
Règlement

concernant l'exécution de la révision du codage

selon ST Reha

Version 3.0

Révision des données 202~~54~~

Applicable à partir du 01.01.202~~65~~

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

La version en langue allemande fait foi

Sommaire

1. Introduction	3
2. Objectifs et principes de la révision du codage.....	3
3. Obligations du réviseur	4
3.1. Qualifications.....	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.....	5
4. Directives de révision	5
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 confié au réviseur	6
4.1.5. Financement de la révision	6
4.1.6. Lieu de la révision.....	6
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	7
4.2.4. Schéma d'évaluation pour le codage de l'hôpital (typologie des erreurs)	7
4.2.5. Etablissement du rapport de révision	9
4.2.6. Procédure en cas de désaccord.....	9
5. Rapport de révision	10
5.1. Contenu du rapport de révision	10
5.2. Utilisation et publication du rapport de révision	10
6. Etat.....	11
Annexe 1: Echantillon	12

1. Introduction

Le système de classification des patients ST Reha a été introduit le 1^{er} janvier 2022 dans les institutions de réadaptation stationnaire¹ de Suisse.

Les partenaires de SwissDRG SA, en particulier les partenaires tarifaires, estiment que l'exécution de la révision du codage pour ST Reha doit intervenir de manière uniforme dans toute la Suisse. Le présent règlement et le rapport-type de révision font partie intégrante de l'application uniforme au niveau national de la structure tarifaire ST Reha.

2. Objectifs et principes de la révision du codage

Pour une application efficace de ST Reha sur le plan tarifaire, il faut impérativement que les instruments de 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 ST Reha 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.

¹ Pour faciliter la lecture, le terme « hôpitaux » est utilisé dans la suite du document.

3. Obligations du réviseur²

3.1. Qualifications

1. Pour pouvoir assumer la révision du codage, le réviseur doit être titulaire du brevet fédéral «spécialiste en codage médical» ou d'un diplôme équivalent³ et bénéficier d'une expérience professionnelle de 3 ans dans le domaine du codage dans le cadre d'un poste à temps plein. Le réviseur doit justifier d'une formation complémentaire spécifique au codage dans la réadaptation (application des règles de codage pour les instruments de codage utilisés en réadaptation: ADL, CIRS, test de marche de 6 minutes (codes CHOP AA.-) / exigences de l'ANQ relatives aux instruments de mesure utilisés en réadaptation) ou d'une expérience professionnelle de 1 an au moins dans la réadaptation (dans le cadre d'un poste à plein temps).
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 et de la réadaptation.

3.2. Liste OFS des réviseurs

1. L'OFS tient une liste de l'ensemble des réviseurs qui satisfont aux exigences définies sous 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 de manière conforme les directives de codage publiées par l'OFS. 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

1. Les constats faits par le réviseur, resp. les informations portées à sa connaissance 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.

² Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé indifféremment pour désigner les personnes de sexe masculin et féminin.

³ Les demandes de reconnaissance des acquis, accompagnées des documents requis, doivent être adressées à la commission d'examen fédérale de l'examen professionnel pour Spécialiste en codage médical.

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, durant la période de révision et tout au long de sa durée, le réviseur ne peut être lié à l'hôpital soumis à la révision ni par un contrat de travail, ni par des rapports entre mandant et mandataire, ni par quelque rapport de dépendance financière que ce soit. 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

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 ST Reha 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 uniforme au niveau national.
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

1. La révision du codage a lieu pour chaque exercice. Pour les données de l'année X, elle doit être achevée jusqu'au 31 mai de l'année X+2. La révision peut être exécutée en deux étapes, d'un commun accord entre les parties concernées. Dans tous les cas, un seul rapport de révision est établi, lequel contient les résultats agrégés des deux étapes.

4.1.3. Bases de révision

1. La révision est gouvernée:
 - a) par les 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 codeurs dans les versions spécifiées pour la période de référence)
 - b) par les règles relatives à l'application de ST Reha en vigueur au moment de la révision.
2. Les versions du groupeur et du catalogue de RCG en vigueur pour l'année de révision doivent être indiquées avec les cost-weights.

3. Chaque cas est vérifié sur la base du dossier complet du patient⁴.

4.1.4. Mandat confié au réviseur

Le réviseur est désigné par l'établissement. Les critères concernant l'indépendance du réviseur mentionnés au point 3.3.3 doivent être respectés.

4.1.5. Financement de la révision

1. Les coûts de la révision sont à la charge de l'établissement 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 dans l'établissement. Ce dernier met à disposition des locaux adéquats pour son exécution.
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'établissement, 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'établissement, 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 ST Reha 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 fixé de manière à permettre de tirer, en se fondant sur les principes statistiques, des conclusions valables pour l'ensemble de base.
2. L'échantillon est prélevé de manière aléatoire. Le prélèvement a lieu sur la base des sorties des patients dont les séjours en réadaptation ont été facturés selon ST Reha durant la

⁴ Le dossier du patient contient, en lien avec la révision du codage, uniquement les documents pertinents du cas à vérifier pour le codage.

période de révision. Les cas de l'échantillon ne peuvent plus être modifiés après la transmission de l'échantillon à l'hôpital.

