

Modello di rapporto di revisione^{*}

Revisione dei dati 20XX

nell'ospedale X

Versione 1.0

Fa fede la versione tedesca

Questa versione non è definitiva. Vi ringraziamo di comunicarci eventuali errori di terminologia tecnica (info@swissdrg.org).

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

Indice

1	Introduzione.....	4
1.1	Situazione di partenza	4
1.2	Qualifiche del revisore.....	4
1.3	Indipendenza del revisore	4
2	Riassunto.....	5
3	Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto	6
3.1	Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto	6
3.2	Numero di casi SwissDRG secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione	6
3.3	Numero e percentuale di casi.....	7
3.3.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	7
3.3.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	7
3.4	CMI.....	8
3.4.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	8
3.4.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	8
4	Esecuzione della revisione.....	9
4.1	Periodo di valutazione e principi di base per la valutazione	9
4.1.1	Anno del rapporto	9
4.1.2	Versioni valide.....	9
4.2	Prelievo del campione	9
4.3	Osservazioni.....	9
5	Constatazioni)	10
5.1	Constatazioni generali	10
5.2	Dossier paziente.....	10
5.2.1	Completezza del dossier	10
5.2.2	Qualità della compilazione del dossier	10
5.3	Errori rilevati.....	10
5.3.1	Dati amministrativi dei casi.....	10
5.3.2	Dati medici dei casi.....	10
5.4	Valutazione della qualità della codifica	11
5.5	Differenze con/senza modello all'UFS.....	11
6	Sezione di statistica.....	12
6.1	Numero e percentuale di errori di codifica, secondo il tipo di errore e di diagnosi.....	12
6.1.1	Numero.....	12

6.1.2	<i>Percentuale.....</i>	12
6.2	<i>Numero e percentuale di variazioni SwissDRG.....</i>	12
6.3	<i>Variazione percentuale del CMI prima e dopo la revisione.....</i>	13
6.4	<i>CMI prima e dopo la revisione (con indicazione dell'intervallo di confidenza al 95%).....</i>	13
6.5	<i>Deviazione standard delle singole differenze dei pesi dei costi.....</i>	13
6.6	<i>Confronto fra diagnosi secondarie e trattamenti nella popolazione e nel campione</i>	14
6.6.1	<i>Numero di diagnosi secondarie/paziente.....</i>	14
6.6.2	<i>Numero di trattamenti/paziente.....</i>	14
6.7	<i>Valori di confronto</i>	14
7	<i>Raccomandazioni.....</i>	15
7.1	<i>Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale ..</i>	15
7.2	<i>Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG</i>	15
7.3	<i>Altre indicazioni del revisore.....</i>	15
8	<i>Osservazioni della direzione ospedaliera</i>	16

1 Introduzione

1.1 Situazione di partenza

1.2 Qualifiche del revisore

1.3 Indipendenza del revisore

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

2 Riassunto

3 Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto

3.1 Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

Somatica acuta (casi SwissDRG)	
Psichiatria	
Riabilitazione	

3.2 Numero di casi SwissDRG secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

	AMal	AINF	AM	AI
Intracantonale				
Cantone A				
Cantone B				
Cantone C				
....				

3.3 Numero e percentuale di casi

3.3.1 Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali		Low-outlier		High-outlier		Totale
AMal		%		%		%	
AINF		%		%		%	
AM		%		%		%	
AI		%		%		%	
Totale		%		%		%	

3.3.2 Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali		Low-outlier		High-outlier		Totale
Cantone A		%		%		%	
Cantone B		%		%		%	
Cantone C		%		%		%	
Cantone D		%		%		%	
Cantone E		%		%		%	
.....		%		%		%	
Totale		%		%		%	

3.4 CMI

3.4.1 Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali	Low-outlier	High-outlier	Totale
AMal				
AINF				
AM				
AI				
Totale				

3.4.2 Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali	Low-outlier	High-outlier	Totale
Cantone A				
Cantone B				
Cantone C				
Cantone D				
Cantone F				
.....				
Totale				

4 Esecuzione della revisione

4.1 Periodo di valutazione e principi di base per la valutazione

4.1.1 Anno del rapporto

4.1.2 Versioni valide

Catalogo e regole per la fatturazione SwissDRG; Regole di codifica, Codici di diagnosi e di trattamento; Tipologia d'errore

4.2 Prelievo del campione

4.3 Osservazioni

5 Costatazioni

5.1 Costatazioni generali

5.2 Dossier paziente

5.2.1 Completezza del dossier

5.2.2 Qualità della compilazione del dossier

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

5.3 Errori rilevati

5.3.1 Dati amministrativi dei casi

5.3.2 Dati medici dei casi

5.4 Valutazione della qualità della codifica

Secondo i criteri di valutazione seguenti:

