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

Modello di rapporto di revisione^{*}

Revisione dei dati 2015

nell'ospedale X

Versione 5.0

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

Indice

1	Riassunto.....	5
1.1	Visione d'insieme dei risultati della revisione.....	5
1.2	Visione d'insieme delle cifre chiave.....	5
1.3	Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione.....	5
2	Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto.....	6
2.1	Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto.....	6
2.2	Casi SwissDRG.....	6
2.2.1	Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione.....	6
2.2.2	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione.....	7
2.2.3	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	7
2.3	CMI.....	8
2.3.1	Per categorie di outlier e tipo di assicurazione.....	8
2.3.2	Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....	8
2.4	Numero di compensi supplementari.....	9
3	Esecuzione della revisione.....	10
3.1	Periodo di valutazione.....	10
3.2	Versioni valide.....	10
3.3	Calcolo e prelievo del campione.....	10
3.4	Descrizione della sequenza temporale della revisione.....	10
3.5	Qualifiche del revisore.....	10
3.6	Indipendenza del revisore.....	10
3.7	Osservazioni.....	10
4	Constatazioni.....	11
4.1	Constatazioni generali.....	11
4.2	Dossier paziente.....	11
4.2.1	Percentuale di anamnesi mancanti.....	11
4.2.2	Qualità della compilazione del dossier.....	11
4.3	Dati amministrativi dei casi.....	11
4.4	Diagnosi e trattamenti.....	11
4.4.1	Errori rilevati.....	11
4.4.2	Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	12
4.4.3	Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione.....	12
4.4.4	Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	12

4.4.5	Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione.....	13
4.4.6	Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale.....	13
4.4.7	Attribuzione della diagnosi principale.....	13
4.4.8	Attribuzione della diagnosi complementare	13
4.4.9	Attribuzione del trattamento principale.....	13
4.5	Lateralità delle diagnosi e delle procedure	13
4.6	Trattamento ambulatoriale esterno.....	13
4.7	Distinzione medicina intensiva/Intermediate Care Unit	13
4.8	Dati di base di medicina intensiva	14
4.8.1	Respirazioni assistite meccaniche	14
4.8.2	NEMS.....	14
4.8.3	Grado di gravità.....	14
4.9	Compensi supplementari.....	14
4.10	Medicamenti e sostanze.....	15
4.11	Cambio di DRG	15
4.11.1	Numero e percentuale dei casi con cambio di DRG	15
4.11.2	Differenze con/senza modello all'UFS	15
4.12	CMI.....	15
4.13	Stima del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.....	15
4.14	Deviazione standard stimata delle differenze dei costi e della percentuale delle differenze dei costi diverse da zero	16
4.15	Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)	16
4.15.1	Errori rilevati	16
4.15.2	Scostamento del cost-weight	16
4.16	Congruenza della fatturazione	16
4.16.1	Errori rilevati	16
4.16.2	Scostamento del cost-weight.....	16
4.17	Confronto fra popolazione e campione	16
4.17.1	Numero di diagnosi secondarie/paziente	17
4.17.2	Numero di trattamenti/paziente	17
4.17.3	Numero di gruppi diagnostici DRG.....	17
4.17.4	Numero di casi con compenso supplementare	17
4.17.5	Numero di respirazioni assistite meccaniche	17
4.17.6	Numero di casi con trattamento UTI	17

4.18	<i>Confronto con revisioni precedenti</i>	<i>17</i>
5	<i>Raccomandazioni.....</i>	<i>18</i>
5.1	<i>Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale</i>	<i>18</i>
5.2	<i>Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG.....</i>	<i>18</i>
5.3	<i>Altre indicazioni del revisore.....</i>	<i>18</i>
6	<i>Osservazioni della direzione ospedaliera</i>	<i>19</i>
	<i>Allegato 1</i>	<i>20</i>
	<i>Allegato 2</i>	<i>21</i>
	<i>Glossario</i>	<i>22</i>

1 Riassunto

1.1 Visione d'insieme dei risultati della revisione

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	%
Fatturazioni contestate	Numero	%

1.2 Visione d'insieme delle cifre chiave

Entità del campione	Numero
Percentuale di anamnesi mancanti	%

1.3 Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione

	Popolazione	Campione
Numero di casi con compenso supplementare	%	
Numero delle respirazioni assistite registrate ³	%	
Numero dei casi con permanenza in UTI	%	
CMI		

¹Il codice per le diagnosi principali, i supplementi alla diagnosi principale e i trattamenti principali corretti deve essere non solo appropriato, ma va inserito anche 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

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)	AMaI	AINF	AM	AI	Totale
Pazienti in attesa					
Psichiatria					
Riabilitazione					

2.2 Casi SwissDRG

2.2.1 Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

	AMaI	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					

2.4 Numero di compensi supplementari

Compenso supplementare	Denominazione	Importo	Numero LAMal	Numero AINF/AM/AI	Numero di pazienti auto pagatori
Totale compensi supplementari versione 5.0					

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 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).

3.5 Qualifiche del revisore

3.6 Indipendenza del revisore

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

3.7 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

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		%

4.4 Diagnosi e trattamenti

4.4.1 Errori rilevati

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

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						
Trattamento principale						
Trattamenti secondari						

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							
Trattamento principale							
Trattamenti secondari							

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	%	%	%	%	%
Totale delle diagnosi	%	%	%	%	%
Trattamento principale	%	%	%	%	%
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%

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	%	%	%	%	%	%	
Trattamento principale	%	%	%	%	%	%	
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale

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

4.4.7 Attribuzione della diagnosi principale

4.4.8 Attribuzione della diagnosi complementare

4.4.9 Attribuzione del trattamento principale

4.5 Lateralità delle diagnosi e delle procedure

4.6 Trattamento ambulatoriale esterno

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

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

4.7 Distinzione medicina intensiva/Intermediate Care Unit

4.8 Dati di base di medicina intensiva

4.8.1 Respirazioni assistite meccaniche

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

4.8.2 NEMS

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

4.8.3 Grado di gravità

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

4.9 Compensi supplementari

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

4.10 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.)

4.11 Cambio di DRG

4.11.1 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		%		%		%

4.11.2 Differenze con/senza modello all'UFS

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

4.12 CMI

CMI dell'ospedale prima della revisione	
CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione	
Variazione del CMI in percentuale	%

4.13 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.

4.14 Deviazione standard stimata delle differenze dei costi e della percentuale delle differenze dei costi diverse da zero

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.

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

4.15.1 Errori rilevati

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

4.15.2 Scostamento del cost-weight

4.16 Congruenza della fatturazione

4.16.1 Errori rilevati

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

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

4.16.2 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.

4.17 Confronto fra popolazione e campione

4.17.1 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

4.17.2 Numero di trattamenti/paziente

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

4.17.3 Numero di gruppi diagnostici DRG

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

4.17.4 Numero di casi con compenso supplementare

Numero di casi con compensi supplementari (campione)	
Numero di casi con compensi supplementari (popolazione)	

4.17.5 Numero di respirazioni assistite meccaniche

Numero di respirazioni assistite meccaniche (campione)	
Numero di respirazioni assistite meccaniche (popolazione)	

4.17.6 Numero di casi con trattamento UTI

Numero di casi UTI (campione)	
Numero di casi UTI (popolazione)	

4.18 Confronto con revisioni precedenti

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

5 Raccomandazioni

5.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

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

5.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG

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

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