

13.03.2026

**Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage selon TARPSY
et ST Reha**

Rapport-type de révision¹

de l'hôpital X

ST Reha
Révision des données 2026
Applicable à partir du 01.01.2027

La version en langue allemande fait foi

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 connaît trois types de résultats:

- Les résultats relatifs à l'ensemble de base (en vert): données statistiques sur l'ensemble de base (données complètes de l'hôpital).
- Les résultats relatifs à l'échantillon (en bleu): données statistiques sur l'échantillon. Si les cas ont été inclus dans l'échantillon avec une probabilité différente, les informations sont présentées en tant que moyennes et sommes non pondérées, c'est-à-dire non modifiées, conformément à l'échantillon réel.
- Estimations (en rouge): estimations non biaisées de paramètres de l'ensemble de base. Si la répartition des cas dans l'échantillon selon le cost-weight ne correspond pas à la répartition de l'ensemble de base, les résultats estimés doivent être corrigés et indiqués après pondération, pour être représentatifs de l'ensemble de base.

Les différentes couleurs utilisées dans le rapport-type de révision le sont à des fins d'illustration. Il n'y a pas lieu de les utiliser dans le véritable rapport de révision.

Sommaire

Résumé.....	5
Résultats de la révision en bref	5
Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon	6
1. Exécution de la révision.....	7
1.1 Période de référence.....	7
1.2 Version 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
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés.....	8
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas).....	9
2.2.4 Congruence de la facturation.....	9
2.3 Diagnostics et traitements	9
2.3.1 Erreurs constatées.....	9
2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur	9
2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position.....	10
2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur	10
2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....	11
2.3.6 Attribution du diagnostic principal.....	11
2.3.7 Attribution du diagnostic supplémentaire	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2.3.8 Attribution du code CHOP (BA.-).....	11
2.3.9 Attribution du code CHOP (BB.-).....	12
2.3.10 Attribution du code CHOP (AA.-)	12
2.3.11 Attribution du code CHOP (autres).....	12
2.3.12 Prestations ambulatoires externes.....	12
2.4 Rémunérations supplémentaires hors médicaments (substances)	12
2.5 Médicaments (substances).....	13

2.6 Changements de cost-weights.....	13
2.6.1 Nombre et pourcentage de changements de cost-weights.....	13
2.6.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS.....	13
2.7 Cost-weights	14
2.7.1 CMI de l'hôpital avant et après révision	14
2.7.2 DMI de l'hôpital avant et après révision	14
2.7.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision.....	14
2.7.4 Différences entre les cost-weights	14
2.7.5 Différences entre les durées de séjour.....	14
2.8 Comparaison échantillon et ensemble de base	14
2.8.1 Nombre de cas et de jours	14
2.8.2 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital	15
2.8.3 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient.....	15
2.8.4 Nombre de codes de traitement par patient	15
2.8.5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires	15
2.8.6 Nombre et pourcentage de cas TR80Z	15
2.9 Comparaison avec les révisions antérieures.....	16
3. Recommandations	17
3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	17
3.2 Recommandations pour le développement de ST Reha.....	17
3.3 Autres remarques du réviseur.....	17
4. Remarques de la direction de l'hôpital.....	18
Annexe 1: Pièces justificatives.....	19
Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X.....	19
Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX.....	20
Annexe 2: Aperçu des prestations durant la période sous revue	21
Nombre de cas traités dans le cadre d'un séjour hospitalier (ensemble de l'institution)....	21
Statistiques DMI et CMI	22
Cas ST Reha selon le canton de domicile et le type d'assurance.....	23
Nombre de rémunérations supplémentaires	23

Résumé

Résultats de la révision en bref

Chapitre	Unité de mesure	Résultat	
2.8.1	Cas de l'échantillon	Nombre	
2.8.1	Cas de l'ensemble de base	Nombre	
2.8.1	Jours de l'échantillon	Nombre	
2.8.1	Jours de l'ensemble de base	Nombre	
2.7.1	CMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)		
2.7.1	CMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)		
2.7.1	Signification statistique de l'écart entre CMI avant et après la révision	oui/non	
2.7.1	Différence estimée entre CMI de l'hôpital avant et après révision	Valeur abs.	%
2.5.1	Cas révisés avec changements de cost-weights	Nombre	%
2.3	Diagnostics principaux corrects ²	Nombre	%
2.3	Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct en réadaptation (BA.-) ³	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct (BB.-) ³	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct instruments de mesure (AA.-) ³	Nombre	%
2.3	Code CHOP correct (autres) ³	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	Rémunérations supplémentaires correctes hors médicaments (substances) ³	Nombre	%
2.2.3	Combinaison de cas contestée	Nombre	%
2.2.1.1	Dossiers de patients manquants	Nombre	%
2.3.13	Traitement ambulatoire extra-muros saisi correctement	Nombre	%

