

Version 54.0 / ~~xx:xx~~12.03.20210

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY

Musterrevisionsbericht¹

im Spital X

Version 54.0
Revision der Daten 20210
Gültig ab 01.01.20224

¹ Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Präambel

Um eine Einheitlichkeit der Resultate zu erreichen, welche eine schweizweite Vergleichbarkeit ermöglicht, müssen bei der Erstellung des Musterrevisionsberichts folgende Punkte beachtet werden:

1. Der Musterrevisionsbericht ist ein bindendes Dokument und vollständig auszufüllen. Er gilt als Standardrevisionsbericht.
2. Die Reihenfolge der Kapitel muss dem Musterrevisionsbericht entsprechen.
3. Alle Anhänge sind dem Bericht beizulegen.
4. Sollte ein Kapitel des Musterrevisionsberichtes aufgrund der spitalindividuellen Struktur nicht zutreffen, muss dieses Kapitel beibehalten werden mit einer Begründung der Revisionsfirma zu den fehlenden Angaben.
5. Sämtliche Spalten- und Zeilenbezeichnungen sind unverändert beizubehalten.
6. Stellt die Revisionsfirma dem Spital zusätzliche Informationen oder Auswertungen zur Verfügung, können diese ohne Änderungen der Grundstruktur ergänzt werden.

Der Musterrevisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

- Auf die Grundgesamtheit bezogene Resultate (grün hinterlegt): statistische Angaben zur Grundgesamtheit (vollständiger Datensatz des Spitals).
- Auf die Stichprobe bezogene Resultate (blau hinterlegt): statistische Angaben zur Stichprobe. Wurden die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen, so werden die Angaben als ungewichtete Summen und Mittelwerte aufgeführt, das heisst unverändert, gemäss tatsächlicher Stichprobe.
- Schätzungen (rot hinterlegt): unverzerzte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit. Entspricht die Verteilung der Fälle in der Stichprobe nach Kostengewicht nicht der Verteilung der Grundgesamtheit, so sind die Schätzergebnisse zu korrigieren und gewichtet anzugeben, damit sie Aussagen über die Grundgesamtheit erlauben.

Die farbliche Unterscheidung erfolgt im Musterrevisionsbericht zu Illustrationszwecken. In den eigentlichen Revisionsberichten muss keine farbliche Unterscheidung vorgenommen werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Revisionsergebnisse im Überblick	5
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	6
1. Durchführung der Revision	7
1.1 Berichtsperiode	7
1.2 Gültige Version	7
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe	7
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision.....	7
1.5 Qualifikation des Revisors.....	7
1.6 Unabhängigkeit des Revisors.....	7
1.7 Bemerkungen	7
2. Feststellungen	8
2.1 Generelle Feststellungen	8
2.2 Administrative Grundlagen	8
2.2.1 Patientenakten.....	8
2.2.2 Administrative Falldaten	8
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)	8
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung.....	9
2.3 Diagnosen und Behandlungen	9
2.3.1 Festgestellte Fehler	9
2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	9
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	10
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	10
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	10
2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose.....	11
2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	11
2.3.8 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	11
2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)	11
2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2)	12
2.3.11 Externe ambulante Leistungen	12
2.4 Medikamente (Substanzen)	12
2.5 Kostengewichts-Änderungen	12
2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen.....	12
2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS.....	13
2.6 Kostengewichte.....	13
2.6.1 DMI des Spitals vor und nach Revision	13
2.6.2 CMI des Spitals vor und nach Revision	13
2.6.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision	13

2.6.4 Kostengewichtsdifferenzen.....	13
2.6.5 Aufenthaltsdifferenzen.....	14
2.7 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit	14
2.7.1 Anzahl Fälle und Tage.....	14
2.7.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung	14
2.7.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	14
2.7.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient.....	14
2.7.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt.....	<u>151514</u>
2.8 Zusatzentgelte	15
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen.....	15
3. Empfehlungen	16
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	16
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY.....	16
3.3 Weitere Hinweise des Revisors.....	16
4. Anmerkungen Spitaldirektion.....	17
Anhang 1: Nachweise	18
Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X.....	18
Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX	19
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	20
Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	20
TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart.....	20
Anzahl Zusatzentgelte	20