3. Les détails relatifs à la détermination de la taille de l'échantillon sont définis dans l'Annexe 1.
4. Le prélèvement de l'échantillon est effectué par le réviseur, en collaboration avec l'hôpital.
5. 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.
6. Si aucun dossier de patient selon le point 4.2.3, al. 2 et 3 n'est disponible à la date de la révision dans plus de 3% des cas, un nouvel échantillon doit être prélevé de manière globale. L'hôpital doit en outre justifier l'absence de dossiers de 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, documentation des soins, etc.).
3. La révision du codage se fait au cas par cas, sur la base du dossier du patient, ceci pour chaque cas sous la forme d'un 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.
6. Le codage de chaque cas révisé est comparé au codage d'origine du cas par l'hôpital. Les codes qui divergent sont saisis comme des erreurs de codage. En particulier:
 - Le cost-weight de chaque cas révisé est comparé au cost-weight qui résulte du codage d'origine du cas.
 - Si, selon l'évaluation du réviseur, un séjour S dans l'échantillon fait partie d'un séjour plus long T, toutes les parties de T sont alors révisées (même celles qui ne font pas partie du séjour S dans l'échantillon). Le cost-weight du séjour T déterminé par le réviseur est comparé à la somme des cost-weights des parties de T qui avaient été facturées par l'hôpital selon le codage d'origine.
 - Si, selon l'évaluation du réviseur, un séjour S dans l'échantillon doit être divisé en plusieurs séjours P1, P2..., toutes les parties P1, P2... sont alors révisées. Le cost-weight déterminé à l'origine par l'hôpital pour le séjour S est comparé avec la somme des cost-weights des séjours P1, P2... qui ont été déterminés par le réviseur.

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

Le codage des codes diagnostiques et de traitement est jugé:

- **«juste»** si les deux codes sont identiques (c.-à-d. si **tous** les caractères du code sont identiques).

- **«faux»** si des différences apparaissent pour un caractère de la CIM-10 ou des codes CHOP.
- **«absent»**,
- **«injustifié»**,
- **«inutile»**.

La typologie des erreurs est récapitulée dans le tableau suivant:

Type d'erreur	Code diagnostique (ICD-10)	Code de traitement (CHOP sans AA.-)
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 / saisie 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.

Le codage des instruments de mesure⁵ utilisés en réadaptation, est jugé:

- **«juste»**,
- **«faux»**,
- **«absent»**,

⁵ Instruments de mesure selon le catalogue en vigueur de la CHOP (chapitre AA.-)

- «moment de la saisie incorrect»

Type d'erreur	Code CHOP (AA.-)
Juste	☺ L'item a été saisi durant la période prescrite sous le code CHOP et la valeur attribuée peut être vérifiée et reproduite à l'aide de la documentation ⁶ utilisée pour le codage.
Faux	☹ L'item a été codé avec une valeur qui ne correspond pas aux indications figurant dans les documents utilisés pour le codage.
Absent	L'item n'est pas codé bien qu'il figure dans les documents utilisés pour le codage et soit important pour l'hospitalisation.
Moment de la saisie incorrect	L'item n'a pas été relevé dans le délai prescrit sous le code CHOP.

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.
2. Le rapport de révision provisoire est adressé à l'hôpital. Ce dernier dispose d'un délai de 10 jours ouvrables pour prendre position.
3. Le réviseur établit ensuite le rapport de révision définitif à l'attention de l'hôpital.
4. 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 délai 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.

⁶ Les exigences minimales portant sur la documentation des instruments de mesure utilisés en réadaptation correspondent aux prescriptions décrites sous le code CHOP. Dans le dossier du patient, l'évaluation par la personne responsable doit être documentée, afin de permettre la vérification de cette valeur.

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 en tant qu'observations principales les évaluations effectuées dans le rapport de révision sous forme de «Résumé» (page 4 du rapport-type de révision). Il 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 établissements / H+. Adresse d'envoi: tarif@hplus.ch
santésuisse	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie associés. Adresse d'envoi: mail@santesuisse.ch , objet: «Rapport de la révision du codage»
curafutura	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie associés. Adresse d'envoi: info@curafutura , 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 rapportcodage@gdk-cds.ch
SwissDRG SA	Ne peut pas transmettre les contenus. Adresse d'envoi: reha@swissdrg.org
Secrétariat du codage de l'OFS	Peut demander à le recevoir si nécessaire. Ne peut pas transmettre les contenus.

4. 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 3.0 approuvée par le Conseil d'administration de SwissDRG SA le 06.03.2024 à Berne.

Annexe 1: Echantillon

- A) Pour la révision des données 2025⁴ selon ST Reha, une taille d'échantillon de 5% est fixée pour chaque établissement, avec cependant un minimum de 30 cas et un maximum de 150.
- B) L'évaluation de la différence de codage (écart entre le CMI de l'établissement avant la révision et le CMI de l'établissement avec les codes du réviseur), ainsi que le type de détermination d'un niveau de confiance à 95% 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.
- C) 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 CMI. 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.
- D) 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.
- E) Les résultats statistiques issus des échantillons doivent être déterminés avec des estimateurs non biaisés.
- F) Il est conseillé de faire appel à un spécialiste de la statistique.