

Versione 6.0 / 31.03.2017

**Allegato 2 del Regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica
conformemente a SwissDRG**

Modello di rapporto di revisione^{*}

Revisione dei dati 2017

nell'ospedale X

Versione 6.0

^{*} Concretizzazione della parte statistica e dei criteri di valutazione

Indice

Riassunto.....	4
Visione d'insieme dei risultati della revisione	4
Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione	4
1 Esecuzione della revisione.....	5
1.1 Periodo di valutazione.....	5
1.2 Versioni valide.....	5
1.3 Calcolo e prelievo del campione	5
1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione	5
1.5 Qualifiche del revisore.....	5
1.6 Indipendenza del revisore	5
1.7 Osservazioni	5
2 Costatazioni	6
2.1 Costatazioni generali	6
2.2 Fondamenti amministrativi	6
2.2.1 Dossier paziente	6
Percentuale di anamnesi mancanti	6
Qualità della compilazione del dossier	6
2.2.2 Dati amministrativi dei casi	6
2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)	6
Errori rilevati	6
Scostamento del cost-weight	6
2.2.4 Congruenza della fatturazione.....	7
Errori rilevati	7
Scostamento del cost-weight	7
2.3 Diagnosi e trattamenti	7
2.3.1 Errori rilevati.....	7
2.3.2 Dati relativi agli errori di codifica	7
Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore	7
Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione	8
Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore	8
Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione.....	8
Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale	8
2.3.3 Attribuzione della diagnosi principale	9
2.3.4 Attribuzione della diagnosi complementare.....	9
2.3.5 Attribuzione del trattamento principale	9
2.3.6 Lateralità delle diagnosi e delle procedure.....	9

2.3.7	Trattamento ambulatoriale esterno.....	9
2.3.8	Confronto fra popolazione e campione.....	9
	Numero di diagnosi secondarie/paziente	9
	Numero di trattamenti/paziente	9
	Numero di gruppi diagnostici DRG.....	9
	Percentuale dei casi con compenso supplementare	9
	Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche.....	9
	Percentuale dei casi con trattamento UTI	10
2.4	Medicina intensiva	10
2.4.1	Distinzione medicina intensiva/Intermediate Care Unit	10
2.4.2	Dati di base di medicina intensiva	10
	Respirazioni assistite meccaniche	10
	NEMS	10
	Grado di gravità.....	10
2.5	Compensi supplementari	10
2.6	Medicamenti e sostanze	11
2.7	Cambio di DRG.....	11
2.7.1	Numero e percentuale dei casi con cambio di DRG	11
2.7.2	Differenze con/senza modello all'UFS.....	11
2.8	Cost-weight.....	11
2.8.1	Stima del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.....	11
2.8.2	Differenze dei cost-weight	12
2.9	Confronto con revisioni precedenti.....	12
3	Raccomandazioni	13
3.1	Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale.....	13
3.2	Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG	13
3.3	Altre indicazioni del revisore.....	13
4	Osservazioni della direzione ospedaliera	14
	Allegato 1 Attestazioni	15
	Allegato 2 Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale	17
	Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto	17
	Casi SwissDRG.....	17
	CMI.....	18
	Numero di compensi supplementari.....	19
	Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963 ..	19
	Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2	19
	Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale	19

Riassunto

Visione d'insieme dei risultati della revisione

Dimensioni del campione	Numero	
CMI dell'ospedale prima della revisione		
CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione		
Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione	sì/no	
Differenza stimata del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
Casi soggetti a revisione con cambio di DRG	Numero	%
Diagnosi principali corrette ¹	Numero	%
Complemento corretto alla diagnosi principale ¹	Numero	%
Diagnosi secondarie corrette	Numero	%
Trattamenti principali corretti ¹	Numero	%
Trattamenti secondari corretti	Numero	%
Dati di base corretti di medicina intensiva ²	Numero	%
Compensi supplementari corretti ²	Numero	%
Medicamenti e sostanze corretti ²	Numero	%
Raggruppamenti dei casi contestati	Numero	%
Cartelle cliniche mancanti	Numero	%

Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione

	Popolazione		Campione	
	Numero	%	Numero	%
Casi con compenso supplementare	Numero	%	Numero	%
Respirazioni assistite registrate ³	Numero	%	Numero	%
Casi con permanenza in UTI	Numero	%	Numero	%
CMI				

¹Il codice per le diagnosi principali, i supplementi alla diagnosi principale e i trattamenti principali corretti non solo deve essere appropriato, ma va anche inserito nella posizione esatta (una diagnosi principale valutata come "corretta" deve per esempio essere inserita nella posizione "diagnosi principale". Se si codifica una diagnosi secondaria con il codice corretto per la diagnosi principale, tale diagnosi secondaria non può essere considerata come diagnosi principale corretta).

²Dati per ogni caso

³Cfr. le rispettive direttive di codifica in vigore

1 Esecuzione della revisione

1.1 Periodo di valutazione

1.2 Versioni valide

Catalogo dei forfait per caso, Regole per la fatturazione ("Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG" nonché "Chiarimenti e casi esemplificativi sulle regole di utilizzo"), Manuale di codifica, Classificazioni (CHOP e ICD-10-GM); Tipologia d'errore

1.3 Calcolo e prelievo del campione

Descrizione completa della procedura per la determinazione dell'entità del campione e del metodo per il prelievo del campione nonché delle procedure di calcolo utilizzate.

1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione

Momento dell'invio del campione, momento della discussione del caso. Durata della sola revisione della codifica (senza redazione del rapporto, discussione dei casi e altri compiti amministrativi). Indicazione del luogo di esecuzione della revisione.

1.5 Qualifiche del revisore

1.6 Indipendenza del revisore

Dichiarazione di eventuali rapporti di dipendenza verso un finanziatore e rimando all'Allegato 1.

1.7 Osservazioni

2 Costatazioni

2.1 Costatazioni generali

2.2 Fondamenti amministrativi

2.2.1 Dossier paziente

Percentuale di anamnesi mancanti

Qualità della compilazione del dossier

Criteri di valutazione: trasparenza, sequenza temporale, completezza (integralità)/assenza di singoli documenti pertinenti per la revisione dei codici.

2.2.2 Dati amministrativi dei casi

Errore in:	Numero	Percentuale
Tipo di ammissione		%
Istanza che ha disposto il ricovero		%
Luogo di degenza prima dell'ammissione		%
Cambio del tipo di degenza (ambulatoriale, stazionaria, riabilitazione, psichiatria)		%
Decisione per la dimissione		%
Degenza dopo la dimissione		%
Trattamento dopo la dimissione		%
Durata di degenza		%
Congedo amministrativo		%
Motivo della riammissione		%
Record neonato		%
Peso all'ammissione		%

2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)

Errori rilevati

Tipo di errore	Numero di DRG	Cost-weight dell'ospedale	Cost-weight del revisore	Differenza del cost-weight
----------------	---------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------

Scostamento del cost-weight

2.2.4 Congruenza della fatturazione

Errori rilevati

	Numero di DRG	Cost-weight	Compensi supplementari
Errato			
Fattura non ancora presente			
Altro			
Mancante			

I casi di storno segnalati prima dell'inizio della revisione devono essere indicati singolarmente qui.

Scostamento del cost-weight

La revisione della fatturazione viene condotta sulla base del documento "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG" nella versione attuale.

2.3 Diagnosi e trattamenti

2.3.1 Errori rilevati

Conformità al manuale di codifica, esposizione della rilevanza DRG degli errori rilevati ecc.

