

# Règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre des SwissDRG - Révision des données 2013

## avec Annexe : Echantillon

### 1. Introduction

Le système de classification des patients SwissDRG sera introduit le 1<sup>er</sup> janvier 2012 dans les hôpitaux pour soins aigus de Suisse.

Vu l'art. 59d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal, les partenaires tarifaires LAMal doivent, dans l'optique de l'introduction des SwissDRG, soumettre la convention tarifaire au Conseil fédéral pour qu'il l'approuve.

L'art. 59d, 2<sup>e</sup> al., de l'OAMal précise: «Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage.» Avec l'établissement du présent concept, l'une des conditions énoncées par cette disposition est satisfaite.

### 2. Objectifs et principes de la révision du codage

Pour que les SwissDRG soient appliqués efficacement sur le plan tarifaire, il faut impérativement que les bases du codage soient mises 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 dans le cadre des 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 la tâche 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 à l'échelle de toute la Suisse.

Les dispositions relatives à l'exécution de la révision du codage sont consignées dans le présent règlement et ont une validité 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 tirer des conclusions au sujet de l'identité des patients.

Les documents sont traduits en français et en italien. Dans le doute, la version allemande fait foi.

### **3. Exigences auxquelles doit satisfaire le réviseur<sup>1</sup>**

#### **3.1. Qualifications du réviseur**

- <sup>1.</sup> Pour pouvoir assumer la fonction de réviseur de codage, il faut être un spécialiste en codage médical titulaire du brevet fédéral ou d'un diplôme équivalent et bénéficier d'une expérience professionnelle de 3 ans dans le domaine du codage dans le cadre d'un poste à temps plein.
- <sup>2.</sup> Le réviseur doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires pour pouvoir procéder à la révision des cas dans la langue nationale correspondante.
- <sup>3.</sup> Le réviseur s'engage à suivre régulièrement des formations continues dans le domaine du codage.

#### **3.2. Liste OFS des réviseurs**

- <sup>1.</sup> L'OFS tient une liste de l'ensemble des réviseurs qui satisfont aux exigences définies au point 1.1 et ont soumis à l'OFS une requête d'admission sur la liste des réviseurs.
- <sup>2.</sup> 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**

- <sup>1.</sup> 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.
- <sup>2.</sup> 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**

- <sup>1.</sup> Les éléments perçus par le réviseur et les contenus appris pendant 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**

- <sup>1.</sup> Le réviseur garantit son indépendance par rapport à l'hôpital soumis à la révision et confirme celle-ci dans le rapport de révision. Cela signifie notamment que, pendant la durée de la révision, il ne peut exercer la fonction de codeur dans l'hôpital soumis à la révision, ni être lié à ce dernier par un contrat de travail ou dans le cadre de rapports entre mandant et mandataire, ni avoir une dépendance financière, quelle qu'elle soit, avec l'hôpital soumis à la révision. Des liens de dépendance éventuels par rapport à un financeur doivent être communiqués.

---

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

## **4. Directives de révision**

### **4.1. Principes**

#### **4.1.1. Contenu de la révision du codage**

- <sup>1.</sup> La révision du codage porte sur la vérification de la qualité du codage dans un hôpital donné. Les résultats de ce contrôle sont consignés dans un rapport.
- <sup>2.</sup> Les présentes directives de révision englobent les exigences minimales relatives à la révision du codage définies de manière homogène à l'échelle de toute la Suisse.
- <sup>3.</sup> Les partenaires tarifaires peuvent convenir de contenus y relatifs plus contraignants, mais ne devant 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**

- <sup>1.</sup> La révision du codage a lieu chaque année et peut être exécutée en deux étapes, d'un commun accord entre les parties concernées. Dans tous les cas, un seul rapport de révision est toutefois établi, qui contient les résultats des deux étapes.

#### **4.1.3. Bases de révision**

- <sup>1.</sup> La révision est déterminée
  - a) en fonction des bases de codage publiées par l'OFS (qui englobent notamment le manuel de codage et ses ajouts sur la base des circulaires et des FAQ, ainsi que les versions des classifications des diagnostics et procédures telles qu'elles étaient spécifiées pour la période de référence) et
  - b) en fonction des règles relatives à l'application des SwissDRG en vigueur au moment de la révision.
- <sup>2.</sup> Les versions du groupeur et de la pondération de cas en vigueur pour l'année de révision doivent être attestées.
- <sup>3.</sup> Chaque cas est vérifié à partir de l'anamnèse complète.

#### **4.1.4. Mandat conféré au réviseur**

- <sup>1.</sup> Le réviseur est désigné en commun par les parties contractantes. Les hôpitaux disposent d'un droit de proposition. 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**

- <sup>1.</sup> Les coûts entraînés par la révision sont supportés par l'hôpital soumis à la révision, bien qu'ils soient intégrés dans le calcul tarifaire en tant que coûts imputables.

#### **4.1.6. Lieu de la révision**

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

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**

1. 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 dans laquelle la confirmation est apportée que les cas facturés selon les SwissDRG au cours de l'exercice sous revue 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 les SwissDRG durant la période de révision. 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, lors d'une révision du codage, des cas ont été séparés qui 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 que 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 cas normaux de l'échantillon. Le nombre de cas déclarés de l'échantillon peut par conséquent présenter une différence correspondant au nombre de regroupements de cas incorrects.
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 minimum 10 jours et au plus tard 15 jours avant la révision.
5. S'il n'y a pas de dossier disponible à la date de la révision dans plus de 5% des cas lors de la première année de révision et dans plus de 3 % des cas pour les années consécutives, un nouvel échantillon doit être prélevé de manière globale. L'hôpital doit en outre justifier le fait que les dossiers de certains patients soient manquants. Les deux éléments doivent être mentionnés dans le rapport de révision.

