

Cahier des charges pour la révision du codage

Recommandations pour la révision du codage des séjours hospitaliers de soins somatiques aigus

Version 2.0

Ce cahier des charges définit les qualifications du réviseur ainsi que ses devoirs. Il comprend également les directives définissant les modalités d'une révision. Il a été rédigé sous l'égide de l'OFS par des représentants des assureurs, des cantons et des hôpitaux. Il vise à uniformiser la manière dont les révisions du codage sont réalisées en Suisse et doit être considéré comme un ensemble d'exigences que les parties concernées (assureurs, hôpitaux et autorités cantonales) peuvent inclure dans les conventions tarifaires qui les lient. Afin que les résultats des révisions soient comparables d'une région ou d'un canton à l'autre, nous recommandons vivement que ce cahier des charges soit repris tel quel par les parties concernées et que des dispositions particulières ne soient introduites qu'exceptionnellement. Des mises à jour de ce cahier des charges seront effectuées en fonction des besoins qui apparaîtront dans le futur, notamment lors de l'introduction des SwissDRG. Veuillez adresser toute suggestion ou demande de modification au Secrétariat de codage de l'OFS (codeinfo@bfs.admin.ch).

Qualifications du réviseur

Formation

Le réviseur doit être titulaire du brevet fédéral de spécialiste en codage médical délivré par l'OFFT, prouver une expérience professionnelle d'au moins trois ans à 100% dans le domaine ou présenter une équivalence¹.

En outre, le réviseur doit être au bénéfice d'une expérience professionnelle de codeur dans un hôpital universitaire d'au moins 1 ans pour pouvoir procéder au contrôle de codage dans les hôpitaux universitaires.

Les parties au contrat peuvent s'entendre sur le fait que le réviseur ne doive pas remplir toutes ces exigences.

¹ L'équivalence est établie par le groupe d'experts suisse en classifications de santé et l'OFS.

Conduite

Le réviseur s'engage à respecter à la lettre les directives de codage émises par l'OFS ; son indépendance ainsi que son impartialité doivent être garanties. Le réviseur n'est pas autorisé à réviser les cas de l'hôpital où il est engagé, ni où il a codé ou supervisé le codage des dossiers soumis à validation. Le réviseur est nommé d'un commun accord entre les parties au contrat.

Il est également conscient des répercussions de la qualité du codage sur le financement de l'hôpital mais ces dernières ne doivent pas influencer son jugement.

Tâches

Le réviseur connaît parfaitement les directives énoncées dans ce document. La révision suit strictement les règles de codage officielles émises par l'OFS et se base sur les versions des classifications médicales en vigueur en Suisse durant la période sous revue.

Remarque

A noter que tout litige entre un réviseur et un codeur, respectivement un hôpital, sera tranché par le secrétariat de codage de l'OFS et le groupe d'experts en classification de santé (voir point 7, paragraphe 4).

L'organisation du cursus du réviseur est représentée schématiquement ci-dessous (fig. 1).

