

Regolamento concernente la revisione della codifica nell'ambito degli SwissDRG

Allegato 1: Campione

1. Introduzione

Il 1° gennaio 2012 entrerà in vigore negli ospedali acuti svizzeri il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG.

Sulla base di quanto stabilito dall'art. 59d dell'ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal, e in vista dell'introduzione degli SwissDRG, i partner tariffali LAMal sono tenuti a sottoporre la convenzione tariffale all'approvazione del Consiglio federale.

L'art. 59d cpv. 2 OAMal precisa quanto segue: "Se è scelto un modello di remunerazione riferito alle prestazioni basato su un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG (*diagnosis related groups*), la convenzione tariffale include anche il relativo manuale di codifica e un piano per la revisione dei codici." Il presente regolamento risponde ad una delle esigenze contenute nell'articolo legislativo menzionato.

2. Obiettivi e principi della revisione dei codici

Affinché l'applicazione degli SwissDRG abbia effetto sul piano tariffale, è indispensabile che i principi di codifica siano applicati in maniera corretta dagli ospedali. La codifica di un caso che comporta delle cure sanitarie ha, in effetti, un'incidenza diretta sulla loro fatturazione.

L'obiettivo della revisione della codifica nell'ambito di SwissDRG è valutare la qualità della stessa all'interno degli ospedali. I risultati saranno riportati in un rapporto che sarà redatto per ogni singolo istituto esaminato. La revisione della codifica si basa su una metodologia irreprensibile, di valutazione della codifica, vale a dire l'indagine a campione. In questo modo la revisione della codifica diventa anche uno strumento per garantire la qualità della codifica. Oltre a svolgere una funzione di controllo, la revisione consente altresì di perfezionare il sistema di codifica.

Per garantire la comparabilità dei risultati, è necessario che l'applicazione della revisione della codifica e la stesura del rapporto di revisione siano unificate a livello nazionale.

Le disposizioni sull'attuazione della revisione della codifica, sancite all'interno del presente regolamento, hanno validità sull'insieme del territorio svizzero. L'esecuzione della revisione della codifica ai sensi del presente regolamento fa obbligatoriamente parte delle convenzioni tariffali nonché dei mandati di prestazione dei cantoni.

In caso di necessità il regolamento verrà adeguato alle nuove esigenze. I partner contrattuali concluderanno le negoziazioni necessarie entro il 30 giugno del rispettivo anno e il nuovo regolamento entrerà in vigore l'anno successivo.

I contenuti dei rapporti non devono permettere di rintracciare l'identità dei pazienti. I documenti vengono tradotti in francese e in italiano. In caso di dubbi farà fede la versione tedesca.

3. Requisiti del revisore¹

3.1. Qualifiche

- ¹ Per poter assumere la funzione di revisore dei codici, è necessario possedere l'attestato professionale federale di "Specialista in codifica medica", o un attestato equivalente, ed avere complessivamente maturato 3 anni di attività professionale a tempo pieno nel settore della codifica.
- ² Si richiedono inoltre le conoscenze linguistiche necessarie per poter procedere alla revisione dei casi nella lingua nazionale corrispondente.
- ³ Il revisore si impegna a seguire con regolarità i corsi di aggiornamento e perfezionamento in materia di codifica.

3.2. Elenco UFS dei revisori²

- ¹ L'UFS tiene un elenco di tutti i revisori che adempiono ai requisiti di cui al punto 1.1 e che hanno presentato all'UFS richiesta d'ammissione nell'elenco dei revisori.
- ² L'UFS pubblica l'elenco aggiornato al 30 giugno e al 31 dicembre di ogni anno. Ha facoltà di formulare disposizioni esecutive.

3.3. Codice di condotta del revisore

3.3.1. Metodo di lavoro

- ¹ Il revisore si impegna ad applicare le direttive di codifica emanate dall'UFS in modo conforme e corretto. Il revisore conosce le direttive di revisione esposte nel presente documento e agisce in base ad esse.
- ² Il revisore è consapevole che il suo giudizio può avere delle ripercussioni sull'ospedale sottoposto a revisione. Tali ripercussioni, tuttavia, non devono essere prese in considerazione nell'ambito della revisione e non devono influenzare il comportamento del revisore né le dichiarazioni contenute nel suo rapporto di revisione.

3.3.2. Segreto professionale

- ¹ Gli accertamenti compiuti dal revisore ovvero i contenuti e le informazioni acquisiti dal revisore durante la sua attività di controllo sono riservati e coperti dal segreto professionale, un obbligo che il revisore dovrà costantemente osservare nei confronti di soggetti terzi. Non è ammesso l'utilizzo dei risultati per altri scopi.

