

Version 9.0 / 19.06.2020

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

Rapport-type de révision¹

de l'hôpital X

Version 9.0
Révision des données 2020
Applicable à partir du 01.01.2021

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 présente trois types de résultats:

- Les résultats basés sur l'ensemble de base (en vert): indications statistiques pour l'ensemble de base (série de données complète de l'hôpital).
- Les résultats basés sur un échantillon (en bleu): indications statistiques pour l'échantillon. Si les cas n'ont pas été inclus dans l'échantillon avec la même probabilité, les indications sont fournies sous forme de sommes non pondérées et de moyennes, à savoir non modifiées, suivant l'échantillon réel.
- Les estimations (en rouge): estimations non biaisées des paramètres de l'ensemble de base. Si la répartition des cas dans l'échantillon suivant les cost-weights ne correspond pas à la répartition de l'ensemble de base, les résultats estimés doivent être corrigés et fournis sous une forme pondérée, de façon à permettre des conclusions sur l'ensemble de base.

Les couleurs du rapport-type de révision servent à identifier les différences. Dans les véritables rapports de révision, aucune couleur ne doit figurer pour indiquer la distinction.

Table des matières

Résumé.....	6
Résultats de la révision en bref.....	6
Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon	6
1 Exécution de la révision.....	7
1.1 Période de référence.....	7
1.2 Versions 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
Nombre et pourcentage de dossiers de patients manquants.....	8
Qualité de la tenue des dossiers.....	8
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés.....	8
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (split, regroupement de cas).....	8
Erreurs constatées	8
Ecart entre cost-weights.....	9
2.2.4 Congruence de la facturation.....	9
Erreurs constatées	9
Ecart entre cost-weights.....	9
2.3 Diagnostics et traitements	9
2.3.1 Erreurs constatées.....	9
2.3.2 Données sur les erreurs de codage.....	9
Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur.....	9
Nombre de codes faux avec indication de la position	10
Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur.....	10
Pourcentage de codes faux avec indication de la position	10
2.3.3 Attribution du diagnostic principal.....	11
2.3.4 Attribution du diagnostic supplémentaire	11
2.3.5 Attribution du traitement principal	11

2.3.6	Latéralité des diagnostics et procédures.....	11
2.3.7	Prestations ambulatoires externes.....	11
2.3.8	Comparaison ensemble de base et échantillon.....	11
	Nombre de cas.....	11
	CMI.....	11
	Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital.....	11
	Nombre de diagnostics supplémentaires par patient.....	12
	Nombre de codes de traitement par patient.....	12
	Nombre de différents DRGs.....	12
	Nombre de rémunérations supplémentaires et nombre et pourcentage de cas avec rémunération supplémentaire.....	12
	Nombre et pourcentage de cas avec ventilations artificielles mécaniques saisies 12	
	Nombre et pourcentage de cas avec traitement en USI.....	12
	Nombre et pourcentage de cas avec traitement en U-IMC.....	12
	Nombre et pourcentage de cas avec prestations ambulatoires externes	12
2.4	Médecine intensive (U-IMC et USI).....	13
2.4.1	Données de base, U-IMC.....	13
	NEMS + degré de sévérité (S/P/C).....	13
2.4.2	Données de base, USI.....	13
	Ventilations artificielles mécaniques.....	13
	NEMS 13	
	Degré de sévérité.....	13
2.5	Rémunérations supplémentaires hors médicaments (substances).....	13
2.6	Médicaments (substances).....	14
2.7	Changements de cost-weight.....	14
2.7.1	Nombre et pourcentage de cas avec changement de cost-weight... 14	
2.7.2	Différences avec/sans exposé à l'OFS.....	14
2.8	Cost-weights.....	15
2.8.1	CMI de l'hôpital avant et après révision.....	15
2.8.2	Différences entre les cost-weights.....	15
2.9	Comparaison avec des versions antérieures.....	15
3	Recommandations.....	16
3.1	Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	16
3.2	Recommandations pour le développement de SwissDRG.....	16

3.3	<i>Autres remarques du réviseur</i>	16
4	<i>Remarques de la direction de l'hôpital</i>	17
	<i>Annexe 1: Pièces justificatives</i>	18
	<i>Annexe 2: Aperçu des prestations de l'hôpital</i>	20
	<i>Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution</i>	20
	<i>Cas SwissDRG</i>	20
	<i>CMI</i>	21
	<i>Nombre de rémunérations supplémentaires</i>	22
	<i>Nombre et pourcentage de cas regroupés dans les DRG de base 901, 902, 960, 961, 962 et 963.....</i>	22
	<i>Pourcentage de high-outliers sans diagnostic supplémentaire ni procédure ...</i>	22
	<i>Pourcentage de cas avec durée de séjour supérieure à 5 jours et code de la catégorie R en diagnostic principal</i>	22