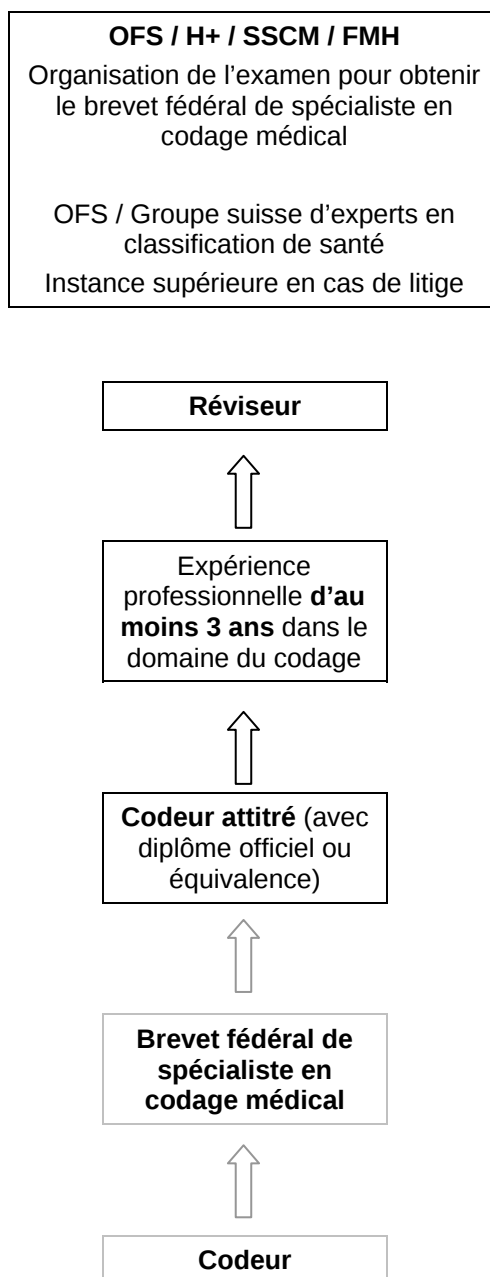


Figure 1 : Schéma du cursus du réviseur

Directives de révision

Comme la révision du codage répond essentiellement aux préoccupations des payeurs, sa réalisation doit fournir une réponse à cette question fondamentale: l'indice de casemix calculé à partir des codes saisis dans un établissement donné est-il correct? Les dispositions ci-dessous ont été élaborées dans ce but et les considérations statistiques qui en découlent figurent en annexe.

Une révision conduite de la manière décrite dans ce document permet d'estimer non seulement les erreurs de codage, mais aussi les répercussions de ces erreurs sur le financement hospitalier. L'estimation de ces répercussions exige des méthodes statistiques particulières qui ne sont pas décrites ici en détail.

But

- 1° Ces directives régissent les principes minimaux relatifs à la révision du codage en :
- définissant les modalités de l'exécution de la révision.
 - définissant les modalités de l'établissement du rapport de révision.

Respect du secret professionnel de la part du réviseur

- 2° Les constatations faites par le réviseur de même que les éléments matériels appris pendant son activité de contrôle ont un caractère confidentiel qui oblige celui-ci à garder durablement le secret vis-à-vis de tiers.

Détermination de la taille de l'échantillon

- 3° ¹La taille de l'échantillon est calculée selon la description en annexe.

Tirage de l'échantillon

- 4° ¹L'échantillon est tiré de manière aléatoire.
- ²Le tirage a lieu sur la base des sorties d'hospitalisations somatiques aiguës et est en principe effectué par l'organe de révision.
- ³Le tirage de l'échantillon est effectué en collaboration avec l'hôpital au minimum 10 jours ouvrables avant la révision. On s'assure de pouvoir disposer à temps des documents nécessaires.
- ⁴Au cas où la proportion de dossiers manquants atteint 10% et que de ce fait ces dossiers ne pourraient pas être vérifiés, on tirera de manière aléatoire la même proportion d'autres dossiers afin de remplacer ceux qui manquent.

Procédure de révision

- 5° ¹La révision des données relatives au diagnostic principal s'effectue sous la forme d'un recodage par le réviseur sans que ce dernier ne puisse prendre connaissance du code initialement attribué par le codeur de l'hôpital.

²Le complément au diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires et les traitements sont tous vérifiés lors de la révision des données (reprise du codage existant) ; cela signifie que le réviseur prend d'abord connaissance des codes attribués initialement par l'hôpital avant de procéder à son propre codage.

³Les divergences constatées par le réviseur sont consignées par écrit et discutées avec le responsable du codage de l'hôpital après l'établissement du rapport provisoire.