² Pour les diagnostics principaux corrects, le code doit non seulement être correct, mais également avoir été codé à la bonne position (un diagnostic principal jugé «correct» doit 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 Indication par cas

Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon⁴

	Ensemble de base	Échantillon
Cas avec rémunérations supplémentaires	%	%
Cas avec traitements ambulatoires extra-muros ⁵	%	%
CMI		
DMI		

⁴ Les informations se réfèrent à chaque fois aux données avant révision (par ex. DMI: les cost-weights effectifs avant révision sont pris en compte).

⁵ Il faut ici prendre en compte les dispositions de l'accord sur la facturation séparée de prestations pendant un séjour en stationnaire (art. 49 al. 1 LAMal). Lien: <https://www.hplus.ch/fr/tarifs/st-reha>. Il faut noter en particulier que les traitements ambulatoires extra-muros fournies pendant un séjour en stationnaire et non facturées par l'hôpital ne peuvent pas non plus être saisies.

1. Exécution de la révision

1.1 Période de référence

1.2 Version en vigueur

Catalogue des RCG avec cost-weights, règles de facturation («Règles et définitions pour la facturation des cas selon ST Reha» 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 utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage ainsi que des procédés de calcul utilisés.

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 du déroulement de la révision.

1.5 Qualification du réviseur

1.6 Indépendance du réviseur

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

1.7 Remarques

2. Constatations

2.1 Constatations générales

2.2 Bases administratives

2.2.1 Dossiers de patients

2.2.1.1 Nombre et pourcentage de dossiers de patients manquants

2.2.1.2 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

Erreurs dans:	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		
Décision d'envoi		
Lieu de séjour avant l'admission		
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, psychiatrie, soins somatiques aigus)		
Décision de sortie		
Lieu de séjour après la sortie		
Traitement après la sortie		
Durée de séjour		
Congé administratif		
Motif de réadmission		

2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas)

2.2.3.1 Erreurs constatées

Type d'erreur	RCG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence de cost-weight

2.2.3.2 Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base de la version en vigueur des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon ST Reha».

2.2.4 Congruence de la facturation

Erreurs constatées:

	RCG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
Incorrecte			
Encore aucune facture disponible			
Autre			
Manquante			

Les cas d'annulation qui ont été signalés avant le début de la révision doivent être énumérés en détail 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.

2.3 Diagnostics et traitements

2.3.1 Erreurs constatées

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

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

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Diagnostic principal						
Diagnostics supplémentaires						
Total diagnostics						

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Traitements (BA.-)						
Traitements (BB.-)						
Traitements (AA.-)						
Traitements (autres)						
Total traitements						

2.3.3 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							
.							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (BA.-)							
Traitements (BB.-)							
Traitements (AA.-)							
Traitements (autres)							
Total traitements							

2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles
Diagnostic principal					
.					
Diagnostics supplémentaires					
Total diagnostics					
Traitements (BA)					
Traitements (BB)					
Traitements (AA)					

Traitements (autres)					
Total traitements					

2.3.5 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	total
Diagnostic principal							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (BA)							
Traitements (BB)							
Traitements (AA)							
Traitements (autres)							
Total traitements							

2.3.6 Attribution du diagnostic

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

2.3.7 Attribution du code CHOP (BA.-)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.8 Attribution du code CHOP (BB.-)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.9 Attribution du code CHOP (AA.-)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.10 Attribution du code CHOP (autres)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.11 Traitement ambulatoire extra-muros⁶

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

2.4 Rémunérations supplémentaires hors médicaments (substances)

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

⁶ Correspondait jusqu'au 31 décembre 2023 à la variable OFS « Traitement ambulatoire extra-muros » (4.3.V016) ; nouveau : « behandlung_auswaerts »

2.5 Médicaments (substances)

La liste des médicaments/substances onéreux selon SwissDRG SA est déterminante.

