

Cahier des charges du réviseur / de la réviseuse

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

Version 1.0

Ce cahier des charges définit les qualifications du réviseur ainsi que ses devoirs. Également énoncées sont 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 avoir obtenu le diplôme officiel de codeur délivré par l'OFS, prouver une expérience professionnelle équivalente d'au moins trois ans à 100% dans le domaine ou présenter une équivalence¹. Le réviseur doit avoir passé l'examen spécial de réviseur organisé par le groupe d'experts en classification de santé et l'OFS.

D'autre part, le réviseur doit être au bénéfice d'une expérience professionnelle de codeur dans un hôpital universitaire d'au moins 3 ans pour pouvoir procéder au contrôle de codage dans les hôpitaux universitaires.

Le réviseur suit obligatoirement les cours de formation continue au moins deux fois par année (figure 1).

Les parties au contrat peuvent s'entendre sur le fait que le réviseur ne doive pas remplir les exigences de façon cumulative si dans ce cas il faudrait renoncer à la révision en raison d'une absence de réviseur adéquat.

¹ L'équivalence est établie par une commission constituée des membres du groupe d'experts suisse en classifications de santé et de représentants de l'OFS.



Conduite

Le réviseur s'engage à respecter à la lettre les directives de codage émises par l'OFS ; dans ce cadre, son indépendance ainsi que son impartialité sont garanties. A préciser que le réviseur n'est pas autorisé à réviser les cas de l'hôpital où il est engagé. De même, au moment de la révision, il doit être accepté par les représentants des fournisseurs de prestations et des financeurs et être reconnu comme étant neutre. De plus, le réviseur est nommé d'un commun accord entre les parties au contrat.

Outre la vérification des codes, le réviseur a pour mission de mettre à niveau les connaissances des codeurs impliqués (formation continue). Il est également conscient des répercussions de la qualité du codage sur le financement de l'hôpital mais ne se laisse pas influencer par ces considérations et reste fondamentalement neutre.

Tâches

Le réviseur connaît parfaitement les principes de contrôles externes (révision du codage) et les directives émises par l'OFS. 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 pour 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 (voir point 7, paragraphe 6).

L'organisation du cursus du réviseur (et du codeur) est représentée schématiquement (fig. 1).



OFS / groupe suisse d'experts en classification de santé
Organisation d'examens sélectifs pour les codeurs et réviseurs avec obtention de diplômes
Instance supérieure en cas de litige

Réviseurs



Expérience professionnelle **d'au moins 3 ans** dans le domaine du codage



Codeur, codeuse attitré (avec diplôme officiel ou équivalence)



Examen officiel et reconnu
Organisé par l'OFS et le groupe experts



Codeurs

*Cours de **formation continue** (par thème ou spécialité) : Co-organisé par l'OFS, et les grands centres hospitaliers, attribution d'une attestation. **Obligatoire pour réviseurs***

Formation de base des codeurs : organisation des cours : hôpitaux ou autres instances

Figure 1 : Schéma du cursus du réviseur (et du codeur)

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 notamment à l'annexe 1. 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 car l'objectif de ces directives ne doit pas être confondu avec celui d'un traité scientifique.

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 des tiers.

Détermination de la taille de l'échantillon

- 3° ¹La taille de l'échantillon est calculée selon la formule figurant à l'annexe 1.

Prélèvement de l'échantillon

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

Procédure de révision

- 5° ¹La révision des données relatives au diagnostic principal s'effectue sous la forme d'un recodage de la part du réviseur qui ne connaît pas les codes initialement fixés par le codeur de l'hôpital.



²Pour le complément au diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires et les traitements : ils sont tous vérifiés lors de la révision des données (reprise du codage existant) ; cela signifie que le réviseur connaît les codes fixés initialement par l'hôpital lorsqu'il procède 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 (par exemple: rapport d'endoscopie, protocole opératoire, rapport de pathologie, lettre de sortie) à l'aide d'une feuille d'évaluation (annexe 2, proposition OFS). La forme de la feuille d'évaluation est fixée dans le contrat de mandat.

²Pour chaque dossier de patient à contrôler, les données suivantes de la liste de données minimales et de la liste de données supplémentaires pour les nouveau-nés sont vérifiées :

- Date de naissance,
- Sexe,
- Codes de diagnostic,
- Codes de traitement.

³Le codage est jugé :

- **"juste"** lorsque les deux codes sont identiques (c'est-à-dire **tous** les caractères des codes sont identiques).
- **"imprécis"** lorsque des divergences apparaissent au niveau du 4^{ème} caractère pour les codes CIM-10 et au niveau du 3^{ème} ou 4^{ème} caractère pour les codes CHOP.
- **"faux"** lorsque des divergences apparaissent au niveau des 2^{ème} ou 3^{ème} caractères pour les codes CIM-10 et du 2^{ème} caractère pour les codes CHOP.
- **"absolument faux"** lorsque le 1^{er} caractère est différent.