Résumé

Résultats de la révision en bref

Chapitre	Mesure	Résultat	
2.3.8	Taille de l'échantillon	Nombre	
2.8.1	CMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)		
2.8.1	CMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)		
2.8.1	Signification statistique de la différence entre CMI avant la révision et CMI après la révision	oui/non	
2.8.1	Différence estimée entre CMI de l'hôpital avant et après révision	Val. abs.	%
2.7.1	Cas révisés avec changement de cost-weight	Nombre	%
2.3.2	Diagnostics principaux corrects ²	Nombre	%
2.3.2	Complément correct au diagnostic principal ³	Nombre	%
2.3.2	Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
2.3.2	Traitements principaux corrects ³	Nombre	%
2.3.2	Traitements supplémentaires corrects	Nombre	%

Les indications en pourcentages du tableau ci-dessus sont des estimations non biaisées de paramètres de l'ensemble de base après révision [précision donnée dans le rapport de révision].

2.4.1.	Cas révisés avec ensemble de données de base U-IMC correctes	Nombre	%
2.4.2.	Cas révisés avec données de base USI correctes	Nombre	%
2.5	Rémunérations supplémentaires correctes hors médicaments (substances)	Nombre	%
2.6	Médicaments corrects (substances)	Nombre	%
2.2.3.	Combinaisons de cas contestées	Nombre	%
2.2.1.	Dossiers de patients manquants	Nombre	%
2.3.7	Prestations ambulatoires externes saisies correctement	Nombre	%

Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon³

Mesure	Ensemble de base		Echantillon	
Cas avec rémunération supplémentaire	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec ventilations artificielles saisies	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec séjour en USI	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec séjour en U-IMC	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec prestations ambulatoires externes	Nombre	%	Nombre	%
CMI				
Rémunérations supplémentaires	Nombre		Nombre	

² Pour les diagnostics principaux corrects, les compléments corrects au diagnostic principal et les traitements principaux corrects, 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 Les données indiquées se rapportent respectivement aux données avant la révision (par ex. CMI: les cost-weight effectifs avant révision sont pris en compte).

1 Exécution de la révision

1.1 Période de référence

1.2 Versions en vigueur

Catalogue des forfaits par cas, règles de facturation («Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» 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 d'échantillonnage et du procédé utilisé pour déterminer la taille de l'échantillon, ainsi que des procédés de calcul utilisés. Il faut en particulier indiquer si l'échantillonnage a été réalisé avec une pondération et/ou une stratification.

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 d'exécution de la révision.

1.5 Qualification du réviseur

1.6 Indépendance du réviseur

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

1.7 Remarques

2 Constatations

2.1 Constatations générales

2.2 Bases administratives

2.2.1 Dossiers de patients

Nombre et pourcentage de dossiers de patients manquants

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

Erreur dans:	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		%
Décision d'envoi		%
Lieu de séjour avant l'admission		%
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, réhabilitation, psychiatrie)		%
Décision de sortie		%
Lieu de séjour après la sortie		%
Traitement après la sortie		%
Durée de séjour		%
Congé administratif		%
Motif de réadmission		%
Série de données sur les nouveau-nés		%
Poids à l'admission		%
Durée de la grossesse ^{4, 5}		%

2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (split, regroupement de cas)

Erreurs constatées

Type d'erreur	N° DRG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence entre les cost-weights
.....				

⁴ Indépendamment de la série de données sur les nouveau-nés, non codée, avec une durée < 366 jours

⁵ Conformément aux directives de codage de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base du document «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» dans sa version actuelle.

2.2.4 Congruence de la facturation

Erreurs constatées

	Numéro DRG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
Incorrect			
Encore aucune facture disponible			
Autre			
Absent			

Les cas d'annulation qui ont été signalés avant le début de la révision doivent être désignés individuellement 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.

Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base du document «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» dans sa version actuelle.

2.3 Diagnostics et traitements

2.3.1 Erreurs constatées

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

2.3.2 Données sur les erreurs de codage

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

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Diagnostic principal						
Complément au diagnostic princ.						

Diagnostics supplémentaires						
Total diagnostics						
Traitement principal						
Traitements supplémentaires						

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							
Traitement principal							
Traitements supplémentaires							

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	%	%	%	%	%
Traitement principal	%	%	%	%	%
Traitements supplémentaires	%	%	%	%	%

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
Diagnostic principal	%	%	%	%	%	%
Complément au diagnostic princ.	%	%	%	%	%	%
Diagnostics supplémentaires	%	%	%	%	%	%
Total diagnostics	%	%	%	%	%	%
Traitement principal	%	%	%	%	%	%
Traitements supplémentaires	%	%	%	%	%	%

2.3.3 Attribution du diagnostic principal

2.3.4 Attribution du diagnostic supplémentaire

2.3.5 Attribution du traitement principal

2.3.6 Latéralité des diagnostics et procédures

2.3.7 Prestations ambulatoires externes

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

2.3.8 Comparaison ensemble de base et échantillon^{6,7}

Nombre de cas

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

CMI

CMI de l'échantillon, non pondéré	
CMI de l'échantillon, pondéré	
CMI de l'ensemble de base	

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

	Codes non spécifiques ⁸ de l'ensemble de base		Codes non spécifiques de l'échantillon	
	Nombre	%	Nombre	%
Diagnostics	Nombre	%	Nombre	%
Traitements	Nombre	%	Nombre	%

⁶ Les informations indiquées se rapportent respectivement aux données non révisées.