3.3.3. Indipendenza

- ¹ Il revisore garantisce la propria indipendenza nei confronti dell'ospedale sottoposto a revisione, attestandola anche nel suo rapporto di revisione. Ciò significa, in particolare, che durante il periodo di revisione e per tutta la sua durata egli non potrà essere attivo quale codificatore presso l'ospedale, né essere legato a quest'ultimo attraverso un rapporto di lavoro o mandato, né dipendere finanziariamente in qualsiasi altra forma dall'ospedale oggetto di revisione. Eventuali legami di dipendenza rispetto al finanziatore dovranno essere comunicati.

¹ Ai fini di una maggiore scorrevolezza è stato adottato il genere maschile per designare i soggetti di sesso sia maschile che femminile.

² Qualora l'UFS, contrariamente alle aspettative, non intenda tenere tale elenco, le parti dovranno designare un altro organo.

4. Direttive di revisione

4.1. Principi

4.1.1. Contenuto della revisione della codifica

1. La revisione dei codici ha quale obiettivo quello di verificare la qualità della codifica del singolo ospedale. I risultati vengono riportati in un rapporto.
2. Le presenti direttive di revisione concernono i requisiti minimi relativi alla revisione della codifica definiti in maniera omogenea a livello nazionale.
3. In materia di revisione i partner tariffali possono stabilire ulteriori regole e contenuti, essi non devono tuttavia pregiudicare la validità della revisione della codifica definita nel presente regolamento. Dei controlli più approfonditi possono essere effettuati attraverso l'applicazione della legislazione cantonale.

4.1.2. Revisione annuale

1. La revisione della codifica è annuale e può essere effettuata - di comune accordo - in due fasi distinte. In ogni caso viene redatto un unico rapporto di revisione contenente i risultati delle due fasi.

4.1.3. Fondamenti della revisione

1. La revisione si fonda
 - a) sulle basi di codifica pubblicate dall'UFS (che comprendono, in particolare, il manuale di codifica e le versioni delle classificazioni relative a diagnosi e procedure in vigore durante il periodo di revisione);
 - b) sulle regole relative all'applicazione degli SwissDRG in vigore durante il periodo di revisione.
2. Le versioni dei grouper e dei cost-weight per caso usate nell'anno di revisione dovranno essere ugualmente attestate.
3. Ogni caso sarà verificato sulla base dell'anamnesi completa.

4.1.4. Conferimento del mandato al revisore

1. Il revisore viene designato di comune accordo dalle parti contrattuali. Gli ospedali hanno diritto di proposta. Qualora le parti contrattuali non giungano ad un accordo, il revisore viene designato dal cantone in virtù del diritto di sovranità.

4.1.5. Finanziamento della revisione

1. I costi della revisione sono a carico dell'ospedale sottoposto a revisione, ma confluiscono come costi imputabili nel calcolo delle tariffe.

4.1.6. Luogo della revisione

1. La revisione viene generalmente effettuata all'interno dell'ospedale. L'ospedale mette a disposizione dei locali adeguati dove poter effettuare la revisione della codifica.
2. Qualora tutti i documenti necessari alla revisione siano disponibili in formato elettronico, questa può aver luogo anche all'esterno dell'ospedale garantendo il rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati.

4.1.7. Date della revisione

- ^{1.} Le date della revisione vengono concordate tra il revisore e l'ospedale, tenendo conto del termine previsto per la consegna del rapporto di revisione.

4.2. Esecuzione della revisione

4.2.1. Dichiarazione di completezza

- ^{1.} All'inizio della revisione della codifica l'ospedale è tenuto a consegnare al revisore una dichiarazione di completezza in cui conferma di avergli trasmesso tutti i casi SwissDRG fatturati nell'anno di riferimento i quali saranno utilizzati per l'estrazione di campioni.

4.2.2. Estrazione del campione

- ^{1.} Il campione viene prelevato in maniera casuale tra le dimissioni di pazienti affetti da patologie somatiche acute e fatturati secondo i criteri SwissDRG durante il periodo di revisione. Qualora il caso prelevato rientri in un raggruppamento costituito da uno o più casi, la revisione verrà sistematicamente estesa all'insieme delle degenze facenti capo a quel raggruppamento.
- ^{2.} I dettagli relativi alla determinazione del campione sono specificati nell'allegato 1.
- ^{3.} L'estrazione dei campioni viene effettuato dal revisore in collaborazione con l'ospedale.
- ^{4.} Il campione (comunicazione dei casi di revisione all'ospedale) viene notificato almeno 10 giorni e al massimo 15 giorni prima della revisione.
- ^{5.} Se al momento della revisione non vi sono dossier disponibili per oltre il 5% dei casi nel primo anno di revisione e per il 3% dei casi negli anni successivi, occorrerà estrarre un nuovo campione dall'insieme di tutti i casi. L'ospedale dovrà altresì giustificare l'assenza di dossier relativi a pazienti. Entrambe le circostanze dovranno essere menzionate nel rapporto di revisione.