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

Codage	Code de diagnostic (CIM-10)	Code de traitement (CHOP)
Juste	😊😊😊.😊	😊😊.😊😊
Imprécis	😊😊😊.😞	😊😊.😞😊 ou 😊😊.😊😞
Faux	😊😞😊.😊 ou 😊😊😞.😊	😊😞.😊😊

Absolument faux	⊗☹☹☹☹	⊗☹☹☹☹
Code manquant	Le code n'est pas indiqué, bien que le diagnostic ait un lien avec l'hospitalisation actuelle et qu'il soit mentionné dans le dossier du patient	Le code n'est pas indiqué, bien que le traitement soit mentionné dans le dossier du patient
Code abusif	Le code est indiqué, alors qu'il n'est pas mentionné dans les documents essentiels pour le codage et ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation actuelle	Le code est indiqué, alors qu'il n'est pas mentionné dans les documents essentiels pour le codage et ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation actuelle
Code inutile	Le code est indiqué alors que l'information est déjà contenue dans un code donné	Le code est indiqué alors que l'information est déjà contenue dans un code donné

Définition d'un code abusif/code inutile.

Est considéré comme **inutile** :

- ♦ Toute indication de codes présentant une redondance d'informations. Exemple : ulcère gastro-jéjunale hémorragique (K28.4 « ulcère gastro-jéjunale, chronique ou non précisé, avec hémorragie ») en diagnostic principal avec un diagnostic supplémentaire désignant l'hémorragie (K92.2 « hémorragie gastro-intestinale, sans précision »). La même chose est généralement valable pour le codage de symptômes en présence d'un diagnostic établi.

Est considéré comme **abusif** :

- ♦ Toute indication de codes découlant d'une interprétation du dossier, autrement dit codage de pathologies (respectivement) d'actes non décrits par le médecin dans la lettre de sortie du patient ou dans les documents utilisés pour la révision.
- ♦ Toute indication de pathologies ou de procédures n'ayant aucune valeur informative pour la description du cas. Exemple : patient accidenté présentant une commotion cérébrale, gardé 24h en surveillance et chez lequel une BPCO actuellement non traitée est connue, cette dernière n'est pas codée puisque insignifiante pour l'hospitalisation actuelle.

Rapport de révision

7°

¹Les résultats du contrôle des données sont récapitulés dans un rapport de révision (annexe 2).

²On distingue les résultats par cas et les résultats par établissement.

³Les éléments ci-après doivent impérativement figurer dans le rapport de révision par cas:

- ◆ Nombre et genre des erreurs de codage (avec l'indication du code indiqué et du code corrigé), ventilés selon :
 - Le type d'erreur,
 - Le diagnostic principal/complément au diagnostic principal/diagnostic supplémentaire/traitement principal /traitement supplémentaire,
 - Codes de diagnostic avant révision,
 - Codes de traitement avant révision,
 - Codes de diagnostic après révision,
 - Codes de traitement après révision,
 - Type de DRG avant révision,
 - Type de DRG après révision,
 - Différence de cost-weight avant et après révision,
 - Type de séjour avant révision (outlier inférieur, cas normal, outlier supérieur),
 - Type de séjour après révision (outlier inférieur, cas normal, outlier supérieur).

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

- ◆ Nom de l'hôpital,
- ◆ Numéro d'identification du patient (Var. OFS 0.2.V01, code de liaison anonyme),
- ◆ Genre d'assurance,
- ◆ Année de naissance (date complète s'il s'agit d'un enfant de moins de deux ans révolus),
- ◆ Poids à la naissance (si âge <29 jours),
- ◆ Sexe,
- ◆ Date d'entrée,
- ◆ Mode de sortie (Var. OFS 1.5.V03, séjour après la sortie),
- ◆ Durée du séjour (jours et heures, sans les jours de congé),
- ◆ Date de sortie.

⁴Les éléments ci-après doivent impérativement figurer dans le rapport de révision par établissement:

- ◆ Nombre et pourcentage d'erreurs,
- ◆ Nombre de diagnostics supplémentaires par patient (comparaison entre l'échantillon et l'ensemble de l'hôpital),
- ◆ Nombre de dossiers de patients manquants, avec indication des dossiers de patients tirés à part (cf. point 4.4) et



justification de la raison pour laquelle les dossiers de patients manquaient,

- ♦ Pourcentage, nombre et genre des changements de DRG (voir point 6),
- ♦ Répercussion éventuelle des codes abusifs ou inutiles sur le groupage,
- ♦ Pourcentage, nombre et genre des codes absents,
- ♦ Pourcentage, nombre et genre des DRGs erronés en cas de codage correct,
- ♦ Indice de case-mix avant et après révision,
- ♦ Recommandations pour améliorer la qualité du codage.

⁵Le rapport de révision est présenté à l'hôpital pour qu'il puisse prendre position. Le délai pour la prise de position est de 10 jours ouvrables.