Contenu de la révision

6° ¹Chaque cas est contrôlé sur la base des documents médicaux utilisés par les codeurs de l'établissement concerné (par exemple: lettre de sortie, protocole opératoire, rapport de pathologie, rapport d'endoscopie) à l'aide d'une feuille d'évaluation. La forme de la feuille d'évaluation est fixée dans le contrat de mandat.

²Pour chaque dossier de patient à contrôler, les données suivantes sont vérifiées :

- Date de naissance,
- Sexe,
- Codes diagnostique,
- Codes d'interventions.

³Le codage est jugé :

- **"juste"** lorsque le code qui était initialement saisi est identique au code attribué par le réviseur (c'est-à-dire **tous** les caractères des codes sont identiques).
- **"faux"** lorsque des divergences apparaissent au niveau d'un des caractère des codes CIM-10 ou codes CHOP.

En outre, un code peut aussi être considéré comme "manquant" ou "abusif". La typologie des erreurs proposée est récapitulée dans le tableau ci-dessous:

Evaluation du code	Code de diagnostic (CIM-10)	Code de traitement (CHOP)
Juste	😊😊😊.😊	😊😊.😊😊
Faux 1. caractère	😞😊😊.😊😊	😞😊.😊😊.😊😊
Faux 2. caractère	😊😞😊.😊😊	😊😞.😊😊.😊😊
Faux 3. caractère	😊😊😞.😊😊	😊😊.😞😊.😊😊
Faux 4. caractère	😊😊😊.😞😊	😊😊.😊😞.😊😊
Faux 5. caractère	😊😊😊.😊😞	😊😊.😊😊.😞😊



Faux 6. caractère	-	😊😊😊😊😊😊😊😊
Code manquant	Code diagnostique qui n'a pas été saisi alors que le diagnostic qui lui correspond est mentionné dans les documents utilisés pour le codage et présente un lien avec l'hospitalisation.	Code d'intervention qui n'a pas été saisi alors que l'intervention qui lui correspond est mentionnée dans les documents utilisés pour le codage et s'est déroulé durant l'hospitalisation.
Code abusif	Code diagnostique qui a été saisi alors que le diagnostic qui lui correspond n'est pas mentionné dans les documents utilisés pour le codage ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation.	Code d'intervention qui a été saisi alors que l'intervention qui lui correspond n'est pas mentionnée dans les documents utilisés pour le codage ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation.

Rapport de révision

7°

¹Les éléments ci-après doivent impérativement figurer dans le rapport de révision par établissement:

- ◆ Nombre et pourcentage d'erreurs,
- ◆ Nombre de dossiers manquants, avec indication des dossiers tirés une deuxième fois (cf. point 4.4) et justification de la raison pour laquelle les dossiers de patients manquaient,
- ◆ Nombre et pourcentage des changements de DRG,
- ◆ Indice de case-mix avant et après révision avec indication de l'intervalle de confiance à 95%,
- ◆ Ecart-type des différences individuelles des cost-weights
- ◆ Recommandations pour améliorer la qualité du codage.

²Sont tenues à la disposition des parties au contrat les données suivantes de l'échantillon:

Données générales:

- nom de l'hôpital
- nombre d'erreurs de codage, ventilées en fonction de l'évaluation des codes

Données spécifiques à chaque cas révisé:

- codes diagnostiques avant révision
- codes d'intervention avant révision
- codes diagnostiques après révision



- codes d'intervention après révision
- DRG et cost-weight avant révision
- DRG et cost-weight après révision
- type de séjour avant révision (outlier inférieur, cas normal, outlier supérieur 1, outlier supérieur 2)
- type de séjour après révision (outlier inférieur, cas normal, outlier supérieur 1, outlier supérieur 2)
- code de liaison anonyme (variable OFS 0.2.V01)
- prise en charge des soins de base (variable OFS 1.4.V02)
- année de naissance (date complète s'il s'agit d'un enfant de moins de deux ans révolus ou d'un cas de décès)
- poids à la naissance (si âge <29 jours)
- sexe
- date d'entrée
- durée du séjour (jours et heures, sans les jours de congé)
- date de sortie
- séjour après la sortie (variable OFS 1.5.V03)