4.2.3. Procedura di revisione

- ^{1.} Il revisore garantisce che i casi presentati dall'ospedale coincidono con quelli del campione.
- ^{2.} Il revisore codifica ogni caso del campione sulla base del dossier del paziente completo (lettera di dimissione, rapporti operatori, referti patologici, responso endoscopico, documentazione delle cure ecc.).
- ^{3.} La revisione della codifica avviene tramite ricodifica basata sul dossier del paziente e riferita al singolo caso; ciò significa che la codifica originaria è nota.
- ^{4.} Il revisore verifica altresì la congruenza tra la codifica originaria dell'ospedale e la fatturazione.

4.2.4. Schema di valutazione della codifica ospedaliera (tipologia errori)

La codifica viene valutata:

- **"esatta"**, se i due codici sono identici (ossia se **tutte** le posizioni del codice sono identiche).
- **"errata"** se sussistono differenze per una posizione del codice ICD-10 o CHOP.
- **"mancante"**
- **"ingiustificata"**
- **"non necessaria"**

La tipologia degli errori viene ricapitolata nella tabella seguente:

Tipo di errore	Codice diagnostico (ICD-10)	Codice di trattamento (CHOP)
Esatto	☺☺☺.☺☺	☺☺.☺☺.☺☺
errata la 1 ^a posizione	<u>☺</u> ☺☺.☺☺	<u>☺</u> ☺.☺☺.☺☺
errata la 2 ^a posizione	☺ <u>☺</u> ☺.☺☺	☺ <u>☺</u> .☺☺.☺☺
errata la 3 ^a posizione	☺☺ <u>☺</u> .☺☺	☺☺. <u>☺</u> ☺.☺☺
errata la 4 ^a posizione	☺☺☺. <u>☺</u> ☺	☺☺.☺☺. <u>☺</u> ☺
errata la 5 ^a posizione	☺☺☺.☺ <u>☺</u>	☺☺.☺☺. <u>☺</u> ☺
errata la 6 ^a posizione	-	☺☺.☺☺. <u>☺☺</u>
Codice mancante	Il codice diagnostico non viene indicato, sebbene la diagnosi corrispondente sia menzionata nei documenti utilizzati per la codifica e sia rilevante per l'ospedalizzazione.	Il codice di trattamento non viene indicato, sebbene il trattamento corrispondente sia menzionato nei documenti utilizzati per la codifica e sia stato condotto durante l'ospedalizzazione.
Codice ingiustificato	Il codice diagnostico viene indicato, sebbene la diagnosi corrispondente non sia menzionata nei documenti utilizzati per la codifica o non sia rilevante per l'ospedalizzazione.	Il codice di trattamento viene indicato, sebbene il trattamento corrispondente non sia menzionato nei documenti utilizzati per la codifica o non sia rilevante per l'ospedalizzazione.
Codice non necessario	Viene indicato il codice diagnostico, sebbene le informazioni siano già contenute in un altro codice o il codice, conformemente alle linee guida di codifica dell'UST, non debba essere indicato.	Viene indicato il codice di trattamento, sebbene le informazioni siano già contenute in un altro codice o il codice, conformemente alle linee guida di codifica dell'UST, non debba essere indicato.

4.2.5. Redazione del rapporto di revisione

1. I risultati della revisione della codifica saranno messi per iscritto e discussi con il responsabile della codifica dell'ospedale una volta terminata la revisione. Entro il termine di 10 giorni lavorativi il rapporto di revisione provvisorio sarà trasmesso all'ospedale, affinché possa esprimersi in merito al suo contenuto. Successivamente il revisore redigerà il rapporto definitivo da trasmettere all'ospedale.
2. I dettagli del rapporto di revisione sono specificati nel capitolo 5 e nell'allegato 2.