2.3.2 Dati relativi agli errori di codifica

Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Diagnosi principale						
Complemento alla diagnosi principale						
Diagnosi secondarie						
Totale delle diagnosi						
Trattamento principale						
Trattamenti secondari						

Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamento principale							
Trattamenti secondari							

Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria
Diagnosi principale	%	%	%	%	%
Complemento alla diagnosi principale	%	%	%	%	%
Diagnosi secondarie	%	%	%	%	%
Totale delle diagnosi	%	%	%	%	%
Trattamento principale	%	%	%	%	%
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%

Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale	%	%	%	%	%	%	
Complemento alla diagnosi principale	%	%	%	%	%	%	
Diagnosi secondarie	%	%	%	%	%	%	
Totale delle diagnosi	%	%	%	%	%	%	
Trattamento principale	%	%	%	%	%	%	
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%	%	

Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale

	Numero di codici aspecifici ¹	Percentuale di codici aspecifici
Diagnosi		%
Trattamenti		%

¹Codici aspecifici vengono considerati tutti i codici CHOP e ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V01!-Y84!.

2.3.3 Attribuzione della diagnosi principale

2.3.4 Attribuzione della diagnosi complementare

2.3.5 Attribuzione del trattamento principale

2.3.6 Lateralità delle diagnosi e delle procedure

2.3.7 Trattamento ambulatoriale esterno

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

2.3.8 Confronto fra popolazione e campione

Numero di diagnosi secondarie/paziente

Numero di diagnosi secondarie/paziente (campione)	
Numero di diagnosi secondarie/paziente (popolazione)	

Numero di trattamenti/paziente

Numero di trattamenti/paziente (campione)	
Numero di trattamenti/paziente (popolazione)	

Numero di gruppi diagnostici DRG

Numero di gruppi diagnostici DRG (campione)	
Numero di gruppi diagnostici DRG (popolazione)	

Percentuale dei casi con compenso supplementare

Percentuale dei casi con compensi supplementari (campione)	%
Percentuale dei casi con compensi supplementari (popolazione)	%

Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche

Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche (campione)	%
Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche (popolazione)	%

Percentuale dei casi con trattamento UTI

Percentuale dei casi UTI (campione)	%
Percentuale dei casi UTI (popolazione)	%

2.4 Medicina intensiva

2.4.1 Distinzione medicina intensiva/Intermediate Care Unit

2.4.2 Dati di base di medicina intensiva

Respirazioni assistite meccaniche

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

NEMS

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

Grado di gravità

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

2.5 Compensi supplementari

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

2.6 Medicamenti e sostanze

Determinante è l'elenco dei medicamenti e delle sostanze registrabili a livello di casi nella statistica medica secondo SwissDRG.

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

Indicazioni sul tipo di errore (unità di misura della dose, tipo di somministrazione ecc.)

2.7 Cambio di DRG

2.7.1 Numero e percentuale dei casi con cambio di DRG

	Cost-weight superiore dopo revisione		Cost-weight inferiore dopo revisione		Nessun influsso sul cost-weight	
		%		%		%
Per variazione della diagnosi principale		%		%		%
Per variazione della diagnosi secondaria		%		%		%
Per variazione del trattamento		%		%		%
Per altre variazioni		%		%		%
Totale		%		%		%

2.7.2 Differenze con/senza modello all'UFS

Differenze	Modello all'UFS si/no	Commenti
.....		

2.8 Cost-weight

2.8.1 Stima del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

Indicare i valori seguenti:

1. CMI dell'ospedale prima della revisione;
2. CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione;
3. differenza stimata del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione;
4. intervallo di confidenza al 95% della differenza del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.

2.8.2 Differenze dei cost-weight

Indicare i valori seguenti:

5. deviazione standard stimata delle differenze dei costi dell'ospedale prima e dopo la revisione;
6. percentuale stimata delle differenze dei cost-weight diverse da zero.

2.9 Confronto con revisioni precedenti

Confronto dei risultati della revisione secondo i punti 1.1 e 1.2 con i risultati dell'anno precedente.

3 Raccomandazioni

3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

Le raccomandazioni per il miglioramento della codifica devono essere accurate e devono orientarsi agli errori rilevati.

3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG

Proposte per modifiche della classificazione (ICD e CHOP), delle direttive di codifica o dell'algoritmo del grouper.

