

Allegato 2 del regolamento concernente la revisione della codifica nell'ambito degli SwissDRG

Modello di rapporto di revisione*

Revisione dei dati 2013

nell'ospedale X

Versione 3.0

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.....	5
1.1	Situazione di partenza	5
1.2	Qualifiche del revisore.....	5
1.3	Indipendenza del revisore	5
2	Riassunto.....	6
3	Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto	7
3.1	Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto	7
3.2	Numero di casi SwissDRG secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione	7
3.3	Numero e percentuale di casi.....	8
3.3.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	8
3.3.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	8
3.4	CMI.....	9
3.4.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	9
3.4.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	9
4	Esecuzione della revisione.....	10
4.1	Periodo di valutazione e principi di base per la valutazione	10
4.1.1	Anno del rapporto	10
4.1.2	Versioni valide.....	10
4.2	Prelievo del campione	10
4.3	Osservazioni.....	10
5	Constatazioni.....	11
5.1	Constatazioni generali	11
5.2	Dossier paziente.....	11
5.2.1	Completezza del dossier	11
5.2.2	Qualità della compilazione del dossier	11
5.3	Errori rilevati.....	11
5.3.1	Dati amministrativi dei casi.....	11
5.3.2	Codifica medica.....	11
5.3.3	Dati di base di medicina intensiva.....	11
5.3.4	Compensi supplementari	11
5.3.5	Medicamenti molto costosi	11
5.4	Valutazione della qualità della codifica	12
5.4.1	Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione	12

5.4.2	<i>Percentuale dei casi con cambio di DRG.....</i>	12
5.4.3	<i>Percentuale di anamnesi mancanti</i>	12
5.4.4	<i>Percentuale di codici corretti nella valutazione della diagnosi.....</i>	12
5.4.5	<i>Percentuale di codici corretti nella valutazione delle procedure..</i>	12
5.5	<i>Raggruppamento dei casi.....</i>	12
5.5.1	<i>Errori rilevati.....</i>	12
5.5.2	<i>Scostamento del CMI.....</i>	12
5.6	<i>Congruenza della fatturazione</i>	12
5.6.1	<i>Errori rilevati.....</i>	12
5.6.2	<i>Scostamento del CMI.....</i>	12
5.4	<i>Differenze con/senza modello all'UFS.....</i>	13
6	<i>Sezione di statistica.....</i>	14
6.1	<i>Numero e percentuale di errori di codifica, secondo il tipo di errore e di diagnosi.....</i>	14
6.1.1	<i>Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore e di diagnosi</i>	14
6.1.2	<i>Numero di codici con codifica errata</i>	14
6.1.3	<i>Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore e di diagnosi</i>	14
6.1.4	<i>Percentuale di codici con codifica errata.....</i>	15
6.1.5	<i>Attribuzione della diagnosi principale.....</i>	15
6.1.6	<i>Attribuzione della diagnosi complementare</i>	15
6.1.7	<i>Laterali� delle diagnosi</i>	15
6.1.8	<i>Attivit� del tumore delle diagnosi.....</i>	15
6.1.9	<i>Laterali� delle procedure.....</i>	15
6.1.10	<i>Trattamento ambulatoriale al di fuori dei codici di procedura ..</i>	15
6.2	<i>Numero e percentuale di variazioni SwissDRG</i>	15
6.3	<i>Variazione percentuale del CMI prima e dopo la revisione.....</i>	15
6.4	<i>CMI prima e dopo la revisione (con indicazione dell'intervallo di confidenza al 95%)</i>	16
6.5	<i>Deviazione standard delle singole differenze dei pesi dei costi</i>	16
6.6	<i>Confronto fra diagnosi secondarie e trattamenti nella popolazione e nel campione</i>	17
6.6.1	<i>Numero di diagnosi secondarie/paziente.....</i>	17
6.6.2	<i>Numero di trattamenti/paziente.....</i>	17
6.7	<i>Valori di confronto</i>	17
7	<i>Raccomandazioni.....</i>	18

7.1	<i>Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale ..</i>	18
7.2	<i>Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG</i>	18
7.3	<i>Altre indicazioni del revisore.....</i>	18
8	<i>Osservazioni della direzione ospedaliera</i>	19
	<i>Allegato 1</i>	20
	<i>Allegato 2</i>	21
	<i>Glossario.....</i>	22

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)	
Pazienti in attesa	
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 senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier	
		%		%		%		%
Amal		%		%		%		%
AINF		%		%		%		%
AM		%		%		%		%
AI		%		%		%		%
Totale		%		%		%		%

3.3.2 Per categorie di outlier e cantone di provenienza

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

3.4.2 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 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 Codifica medica

5.3.3 Dati di base di medicina intensiva

Respirazione artificiale, NEMS, SAPS, PIM, grado di gravità

5.3.4 Compensi supplementari

5.3.5 Medicamenti molto costosi

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

5.4.1 Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione

5.4.2 Percentuale dei casi con cambio di DRG

5.4.3 Percentuale di anamnesi mancanti

5.4.4 Percentuale di codici corretti nella valutazione della diagnosi

5.4.5 Percentuale di codici corretti nella valutazione delle procedure

5.5 Raggruppamento dei casi

5.5.1 Errori rilevati

5.5.2 Scostamento del CMI

5.6 Congruenza della fatturazione

5.6.1 Errori rilevati

5.6.2 Scostamento del CMI

5.4 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 degli errori di codifica secondo il tipo di errore e di diagnosi

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

6.1.2 Numero di codici con codifica errata

	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							
Trattamenti							

6.1.3 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore e di diagnosi

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

6.1.4 Percentuale di codici con codifica errata

	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	%	%	%	%	%	%	
Trattamenti	%	%	%	%	%	%	

6.1.5 Attribuzione della diagnosi principale

6.1.6 Attribuzione della diagnosi complementare

6.1.7 Lateralità delle diagnosi

6.1.8 Attività del tumore delle diagnosi

6.1.9 Lateralità delle procedure

6.1.10 Trattamento ambulatoriale al di fuori dei codici di procedura

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

7.6 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

7.7 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG

7.8 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

Glossario