⁷ Les données indiquées se rapportent respectivement aux données avant la révision (par ex. CMI: les cost-weights effectifs avant révision sont pris en compte).

⁸ 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!.

Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

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

Nombre de codes de traitement par patient

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

Nombre de différents DRGs

Nombre de différents DRGs (échantillon)	
Nombre de différents DRGs (ensemble de base)	

Nombre de rémunérations supplémentaires et nombre et pourcentage de cas avec rémunération supplémentaire

Rémunérations supplémentaires (échantillon)	<i>Nombre</i>	
Rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	
Cas avec rémunérations supplémentaires (échantillon)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Cas avec rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

Nombre et pourcentage de cas avec ventilations artificielles mécaniques saisies

Cas avec ventilations artificielles mécaniques saisies (échantillon)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Cas avec ventilations artificielles mécaniques saisies (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

Nombre et pourcentage de cas avec traitement en USI

Cas avec séjour en USI (échantillon)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Cas avec séjour en USI (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

Nombre et pourcentage de cas avec traitement en U-IMC

Cas avec séjour en U-IMC (échantillon)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Cas avec séjour en U-IMC (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

Nombre et pourcentage de cas avec prestations ambulatoires externes

Cas avec prestations ambulatoires externes (échantillon)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Cas avec prestations ambulatoires externes (ensemble de base)	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

2.4 Médecine intensive (U-IMC et USI)

2.4.1 Données de base, U-IMC

NEMS + degré de sévérité (S/P/C)

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

Cas révisés avec données de base correctes U-IMC	Nombre	%

2.4.2 Données de base, USI

Ventilations artificielles mécaniques

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

NEMS

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

Degré de sévérité

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

Cas révisés avec données de base correctes, USI	Nombre	%

2.5 Rémunérations supplémentaires hors médicaments (substances)

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

2.6 Médicaments (substances)

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

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

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

2.7 Changements de cost-weight

2.7.1 Nombre et pourcentage de cas avec changement de cost-weight

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

2.7.2 Différences avec/sans exposé à l'OFS

Différences	Exposé à l'OFS oui/non	Remarques
.....		

2.8 Cost-weights

2.8.1 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)		
Signification statistique de la différence entre CMI avant la révision et CMI après la révision	<i>oui/non</i>	
Différence estimée du CMI de l'hôpital avant et après révision	<i>Val. abs.</i>	<i>%</i>
Intervalle de confiance (IC) à 95 % de la différence du CMI de l'hôpital avant et après révision ⁹	<i>IC sup.</i>	<i>IC inf.</i>

2.8.2 Différences entre les cost-weights

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

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

2.9 Comparaison avec des versions antérieures

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

⁹ Si au moins trois cost-weights ont été corrigés

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 SwissDRG

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

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 SwissDRG, dans sa version actuelle.
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 SwissDRG 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 de l'hôpital

L'annexe 2 contient des données statistiques sur les hôpitaux et sert en particulier à situer les données d'échantillonnage dans l'ensemble de l'hôpital. La répartition par type d'assurance se fait suivant la variable 1.4.V02 de la Statistique médicale. Les informations sont générées par le réviseur à partir du fichier .dat de la Statistique médicale, puis vérifiées pour éviter les incohérences.

Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution

	AMal	AA	AM	AI	AP ¹⁰	Autres	Inconnu	Total
Médecine somatique aiguë (cas SwissDRG)								
Patients en attente de placement								
Psychiatrie								
Réhabilitation								

Cas SwissDRG

En fonction du canton d'origine et du type d'assurance

	AMal	AA	AM	AI	AP ¹⁰	Autres	Inconnu	Total
Internes au canton								
Canton A								
Canton B								
Canton C								
...								

Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total
AMal		%		%		%		%	
AA		%		%		%		%	
AM		%		%		%		%	
AI		%		%		%		%	
AP		%		%		%		%	
Autres		%		%		%		%	
Inconnu		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

¹⁰ AP = autopayeur

Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total
		%		%		%		%	
Canton A		%		%		%		%	
Canton B		%		%		%		%	
Canton C		%		%		%		%	
Canton D		%		%		%		%	
Canton E		%		%		%		%	
.....		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

CMI

Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance

	Cas normaux sans rabais de transfe	Cas normaux avec rabais de transfert	Outliers courts	Outliers longs	Total
AMal					
AA					
AM					
AI					
AP					
Autres					
Inconnu					
Total					

Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine

	Cas normaux sans rabais de transfert	Cas normaux avec rabais de transfert	Outliers courts	Outliers longs	Total
Canton A					
Canton B					
Canton C					
Canton D					
Canton E					
.....					
Total					

