut par ailleurs être trouvé par le dialogue, le rapport est établi selon l'évaluation et le codage du réviseur.
2. Le réviseur et l'hôpital peuvent présenter ensemble le codage contesté au secrétariat du codage de l'OFS à des fins d'évaluation. La réponse est donnée dans un intervalle de 30 jours après réception de la demande. Dans ce cas aussi, c'est la position du réviseur qui est déterminante pour le rapport de révision. Le différend doit être mentionné dans le rapport de révision, quelle que soit l'éventuelle évaluation faite par l'OFS.

5. Rapport de révision

5.1. Contenu du rapport de révision

1. Les résultats de la révision sont consignés dans le rapport de révision. Les informations contenues dans le rapport de révision ne doivent pas permettre de déduire l'identité des patients.
2. Le rapport de révision doit respecter les prescriptions formelles définies dans l'Annexe 2. Il se compose des parties suivantes:
 1. Rapport sur la révision du codage
 2. Listes de données de la révision

5.2. Utilisation et publication du rapport de révision

1. L'hôpital doit rendre accessibles les évaluations effectuées dans le rapport de révision selon l'art. 1 «Résumé» du rapport-type de révision, version 9.0, en tant qu'observations principales du rapport de révision. L'hôpital est libre de publier le rapport de révision dans son intégralité.
2. Dans le cadre de la transmission des listes de données de la révision, l'anonymat des données concernant les patients doit être garanti à tout moment, de telle sorte qu'aucune conclusion ne puisse être tirée quant à l'identité des patients.
3. Les destinataires suivants sont en droit d'accéder à l'intégralité du rapport de révision signé au format pdf, y compris aux listes de données de la révision au format dat:

Destinataires	Droits du destinataire du rapport
---------------	-----------------------------------

Hôpital soumis à la révision	Peut disposer librement des contenus
Canton d'implantation	Peut transmettre les contenus en interne à des services cantonaux
H+	A définir par les hôpitaux / H+. Adresse d'envoi: tarif@hplus.ch
santésuisse	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie membres. Adresse d'envoi: mail@santesuisse.ch , objet: «Rapport de la révision du codage»
curafutura	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie membres. Adresse d'envoi: info@curafutura.ch , objet: «Rapport de la révision du codage»
CTM	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-accidents affiliés, à l'assurance militaire et à l'assurance invalidité. Adresse d'envoi: info@zmt.ch
CDS	Peut transmettre l'intégralité du rapport à tous les cantons. Adresses d'envoi: revisionsberichte@gdk-cds.ch ou rapport-codage@gdk-cds.ch
SwissDRG SA	Ne peut transmettre les contenus. Adresse d'envoi: info@swissdrg.org
Secrétariat du codage de l'OFS	Peut demander à le recevoir si nécessaire. Ne peut transmettre les contenus.

Le réviseur s'assure que le rapport de révision et les données de la révision sont adressés aux destinataires mentionnés ci-dessus au plus tard le 30 juin de l'année des données soumise à révision X+2.

6. Etat

Version 10.0 adoptée par le Conseil d'administration de SwissDRG SA à Berne le 11.06.2021.

Annexe 1: Echantillon

- A) Le procédé d'échantillonnage doit permettre d'obtenir l'estimation suivante de la différence D entre l'indice de casemix de l'hôpital calculé à partir des cost-weights de tous les cas de l'hôpital et l'indice de casemix de l'hôpital calculé à partir des cost-weights des cas révisés: la probabilité que l'erreur de cette estimation soit plus petite que 0.02 doit être supérieure à 95%.⁴ En d'autres termes, la marge d'erreur associée à un niveau de confiance de 95%⁵ doit être plus petite que 0.02.
Le calcul de la taille de l'échantillon repose avant tout sur la distribution des erreurs observées lors de la révision précédente. Les résultats de révisions antérieures peuvent être pris en considération si cela est judicieux d'un point de vue statistique.
- B) Pour les établissements de ≥ 1000 cas par an, la taille de l'échantillon calculée conformément au point A) est < 100 ou > 300 cas, on utilise alors un échantillon de 100 cas minimum et 300 cas maximum.
- C) Pour les établissements de < 1000 cas par an, la taille de l'échantillon calculée conformément au point A) est < 20 , on utilise alors un échantillon d'au moins 20 cas.
- D) Lorsque, dans la dernière révision du codage, moins de 3 cost-weights ont été corrigés, la taille des échantillons pour la prochaine révision est fixée à 100 cas pour les établissements de ≥ 1000 cas par an et à 20 cas pour les établissements de < 1000 cas par an.
- E) Les méthodes pour l'échantillonnage et pour déterminer la taille des échantillons doivent reposer sur des principes statistiques, être documentées et validées scientifiquement. Afin de parvenir à la validité scientifique, il est recommandé d'utiliser les techniques de Bootstrap pour déterminer la taille de l'échantillon et l'intervalle de confiance de la différence de casemix. De plus, il faut s'assurer que les cas associés à un cost-weight élevé sont représentés de manière adaptée, ce qui peut être atteint au moyen d'un échantillonnage stratifié ou par l'utilisation de probabilités d'inclusion.
- F) Tous les procédés doivent être documentés de manière compréhensible, ce qui signifie qu'une tierce personne doit pouvoir les reproduire avec la même base de données et arriver à un résultat identique. En cas d'échantillonnage stratifié, la définition exacte des strates (critères, limites, portées) doit être reproduite. En cas d'échantillonnage pondéré, la pondération doit également être précisément décrite et les résultats présentés sous forme pondérée et non pondérée.
- G) Les résultats statistiques issus des échantillons doivent être déterminés avec des estimateurs non biaisés.
- H) Il est conseillé de faire appel à un spécialiste de la statistique.

⁴ De façon rigoureuse la règle est formulée de la manière suivante: Soit \hat{D} l'estimateur de D et ε l'erreur absolue d'estimation maximale souhaitée. La taille n doit être telle que la condition suivante soit remplie:

Probabilité $(|D - \hat{D}| < \varepsilon) \geq 0.95$ (1)

Ici $D - \hat{D}$ correspond à l'erreur d'estimation et $|D - \hat{D}|$ à sa valeur absolue. Dans les versions 1 à 4 du règlement, ε avait été fixé à 0.05. Dans les versions 5 et 6, elle a été ramenée à 0.02.

⁵ La marge d'erreur associée au niveau de confiance 95% est définie comme la moitié de l'intervalle de confiance pour D . En supposant que la distribution de l'estimateur \hat{D} est approximativement normale, la condition (1) ci-dessus équivaut à exiger que la marge d'erreur soit plus petite que ε avec une probabilité supérieure ou égale à 0.95.