#### **4.2.3. Procédure de révision**

1. Le réviseur apporte la garantie 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.

#### 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 ou 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 <sup>er</sup> caractère faux	☹☺☺.☺☺	☹☺.☺☺.☺☺
2 <sup>e</sup> caractère faux	☺☹☺.☺☺	☺☹.☺☺.☺☺
3 <sup>e</sup> caractère faux	☺☺☹.☺☺	☺☺.☹☺.☺☺
4 <sup>e</sup> caractère faux	☺☺☺.☹☺	☺☺.☺☹.☺☺
5 <sup>e</sup> caractère faux	☺☺☺.☺☹	☺☺.☺☺.☹☺
6 <sup>e</sup> 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 de code diagnostique dans ce cas.	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 n'exigent pas de code de traitement dans ce

---

---

		cas.
--	--	------

#### **4.2.5. Etablissement du rapport de révision**

- <sup>1.</sup> 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 dans le délai de 10 jours ouvrables pour que celui-ci prenne position. Le réviseur établit ensuite le rapport de révision définitif à l'attention de l'hôpital.
- <sup>2.</sup> 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**

- <sup>1.</sup> 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, l'évaluation et le codage du réviseur sont applicables pour l'établissement du rapport de révision.
- <sup>2.</sup> 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 l'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'évaluation faite par l'OFS le cas échéant.

### **5. Rapport de révision**

#### **5.1. Contenu du rapport de révision**

- <sup>1.</sup> 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 tirer des conclusions au sujet de l'identité des patients.
- <sup>2.</sup> 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**

- <sup>1.</sup> L'hôpital doit rendre accessibles au public, au titre de principales déclarations du rapport de révision, les évaluations effectuées dans le rapport de révision selon l'art. 5.4. du rapport-type de révision, version 3.0. L'hôpital est libre de publier le rapport de révision dans son intégralité.
- <sup>2.</sup> 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
- <sup>3.</sup> Les destinataires suivants sont en droit d'accéder à l'intégralité du rapport de révision, à l'inclusion des listes de données de la révision:

<b>Destinataires</b>	<b>Droits du destinataire du rapport</b>
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+
santésuisse	Peut transmettre l'intégralité du rapport à l'ensemble des assureurs-maladie
CTM	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-accidents affiliés, à l'assurance militaire et à l'assurance invalidité
CDS	Peut transmettre l'intégralité du rapport à tous les cantons
SwissDRG SA	Listes de données de la révision à des fins d'analyses internes
Secrétariat du codage de l'OFS	Listes de données à des fins d'analyses internes

4. L'hôpital est responsable de l'envoi du rapport de révision et des listes de données de la révision aux destinataires susmentionnés.

## 6. Etat

Version 3.0 Approuvé par le Conseil d'administration de SwissDRG SA le 30.5.2013. La version allemande fait foi.

## **Annexe :**

### **1. Détermination de la taille des échantillons**

- a) Pour la première révision selon SwissDRG, la taille de l'échantillon est fixée à 180 cas dans les hôpitaux non universitaires.
- b) A partir de la 2<sup>e</sup> année de révision, les tailles d'échantillon suivantes doivent être observées:
  - échantillon minimal: 100 cas
  - échantillon maximal: 300 cas
- c) La taille des échantillons utilisés pour une révision du codage doit être déterminée de telle sorte que la condition suivante soit remplie: l'écart entre l'indice de casemix de l'établissement calculé à partir des codes enregistrés avant la révision et l'indice de casemix de l'établissement calculé à partir des codes attribués par le réviseur est estimé avec une marge d'erreur maximale de  $\pm 0.05$  et un niveau de confiance minimal de 95%.
- d) Pour calculer la taille des échantillons, toute méthode reposant sur les lois de la statistique et permettant de satisfaire à cette condition peut être utilisée. La méthode utilisée pour déterminer la taille des échantillons doit être documentée et validée scientifiquement.
- e) Dans les hôpitaux et maisons de naissance ayant moins de 1000 cas par an, 10% des cas font l'objet d'une révision. Les points a) à d) et les dispositions de la section "2. Prélèvement de l'échantillon" ne sont pas applicables aux hôpitaux et maisons de naissance ayant moins de 1000 cas par an.

### **2. Prélèvement de l'échantillon**

- a. Pour le prélèvement de l'échantillon, des strates sont constituées à partir des pondérations de coûts. L'échantillon est ensuite prélevé de chacune de ces strates de manière aléatoire sur une base proportionnelle.
- b. Dans cette optique, les données sont triées en fonction de la pondération de coûts correspondante, puis subdivisées en groupes (strates) de même taille.
- c. La strate présentant les pondérations de coûts les plus élevées est subdivisée une deuxième fois en groupes de même taille parce que la variance reste élevée.
- d. L'échantillon à prélever est réparti proportionnellement entre les strates constituées globalement. Chaque strate de l'échantillon est ainsi représentée dans les mêmes proportions que dans l'ensemble de base.

Il convient de signaler que ce n'est pas la constitution du nombre le plus élevé possible de strates qui donne les meilleurs résultats. Les meilleurs résultats sont plutôt obtenus lorsqu'une grande attention est accordée à la strate qui présente les plus fortes pondérations de coûts (plus forte variance des CW). Il convient en outre d'observer que trois cas par strate doivent au minimum être prélevés.