Données spécifiques à chaque code révisé:

- type de code (code diagnostique principal, code diagnostique complémentaire, code diagnostique supplémentaire, code d'intervention principal, code d'intervention supplémentaire)
- évaluation du code (juste, faux 1. caractère, faux 2. Caractère, faux 3. caractère, faux 4. caractère, faux 5. caractère, faux 6. caractère, manquant, abusif)

³ Le rapport de révision est présenté à l'hôpital pour qu'il puisse prendre position. Le délai pour la prise de position est d'un mois calendrier.

⁴ Au cas où l'hôpital ne serait pas d'accord avec un codage du réviseur, les parties doivent d'abord essayer de s'entendre entre elles. Si le litige ne peut être résolu, il incombe au secrétariat de codage de l'Office fédéral de la statistique de trancher, dans les 30 jours ouvrables qui suivent la demande. Une demande conjointe des deux parties est nécessaire. L'OFS prendra position sur la justesse du codage des diagnostics et des procédures, et non sur les questions relevant du financement. Si le désaccord subsiste l'OFS peut décider de demander au Groupe suisse d'experts techniques pour les classifications de santé de trancher en dernier ressort, au plus tard un mois calendrier après avoir été sollicité.



Renseignements :

Olivier Plachta

OFS, Section Santé,

Tél.: 032 713 63 60

E-mail: Olivier.Plachta@BFS.admin.ch

31.03.2010

Annexe

Détermination de la taille des échantillons

- 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 ± 0.05 et un niveau de confiance minimal de 95%².
- 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 appliquée pour déterminer la taille des échantillons doit être documentée et scientifiquement validée.
- La taille minimale de l'échantillon est néanmoins de 75 cas par hôpital. Si le calcul de la taille d'un échantillon aboutit à un nombre inférieur à 75, sa taille sera fixée à 75.
- La taille maximale est en principe de 300 cas par hôpital, mais cette limite supérieure peut être augmentée d'un commun accord.

La formule figurant ci-dessous peut être utilisée pour calculer une taille d'échantillon conforme aux exigences mentionnées dans ce règlement³.

$$T = \text{Valeur entière de} \left(\frac{\frac{k^2 s^2}{d^2}}{1 + \frac{k^2 s^2}{d^2 N}} + 0.5 \right)$$

Où:

T = taille de l'échantillon

k = 1.96

d = 0.05

s = écart-type des différences individuelles des cost-weights observé l'année d'avant

N = taille de l'établissement (soit le nombre total d'hospitalisations de soins aigus somatiques prises en considération pour la révision)

Une estimation de l'écart-type (s) peut être obtenue à partir d'échantillons tirés lors d'une révision antérieure dans les hôpitaux concernés. La valeur s diffère d'un établissement à l'autre et également d'une année à l'autre. Les expériences faites à ce jour montrent qu'elle se situe entre 0.45 (soit une variance de 0.20) et 0.10 (soit une variance de 0.01). En l'absence de données permettant une estimation de cet

² La probabilité que la différence entre la valeur estimée et la valeur réelle (mais inconnue) dépasse 0.05 est donc de 5%.

³ Cette formule a été proposée par le Prof. Alfio Marazzi de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.



écart-type, c'est la valeur 0.35 qui doit être utilisée (ce qui correspond à une variance de 0.12)⁴.

En cas de difficulté concernant le calcul de la taille des échantillons, un spécialiste en statistique doit être consulté.

⁴ Par exemple: si $N=3'000$ et $s=0.35$, T est égal à 177; si $N=8'000$ et $s=0.35$, T est égal à 184; si $N=8'000$ et $s=0.12$, T est égal à 34 (la taille devra alors être fixée à 75 au lieu de 34).