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

Modello di rapporto di revisione^{*}

Revisione dei dati 2014

nell'ospedale X

Versione 4.0

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

Indice

1	Riassunto.....	4
1.1	Situazione di partenza	4
1.2	Visione d'insieme dei risultati della revisione	4
1.3	Visione d'insieme delle cifre chiave	4
2	Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto.....	5
2.1	Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto	5
2.2	Casi SwissDRG.....	5
2.2.1	Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione.....	5
2.2.2	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	6
2.2.3	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	6
2.3	CMI.....	7
2.3.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione	7
2.3.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	7
3	Esecuzione della revisione.....	8
3.1	Periodo di valutazione	8
3.2	Versioni valide	8
3.3	Calcolo e prelievo del campione.....	8
3.4	Qualifiche del revisore.....	8
3.5	Indipendenza del revisore	8
3.6	Osservazioni.....	8
4	Constatazioni.....	9
4.1	Constatazioni generali	9
4.2	Dossier paziente.....	9
4.2.1	Percentuale di anamnesi mancanti	9
4.2.2	Qualità della compilazione del dossier	9
4.3	Dati amministrativi dei casi	9
4.4	Diagnosi e trattamenti.....	9
4.4.1	Errori rilevati.....	9
4.4.2	Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	9
4.4.3	Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione.....	9
4.4.4	Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	10
4.4.5	Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione.....	10
4.4.6	Attribuzione della diagnosi principale.....	10

4.4.7	Attribuzione della diagnosi complementare	10
4.5	Lateralità delle diagnosi e delle procedure	10
4.6	Trattamento ambulatoriale esterno	10
4.7	Dati di base di medicina intensiva	10
4.8	Compensi supplementari	10
4.9	Medicamenti e sostanze	11
4.10	Cambio di DRG	11
4.10.1	Numero e percentuale dei casi con cambio di DRG	11
4.10.2	Differenze con/senza modello all'UFS	11
4.11	CMI	11
4.12	CMI prima e dopo la revisione (con indicazione dell'intervallo di confidenza al 95%)	12
4.13	Deviazione standard delle singole differenze dei pesi dei costi.....	12
4.14	Raggruppamento dei casi	12
4.14.1	Errori rilevati	12
4.14.2	Scostamento del cost-weight	12
4.15	Congruenza della fatturazione.....	13
4.15.1	Errori rilevati	13
4.15.2	Scostamento del cost-weight	13
4.16	Numero di diagnosi secondarie e trattamenti	13
4.16.1	Numero di diagnosi secondarie/paziente	13
4.16.2	Numero di trattamenti/paziente	13
4.17	Confronto con revisioni precedenti	13
5	Raccomandazioni.....	14
5.1	Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale... 	14
5.2	Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG	14
5.3	Altre indicazioni del revisore.....	14
6	Osservazioni della direzione ospedaliera	15
	Allegato 1	16
	Allegato 2	17
	Glossario	18

1 Riassunto

1.1 Situazione di partenza

1.2 Visione d'insieme dei risultati della revisione

CMI prima della revisione		
CMI dopo la revisione		
Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione	sì/no	
Differenza del CMI prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
Casi soggetti a revisione con cambio di DRG	Numero	%
Diagnosi principali corrette	Numero	%
Complemento corretto alla diagnosi principale	Numero	%
Diagnosi secondarie corrette	Numero	%
Codici di trattamento corretti	Numero	%

1.3 Visione d'insieme delle cifre chiave

Entità del campione	Numero
Percentuale di anamnesi mancanti	%

2 Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto

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

Somatica acuta (casi SwissDRG)	
Pazienti in attesa	
Psichiatria	
Riabilitazione	

2.2 Casi SwissDRG

2.2.1 Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

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

2.2.2 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		%		%		%		%	

2.2.3 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		%		%		%		%	

2.3 CMI

2.3.1 Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

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

2.3.2 Per categorie di outlier e cantone di provenienza

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

3 Esecuzione della revisione

3.1 Periodo di valutazione

3.2 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.

3.3 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.

3.4 Qualifiche del revisore

3.5 Indipendenza del revisore

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

3.6 Osservazioni

4 Costatazioni

4.1 Costatazioni generali

4.2 Dossier paziente

4.2.1 Percentuale di anamnesi mancanti

4.2.2 Qualità della compilazione del dossier

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

4.3 Dati amministrativi dei casi

4.4 Diagnosi e trattamenti

4.4.1 Errori rilevati

4.4.2 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						
Trattamenti						

4.4.3 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							
Trattamenti							

4.4.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore

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

4.4.5 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	%	%	%	%	%	%	
Trattamenti	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 Attribuzione della diagnosi principale

4.4.7 Attribuzione della diagnosi complementare

4.5 Lateralità delle diagnosi e delle procedure

4.6 Trattamento ambulatoriale esterno

4.7 Dati di base di medicina intensiva

Ventilazione artificiale, grado di gravità

4.8 Compensi supplementari

4.9 Medicamenti e sostanze

Elenco dei medicamenti e delle sostanze registrabili nella statistica medica a livello di casi.

4.10 Cambio di DRG

4.10.1 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		%		%		%

4.10.2 Differenze con/senza modello all'UFS

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

4.11 CMI

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

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

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

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

$s(z_h)$

4.14 Raggruppamento dei casi

4.14.1 Errori rilevati

4.14.2 Scostamento del cost-weight

[†] 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.

4.15 Congruenza della fatturazione

4.15.1 Errori rilevati

4.15.2 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.

4.16 Numero di diagnosi secondarie e trattamenti

4.16.1 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

4.16.2 Numero di trattamenti/paziente

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

4.17 Confronto con revisioni precedenti

Valori dell'ospedale negli anni precedenti.

5 Raccomandazioni

5.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

5.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG

5.3 Altre indicazioni del revisore

6 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 riutilizzare 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 in 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