- Significatività statistica dello scostamento CMI prima e dopo la revisione (sì/no)
- Se lo scostamento del CMI è significativo: entità dello scostamento
- Percentuale di casi con cambio di DRG
- Percentuale di anamnesi mancanti
- Percentuale di “codici corretti” nella valutazione della diagnosi (in diagnosi principali, complemento alla diagnosi principale, diagnosi secondarie)
- Percentuale di codici “corretti” nella valutazione delle procedure
- Altro, facoltativo

5.5 Differenze con/senza modello all’UFS

Differenze	Modello all’UFS sì/no	Commenti
.....		

6 Sezione di statistica

6.1 Numero e percentuale di errori di codifica, secondo il tipo di errore e di diagnosi

6.1.1 Numero

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria (inutile?)	Totale
Diagnosi principale						
Complement o alla diagnosi principale						
Diagnosi secondarie						
Totale delle diagnosi						
Trattamenti						

6.1.2 Percentuale

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria
Diagnosi principale	%	%	%	%	%
Complemento alla diagnosi principale	%	%	%	%	%
Diagnosi secondarie	%	%	%	%	%
Trattamenti	%	%	%	%	%

6.2 Numero e percentuale di variazioni SwissDRG

	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		%		%		%

6.3 Variazione percentuale del CMI prima e dopo la revisione

CMI prima della revisione	
CMI dopo la revisione	
Variazione del CMI in percentuale	%

6.4 CMI prima e dopo la revisione (con indicazione dell'intervallo di confidenza al 95%)^{†‡}

$\bar{x}_h$	$\bar{y}_h$	$\bar{z}_h^-$	$\bar{z}_h$	$\bar{z}_h^+$	$\hat{R}_h^-$	$\hat{R}_h$	$\hat{R}_h^+$

6.5 Deviazione standard delle singole differenze dei pesi dei costi[§]

$s(z_h)$

[†] Se gli intervalli di confidenza includono il valore "0", significa che non vi è uno scostamento statisticamente significativo del CMI prima e dopo la revisione.

[‡] La colonna $\bar{x}_h$ indica il CMI dell'ospedale prima della revisione.

La colonna $\bar{y}_h$ indica il CMI dell'ospedale dopo la revisione.

Le colonne $\bar{z}_h^-$ $\bar{z}_h$ $\bar{z}_h^+$ indicano i valori seguenti: $\bar{z}_h^-$ è il limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95%, $\bar{z}_h$ è la differenza tra il CMI dopo la revisione e il CMI prima della revisione e $\bar{z}_h^+$ è il limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95%.

Le colonne $\hat{R}_h^-$ $\hat{R}_h$ $\hat{R}_h^+$ indicano i seguenti valori in percentuale: $\hat{R}_h^-$ è il limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95%, $\hat{R}_h$ indica il rapporto fra la differenza tra CMI dopo la revisione e CMI prima della revisione ($\bar{z}_h$) e il CMI prima della revisione ($\bar{x}_h$): $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ e $\hat{R}_h^+$ è il limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95%.

[§] La deviazione standard delle singole differenze dei pesi dei costi $s(z_h)$ è necessaria per determinare correttamente le dimensioni del campione nell'anno seguente.

6.6 Confronto fra diagnosi secondarie e trattamenti nella popolazione e nel campione

6.6.1 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

6.6.2 Numero di trattamenti/paziente

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

6.7 Valori di confronto

Valori dell'ospedale negli anni precedenti. Questo punto non viene preso in considerazione durante il primo anno di revisione con SwissDRG.

7 Raccomandazioni

7.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

7.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG

7.3 Altre indicazioni del revisore

8 Osservazioni della direzione ospedaliera

Osservazioni della direzione ospedaliera

.....
Località e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 1

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 ri-utilizzare i risultati.
3. Il revisore si impegna a garantire in qualsiasi momento l'anonimato dei dati dei pazienti nell'ambito del trasferimento 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, egli conferma che durante il periodo della revisione e per tutta la durata della revisione non ha svolto alcuna attività di codificatore nell'ospedale soggetto a revisione e non ha avuto alcun rapporto di impiego o mandatario con revisione tale ospedale, né ha 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.

.....
Località e data

.....

Revisore della codifica

Allegato 2

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.

.....
Località e data

.....

Ospedale X, il Direttore