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

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

2.6 Changements de cost-weights

2.6.1 Nombre et pourcentage de changements de cost-weights

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

2.6.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS

Différences	Soumission à l'OFS oui/non	Remarques

2.7 Cost-weights

2.7.1 CMI de l'hôpital avant et après révision

CMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)		
CMI estimé de l'hôpital avant révision ⁷ (échantillon)		
CMI estimé de l'hôpital après révision ⁶ (échantillon)		
Signification statistique de la différence du CMI avant et après révision	<u>oui/non</u>	
Différence estimée du CMI avant et après révision	Valeur abs.	%
Intervalle de confiance (IC) 95% de la différence du CMI de l'hôpital avant et après révision ⁸	IC inférieur	IC supérieur

2.7.2 DMI de l'hôpital avant et après révision

DMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base)	
DMI estimé de l'hôpital avant révision (échantillon)	
DMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)	

2.7.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision

Durée moyenne de séjour avant révision (ensemble de base)	
Durée moyenne de séjour estimée avant révision (échantillon)	
Durée moyenne de séjour estimée après révision (échantillon)	

2.7.4 Différences entre les cost-weights

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

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

2.7.5 Différences entre les durées de séjour

Liste des durées de séjour associées, avant et après révision, pour les cas avec des différences de durées de séjour qui ne sont pas égales à zéro (liste des paires (u,v) où u = durée de séjour avant révision, v = durée de séjour après révision, $v \neq u$).

Numéro de cas	Durée de séjour avant révision	Durée de séjour après révision
.....		

2.8 Comparaison échantillon et ensemble de base

2.8.1 Nombre de cas et de jours

Nombre de cas (échantillon)	
-----------------------------	--

⁷ Y compris la prise en compte des regroupements de cas selon le règlement 4.2.3

⁸ Si au moins trois cost-weights ont été corrigés.

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

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

	Codes non spécifiques ⁹ de l'ensemble de base		Codes non spécifiques de l'échantillon	
Diagnostics	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Traitements	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>

2.8.3 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

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

2.8.4 Nombre de codes de traitement par patient

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

2.8.5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires

Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (échantillon)	<i>%</i>
Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	<i>%</i>

2.8.6 Nombre et pourcentage de cas TR80Z

Nombre de cas TR80Z (échantillon)	
Nombre de cas TR80Z (ensemble de base)	
Pourcentage de cas TR80Z (échantillon)	<i>%</i>
Pourcentage de cas TR80Z (ensemble de base)	<i>%</i>

⁹ 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!.

2.9 Comparaison avec les révisions antérieures

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

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 ST Reha

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

.....

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 ST Reha, dans la version en cours de validité.
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 ST Reha 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 durant la période sous revue

Nombre de cas traités dans le cadre d'un séjour hospitalier (ensemble de l'institution)

	AMal	AA	AM	AI	Total
Réadaptation neurologique (BA.1)					
Réadaptation psychosomatique (BA.2)					
Réadaptation pulmonaire (BA.3)					
Réadaptation cardiaque (BA.4)					
Réadaptation musculo-squelettique (BA.5)					
Réadaptation clinique et oncologique (BA.6)					
Réadaptation pédiatrique (BA.7)					
Réadaptation gériatrique (BA.8)					
Réadaptation, autre (BA.9)					
Réadaptation, total					
Patients recevant des soins et en attente de placement ¹⁰					
Soins somatiques aigus					
Psychiatrie					

¹⁰ Patients recevant des soins et en attente de placement au sens des règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha

Nombre de jours de traitement hospitalier (ensemble de l'institution)

	AMal	AA	AM	AI	Total
Réadaptation neurologique (BA.1)					
Réadaptation psychosomatique (BA.2)					
Réadaptation pulmonaire (BA.3)					
Réadaptation cardiaque (BA.4)					
Réadaptation musculo-squelettique (BA.5)					
Réadaptation clinique et oncologique (BA.6)					
Réadaptation pédiatrique (BA.7)					
Réadaptation gériatrique (BA.8)					
Réadaptation, autre (BA.9)					
Réadaptation, total					
Patients recevant des soins et en attente de placement ¹¹					
Soins somatiques aigus					
Psychiatrie					

Statistiques DMI et CMI

	Cas	Jours	CaseMix	DMI	CMI
AMal					
AA					
AM					
AI					
Total					

¹¹ Patients recevant des soins et en attente de placement au sens des règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha

Cas ST Reha selon le canton de domicile et le type d'assurance

	AMal	AA	AM	AI
Interne au canton				
Canton A				
Canton B				
Canton C				
....				

Nombre de rémunérations supplémentaires

Rémunération supplémentaire	Dénomination	Montant	AMal	AA	AM	AI	Auto-payeurs	Autres	Inconnu	Total
Total rémunérations supplémentaires										