4.2.6. Procedura in caso di disaccordo

1. Nel caso in cui l'ospedale non approvi una codifica del revisore, o discordi da altre osservazioni espresse durante la sua attività, e sempre che non si giunga ad un accordo sulla base di un dialogo tra le parti, la stesura del rapporto di revisione sarà effettuata sulla base della valutazione e della codifica del revisore.
2. Il revisore e l'ospedale possono presentare di comune accordo la codifica contestata al segretariato di codifica dell'UFS per una valutazione. La risposta perverrà entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta. Anche in questo caso il parere del revisore sarà determinante ai fini del rapporto di revisione. La discrepanza dovrà essere menzionata nel rapporto di revisione indipendentemente dall'eventuale giudizio dell'UFS.

5. Rapporto di revisione

5.1. Contenuto del rapporto

1. I risultati della revisione vengono iscritti nel rapporto di revisione. Le informazioni contenute nel rapporto di revisione non devono permettere di rintracciare l'identità dei pazienti.
2. Il rapporto di revisione, che deve rispettare le regole formali di cui all'allegato 2, è composto dalle seguenti parti:
 1. rapporto sulla revisione della codifica
 2. record dei dati di revisione

5.2. Utilizzo e pubblicazione del rapporto di revisione

1. L'ospedale deve rendere accessibili al pubblico le osservazioni fondamentali contenute nel rapporto di revisione. L'ospedale è libero di pubblicare il testo integrale del rapporto di revisione.
2. Nel trasmettere i record dei dati di revisione deve sempre essere garantito l'anonimato delle informazioni concernenti i pazienti, così da non permettere di rintracciare la loro identità.
3. I seguenti destinatari possono accedere al rapporto di revisione integrale, compresi i record dei dati di revisione:

Destinatari	Diritti del destinatario del rapporto
Ospedale sottoposto a revisione	Libera disponibilità dei contenuti del rapporto
Cantone di ubicazione dell'ospedale	Diritto di trasmettere i contenuti ad organi cantonali interni
H+	Da definirsi a cura degli ospedali / H+.
santésuisse	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti gli assicuratori malattie
CTM	Diritto di trasmettere l'intero rapporto agli assicuratori infortuni affiliati, all'assicurazione militare e all'assicurazione invalidità.
CDS	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti i cantoni

SwissDRG SA	Record dei dati di revisione per analisi interne
Segretariato di codificadell'UFS	Record dei dati di revisione per analisi interne

6. Stato

Versione 1.0 approvata dal Consiglio di Amministrazione della SwissDRG SA a Berna in data 3 dicembre 2010.

Fa fede la versione tedesca.

Allegato 1: Campione

1. Determinazione dell'entità del campione

- a) Per la prima revisione secondo i criteri di SwissDRG l'entità del campione viene fissata a 180 per gli ospedali non universitari. Per quanto riguarda gli ospedali universitari, il campione sarà esteso a 300 casi.
- b) A partire dal 2° anno di revisione si applica la seguente regola:
 - campione minimo: 100 casi
 - campione massimo: 300 casi
- c) L'entità del campione utilizzato per la revisione dei codici dovrà essere stabilita in modo tale da soddisfare la seguente condizione: lo scarto tra l'indice CMI dell'istituto calcolato in base ai codici registrati prima della revisione e l'indice CMI dell'istituto calcolato partendo dai codici attribuiti dal revisore viene stimato con un margine di errore massimo di $\pm 0,05$ e un intervallo minimo di confidenza del 95%.
- d) Per calcolare l'entità del campione si potrà applicare qualsiasi metodo statistico che consenta di soddisfare tale condizione. Il metodo utilizzato per determinare l'entità del campione dev'essere documentato e scientificamente provato.

2. Estrazione del campione

- a. Per l'estrazione del campione si procede alla costituzione di raggruppamenti (strati) basandosi sui cost-weight (pesi relativi). L'estrazione avviene su base proporzionale e in maniera casuale.
- b. I dati vengono pertanto ordinati in base al cost-weight corrispondente e successivamente suddivisi in gruppi di uguale dimensione (raggruppamenti).
- c. Il raggruppamento che evidenzia i cost-weight più elevati, e che quindi presenta ancora una varianza notevole, viene nuovamente suddiviso in gruppi di uguale dimensione.
- d. Il campione da estrarre viene ripartito in proporzione tra i raggruppamenti complessivamente costituiti. Ogni raggruppamento del campione viene quindi rappresentato osservando le stesse proporzioni esistenti nell'insieme di base.

A tal proposito occorre ricordare che la validità dei risultati non dipende dalla presenza di un numero di raggruppamenti il più elevato possibile. I migliori risultati si ottengono quando si dà massima importanza al raggruppamento che presenta i cost-weight più elevati (massima varianza del CW). Si ricorda inoltre che occorre estrarre almeno 3 casi per raggruppamento.