⁶Au cas où l'hôpital ne serait pas d'accord avec un codage du réviseur, il incombe au secrétariat de codage de l'Office fédéral de la statistique de trancher. Si le désaccord subsiste c'est le Groupe suisse d'experts pour les classifications de santé qui tranchera en dernier ressort.

Renseignements :

D^r Chantal Vuilleumier-Hauser,
OFS, Section Santé,
Tél.: +41 32 71 36360
E-mail: Chantal.Vuilleumier@bfs.admin.ch
Janvier 2007

Annexe 1

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 révisieur est estimé avec une marge d'erreur de ± 0.05 et un niveau de confiance 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 50 cas par hôpital. Si le calcul de la taille d'un échantillon aboutit à un nombre inférieur à 50, sa taille sera fixée à 50.
- 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.

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

Où:

T = taille de l'échantillon

k = 1.96

d = 0.05

s = estimation de l'écart-type de la différence entre le casemix calculé à partir des codes enregistrés avant la révision et le casemix calculé à partir des codes attribués par le révisieur

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 montre 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 écart-

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.



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 50 au lieu de 34).



Annexe 2

Feuille d'évaluation (une feuille par cas vérifié)

Dossier n°:		Code de liaison anonyme (0.2.V01) :		Mode de sortie (1.5.V03) :									
Date de naissance (date exacte pour les nn)	Année – mois – jour <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Sexe	1 = masculin ☐ 2 = féminin ☐												
	Code initial	Code du réviseur		Appréciation (juste, imprécis, faux, absolument faux, code manquant, code abusif, code inutile)									
Diagnostic principal (1.6.V01)													
Complément au DP (1.6.V02)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V03)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V04)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V05)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V06)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V07)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V08)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V09)													
Diagnostic supplémentaire (1.6.V10)													
Traitement principal													



(1.7.V01)			
Traitement supplémentaire (1.7.V03)			
Traitement supplémentaire (1.7.V04)			
Traitement supplémentaire (1.7.V05)			
Traitement supplémentaire (1.7.V06)			
Traitement supplémentaire (1.7.V07)			
Traitement supplémentaire (1.7.V08)			
Traitement supplémentaire (1.7.V09)			
Traitement supplémentaire (1.7.V10)			
Traitement supplémentaire (1.7.V11)			

DRG (avant révision)		CW correspondant	
DRG (après révision)		CW correspondant	



Annexe 3

Résultats du contrôle (en chiffres absolus)

Hôpital :				
	Juste	Imprécis	Faux	Absolument faux
Diagnostic principal (1.6.V01)				
Complément au DP (1.6.V02)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V03)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V04)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V05)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V06)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V07)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V08)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V09)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V10)				
Traitement principal (1.7.V01)				
Traitement supplémentaire (1.7.V03)				
Traitement supplémentaire (1.7.V04)				
Traitement supplémentaire (1.7.V05)				
Traitement supplémentaire (1.7.V06)				
Traitement supplémentaire (1.7.V07)				
Traitement supplémentaire (1.7.V08)				
Traitement supplémentaire (1.7.V09)				
Traitement supplémentaire (1.7.V10)				
Traitement supplémentaire (1.7.V11)				



Annexe 3bis

Résultats du contrôle (en pourcentage)

	Juste (%)	Imprécis (%)	Faux (%)	Absolument faux (%)
Diagnostic principal (1.6.V01)				
Complément au DP (1.6.V02)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V03)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V04)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V05)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V06)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V07)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V08)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V09)				
Diagnostic supplémentaire (1.6.V10)				
Traitement principal (1.7.V01)				
Traitement supplémentaire (1.7.V03)				
Traitement supplémentaire (1.7.V04)				
Traitement supplémentaire (1.7.V05)				
Traitement supplémentaire (1.7.V06)				
Traitement supplémentaire (1.7.V07)				
Traitement supplémentaire (1.7.V08)				
Traitement supplémentaire (1.7.V09)				
Traitement supplémentaire (1.7.V10)				
Traitement supplémentaire (1.7.V11)				



Codes abusifs	
Nombre (chiffre absolu)	
Pourcentage	
Répercussion sur le groupage, nombre	
Répercussion sur le groupage, pourcentage	

Codes inutiles	
Nombre (chiffre absolu)	
Pourcentage	
Répercussion sur le groupage, nombre	
Répercussion sur le groupage, pourcentage	

Codes manquants	
Nombre (chiffre absolu)	
Pourcentage	
Répercussion sur le groupage, nombre	
Répercussion sur le groupage, pourcentage	

	Nombre (chiffre absolu)	Pourcentage
DRG modifiés		
CW après révision plus élevé		
CW après révision moins élevé		
Pas d'incidence sur le CW		
Indice de case-mix avant révision		
Indice de case-mix après révision		

Nbres diagnostics supplémentaires /patient	
--	--

Nbres dossiers manquants	
Justification	