3.3 Altre indicazioni del revisore

4 Osservazioni della direzione ospedaliera

Osservazioni della direzione ospedaliera

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 1 Attestazioni

Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X

1. Il revisore si impegna ad eseguire in modo corretto e professionale la revisione della codifica sulla base del regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica conformemente a SwissDRG, versione 1.0 del 12.06.09 (o versione più aggiornata).
2. Il revisore si impegna a non divulgare mai a terzi le informazioni acquisite durante l'attività di revisione e a non riutilizzare i risultati.
3. Il revisore si impegna a garantire in qualsiasi momento l'anonimato dei dati dei pazienti nell'ambito della trasmissione dei record della revisione, in modo da impedire qualsiasi possibilità di identificazione del paziente.
4. Il revisore conferma la propria indipendenza nei confronti dell'ospedale soggetto a revisione. In particolare, il revisore conferma che sia egli stesso che l'azienda di revisione presso la quale è assunto, durante il periodo della revisione e per tutta la durata della stessa, non hanno avuto con l'ospedale soggetto a revisione alcun rapporto di impiego o mandatario, né hanno intrattenuto con esso alcun altro rapporto di tipo economico. Eventuali rapporti di dipendenza con un finanziatore devono essere evidenziati in modo completo nel rapporto di revisione.

.....

Luogo e data

.....

Revisore della codifica

**Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la
revisione della codifica dei dati 20XX**

Dichiariamo che al revisore sono stati trasmessi, per l'estrazione dei campioni,
tutti i casi con dimissione compresa tra il 1° gennaio 20XX e il 31 dicembre
20XX fatturati secondo SwissDRG nell'ospedale X.

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 2 Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale

L'allegato 2 contiene cifre chiave sugli ospedali e serve soprattutto a inquadrare i dati campione nel quadro complessivo dell'ospedale. La suddivisione in base al tipo di assicurazione è effettuata secondo la variabile 1.4.V02 della Statistica medica. Le informazioni vengono generate dal revisore sulla base del file .dat della Statistica medica e verificate riguardo a possibili incoerenze.

Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	PP [†]	Altri	Non noto	Totale
Somatica acuta (casi SwissDRG)								
Pazienti in attesa								
Psichiatria								
Riabilitazione								

Casi SwissDRG

Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione:

	AMal	AINF	AM	AI	PP ¹	Altri	Non noto	Totale
Intracantonale								
Cantone A								
Cantone B								
Cantone C								
...								

Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale
		%		%		%		%	
AMal		%		%		%		%	
AINF		%		%		%		%	
AM		%		%		%		%	
AI		%		%		%		%	
PP		%		%		%		%	
Altri		%		%		%		%	
Non noto		%		%		%		%	
Totale		%		%		%		%	

[†] PP = Pazienti paganti

Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale	
		%		%		%		%		%
Cantone A		%		%		%		%		%
Cantone B		%		%		%		%		%
Cantone C		%		%		%		%		%
Cantone D		%		%		%		%		%
Cantone E		%		%		%		%		%
.....		%		%		%		%		%
Totale		%		%		%		%		%

CMI

Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale	
		%		%		%		%		%
AMal		%		%		%		%		%
AINF		%		%		%		%		%
AM		%		%		%		%		%
AI		%		%		%		%		%
PP		%		%		%		%		%
Altri		%		%		%		%		%
Non noto		%		%		%		%		%
Totale		%		%		%		%		%

Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale	
		%		%		%		%		%
Cantone A		%		%		%		%		%
Cantone B		%		%		%		%		%
Cantone C		%		%		%		%		%
Cantone D		%		%		%		%		%
Cantone E		%		%		%		%		%
.....		%		%		%		%		%
Totale		%		%		%		%		%

Numero di compensi supplementari

Compenso supplementare	Denominazione	Importo	AMaI	AINF	AM	AI	Pazienti paganti	Altri	Non noto	Totale
Totale compensi supplementari versione 6.0										

Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963

DRG	Numero	Percentuale
901		
902		
960		
961		
962		
963		

Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2

Numero di high-outlier nella popolazione	
Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2 nella popolazione	%

Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale

Numero di casi con durata della degenza superiore a 5 giorni nella popolazione	
Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R	%

come diagnosi principale nella popolazione	
--	--