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

<u>Kapitel</u>	<u>Messgrösse</u>	<u>Ergebnis</u>	
<u>2.7.1</u>	Fälle in der Stichprobe	Anzahl	
<u>2.7.1</u>	Fälle in der Grundgesamtheit	Anzahl	
<u>2.7.1</u>	Tage in der Stichprobe	Anzahl	
<u>2.7.1</u>	Tage in der Grundgesamtheit	Anzahl	
<u>2.6.1</u>	DMI des Spitals vor Revision		
<u>2.6.1</u>	Geschätzter DMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
<u>2.6.1</u>	Statistische Signifikanz der Abweichung des DMI vor und nach Revision	ja/nein	
<u>2.6.1</u>	Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
<u>2.5.1</u>	Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Änderungen	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtige Hauptdiagnosen ²	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ²	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtige Nebendiagnose	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2) ³	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtiger CHOP (94.A1) ³	Anzahl	%
<u>2.3</u>	Richtige CHOP (94.A2) ³	Anzahl	%
<u>2.8</u>	Richtige Zusatzentgelte ³	Anzahl	%
<u>2.2.3</u>	Beanstandete <u>Fallzusammenführungen</u> <u>Fallkombinationen</u>	Anzahl	%
	<u>Beanstandete Kongruenz der Rechnungsstellung</u>	Anzahl	%
<u>2.2.1.1</u>	<u>Fehlende Patientenakten</u>	Anzahl	%
<u>2.3.11</u>	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%
	<u>Anteil fehlender Dokumente</u>	%	

² Bei den richtigen Hauptdiagnosen und Zusätzen zur Hauptdiagnose, muss der Kode nicht nur richtig sein, sondern er muss auch an der richtigen Position kodiert worden sein (eine als „richtige“ beurteilte Hauptdiagnose muss zum Beispiel an der Position „Hauptdiagnose“ erfasst sein. Wurde eine Nebendiagnose mit dem für die Hauptdiagnose korrekten Kode kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden.).

³ Angabe je Fall

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe⁴

<u>Messgrösse</u>	Grundgesamtheit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	%	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	%	%
DMI		

⁴ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. DMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

1. Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

1.2 Gültige Version

PCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln"), Kodierungshandbuch, Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM); Fehlertypologie.

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Vollständige Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung der Stichprobengröße und der Methode der Stichprobenziehung sowie der verwendeten Berechnungsverfahren.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Zeitpunkt der Zusendung der Stichprobe, Zeitpunkt des Fallgesprächs. Dauer der reinen Kodierrevision (ohne Berichtverfassung, Fallgespräch und anderen administrativen Aufwänden). Angabe des Durchführungsorts der Revision.

1.5 Qualifikation des Revisors

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Offenlegung allfälliger Abhängigkeiten von einem Kostenträger. Verweis auf Anhang 1.

1.7 Bemerkungen

2. Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 ~~Patientendossiers~~ Patientenakten

2.2.1.1 ~~Anteil fehlender Dokumente~~ Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung ~~Qualität der Dokumente~~

Beurteilungskriterien: Übersichtlichkeit, zeitliche Abfolge, Vollständigkeit/Fehlen von Einzeldokumenten, die für die Kodierrevision von Relevanz sind.

2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart		
Einweisende Instanz		
Aufenthaltort vor Eintritt		
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Akutsomatik)		
Entscheidung für Austritt		
Aufenthalt nach Austritt		
Behandlung nach Austritt		
Verweildauer		
Administrativer Urlaub		
Grund Wiedereintritt		
Fürsorgerische Unterbringung		

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	PCG	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgt auf der Grundlage der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY in der jeweils gültigen Version.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

	PCG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

Stornofälle, welche vor Revisionsbeginn gemeldet wurden, sind hier einzeln aufzuführen.

In diesem Zusammenhang sei auch auf Punkt 4.2.3.5 des Reglements verwiesen. Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierrevision sind nicht zulässig, es sei denn es liegt eine statistische Signifikanz vor.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Einhaltung Kodierungshandbuch, Aufzeigen der PCG-Relevanz der festgestellten Fehler, usw.

2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)						
Behandlungen (94.A1)						
Behandlungen (94.A2)						
Behandlungen total						

2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)							
Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerech- fertigt	unnötig
Hauptdiagnose					
Zusatz zur HD					
Nebendiagnosen					
Diagnosen total					
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2))					
Behandlungen (94.A1)					
Behandlungen (94.A2)					
Behandlungen total					

2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)							

Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

2.3.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung

	Anzahl unspezifischer Kodes ⁵	Prozentsatz unspezifischer Kodes
Diagnosen		

2.3.67 Zuweisung der Hauptdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.78 Zuweisung der Zusatzdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.89 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		

2.3.910 Zuweisung des CHOP (94.A1)

	Anzahl	Prozent

⁵-Als unspezifische Kodes gelten alle ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Kodes V01!-Y84!

Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Kode ersetzt		
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

2.3.1¹⁰⁴ Zuweisung des CHOP (94.A2)

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Kode ersetzt		
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

2.3.1¹¹² Ambulante nicht-psychiatrische Behandlung auswärts Externe ambulante Leistungen

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

2.4 ~~Medikamente~~ und (Substanzen)

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen gemäss SwissDRG.

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

Angaben zur Art des Fehlers (Dosiseinheit, Verabreichungsart, ...)

2.5 Kostengewichts-Änderungen

2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
		%		%		%
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose						

Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Behandlungskod e		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen

2.6 Kostengewichte

2.6.1 DMI des Spitals vor und nach Revision

DMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter DMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)		
Geschätzter DMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
<u>Statistische Signifikanz der Abweichung des DMI vor und nach Revision</u>	<i>ja/nein</i>	
Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision	<i>abs. Wert</i>	<i>%</i>
95%-Vertrauensintervall <u>(VI)</u> der Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision ⁶⁵	<i>Unteres VI</i>	<i>Oberes VI</i>

2.6.2 CMI des Spitals vor und nach Revision

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	

2.6.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Grundgesamtheit)	
Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Stichprobe)	
Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Stichprobe)	

2.6.4 Kostengewichtsdifferenzen

⁶⁵Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

Liste der gepaarten Kostengewichte vor und nach Revision bei Fällen mit Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind. (Liste der Paare (x,y) wobei x=Kostengewicht vor Revision, y=Kostengewicht nach Revision, $x \neq y$)

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
.....		

2.6.5 Aufenthaltsdifferenzen

Liste der gepaarten Aufenthaltsdauern vor und nach Revision bei Fällen mit Aufenthaltsdauerdifferenzen, welche ungleich Null sind. (Liste der Paare (u,v) wobei u=Aufenthaltsdauer vor Revision, v=Aufenthaltsdauer nach Revision, $u \neq v$)

Fallnummer	Aufenthaltsdauer vor Revision	Aufenthaltsdauer nach Revision
.....		

2.7 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit

2.7.1 Anzahl Fälle und Tage

Anzahl Fälle (Stichprobe)	
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	
Anzahl Tage (Stichprobe)	
Anzahl Tage (Grundgesamtheit)	

2.7.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	<u>unspezifische Codes⁷⁶ -der Grundgesamtheit</u>		<u>unspezifische Codes der Stichprobe</u>	
<u>Diagnosen</u>	<u>Anzahl</u>	<u>%</u>	<u>Anzahl</u>	<u>%</u>
<u>Behandlungen</u>	<u>Anzahl</u>	<u>%</u>	<u>Anzahl</u>	<u>%</u>

2.7.32 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	

2.7.43 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

Anzahl Behandlungskodes/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Behandlungskodes/Patient (Grundgesamtheit)	

⁷⁶ Als unspezifische Codes gelten alle CHOP- und ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!.

2.7.4 Prozentsatz Fälle mit HoNOS bzw. HoNOSCA

Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Grundgesamtheit)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Grundgesamtheit)	

2.7.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	%
Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	%

2.8 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

~~Dieser Punkt gilt ab der zweiten Revision des Hauses. Vergleich der Revisi~~
onsergebnisse gemäss Zusammenfassung Musterrevisionsbericht mit den Vorjahresergebnissen.

3. Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Die Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung sollten ausführlich sein und sich an den festgestellten Fehlern orientieren.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierungsrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

4. Anmerkungen Spitaldirektion

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY in der jeweils gültigen Version sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Der Revisor verpflichtet sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Der Revisor verpflichtet sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Der Revisor bestätigt seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- und Mandatsverhältnis oder anderweitigen finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Der Revisor bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma bei der er angestellt ist, nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

.....

Ort und Datum

.....

Kodierrevisor

Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital X nach TARPSY fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 20XX und 31. Dezember 20XX übermittelt wurden.

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Erwachsenen-Psychiatrie					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
<u>Pflege und</u> Wartepatienten ⁸					
Akutsomatik					
Rehabilitation					

TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV
Innerkantonal				
Kanton A				
Kanton B				
Kanton C				
....				

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbek.	Total
Total Zusatzentgelte Version 9.0										

⁸ Pflege- und Wartepatienten = Pflegepatient in der Psychiatrie gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY unter TARPSY