

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

Modello di rapporto di revisione^{*}
Revisione dei dati 2016
nell'ospedale X

Versione 5.1

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

Indice

| | | |
|----------|--|------------------|
| 1 | <i>Riassunto</i> | <i>5</i> |
| 1.1 | <i>Visione d'insieme dei risultati della revisione.....</i> | <i>5</i> |
| 1.2 | <i>Visione d'insieme delle cifre chiave.....</i> | <i>5</i> |
| 1.3 | <i>Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione.....</i> | <i>5</i> |
| 2 | <i>Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto..</i> | <i>6</i> |
| 2.1 | <i>Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto.....</i> | <i>6</i> |
| 2.2 | <i>Casi SwissDRG.....</i> | <i>6</i> |
| 2.2.1 | <i>Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione.....</i> | <i>6</i> |
| 2.2.2 | <i>Per categorie di outlier e tipo di assicurazione.....</i> | <i>7</i> |
| 2.2.3 | <i>Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....</i> | <i>7</i> |
| 2.3 | <i>CMI.....</i> | <i>8</i> |
| 2.3.1 | <i>Per categorie di outlier e tipo di assicurazione.....</i> | <i>8</i> |
| 2.3.2 | <i>Per categorie di outlier e cantone di provenienza.....</i> | <i>8</i> |
| 2.4 | <i>Numero di compensi supplementari.....</i> | <i>9</i> |
| 2.5 | <i>Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963.....</i> | <i>9</i> |
| 2.6 | <i>Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2.....</i> | <i>9</i> |
| 2.7 | <i>Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale.....</i> | <i>9</i> |
| 3 | <i>Esecuzione della revisione.....</i> | <i>10</i> |
| 3.1 | <i>Periodo di valutazione.....</i> | <i>10</i> |
| 3.2 | <i>Versioni valide</i> | <i>10</i> |
| 3.3 | <i>Calcolo e prelievo del campione.....</i> | <i>10</i> |
| 3.4 | <i>Descrizione della sequenza temporale della revisione.....</i> | <i>10</i> |
| 3.5 | <i>Qualifiche del revisore</i> | <i>10</i> |
| 3.6 | <i>Indipendenza del revisore.....</i> | <i>10</i> |
| 3.7 | <i>Osservazioni</i> | <i>10</i> |
| 4 | <i>Constatazioni.....</i> | <i>11</i> |
| 4.1 | <i>Constatazioni generali</i> | <i>11</i> |
| 4.2 | <i>Dossier paziente.....</i> | <i>11</i> |
| 4.2.1 | <i>Percentuale di anamnesi mancanti</i> | <i>11</i> |
| 4.2.2 | <i>Qualità della compilazione del dossier</i> | <i>11</i> |
| 4.3 | <i>Dati amministrativi dei casi</i> | <i>11</i> |
| 4.4 | <i>Diagnosi e trattamenti.....</i> | <i>11</i> |
| 4.4.1 | <i>Errori rilevati.....</i> | <i>11</i> |

| | | |
|--------|---|-----------|
| 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..... | 14 |
| 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 | Percentuale dei casi con compenso supplementare | 17 |
| 4.17.5 | Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche | 17 |
| 4.17.6 | Percentuale dei casi con trattamento UTI | 17 |
| 4.18 | Confronto con revisioni precedenti | 17 |
| 5 | Raccomandazioni | 18 |
| 5.1 | Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale | 18 |
| 5.2 | Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG | 18 |
| 5.3 | Altre indicazioni del revisore | 18 |
| 6 | Osservazioni della direzione ospedaliera | 19 |
| | Allegato 1 | 20 |
| | Allegato 2 | 21 |
| | Glossario | 22 |

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

Il capitolo 2 contiene cifre chiave sugli ospedali e serve soprattutto a inquadrare i dati campione nell'insieme dell'ospedale.

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

| Somatica acuta (casi SwissDRG) | AMal | 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

| | 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 | | | | | |

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 | | | | | |

2.5 Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963

| DRG | Numero | Percentuale |
|-----|--------|-------------|
| 901 | | |
| 902 | | |
| 960 | | |
| 961 | | |
| 962 | | |
| 963 | | |

2.6 Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2

| | |
|---|---|
| Numero di high-outlier nella popolazione | |
| Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura e con PCCL ≤ 2 nella popolazione | % |

2.7 Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale

| | |
|--|---|
| Numero di casi con durata della degenza superiore a 5 giorni nella popolazione | |
| Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale nella popolazione | % |

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). Indicazione del luogo di esecuzione della revisione.

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 Percentuale dei casi con compenso supplementare

| | |
|---|---|
| Percentuale dei casi con compensi supplementari (campione) | % |
| Percentuale dei casi con compensi supplementari (popolazione) | % |

4.17.5 Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche

| | |
|---|---|
| Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche (campione) | % |
| Percentuale delle respirazioni assistite meccaniche (popolazione) | % |

4.17.6 Percentuale dei casi con trattamento UTI

| | |
|--|--|
| Percentuale dei casi UTI (campione) | |
| Percentuale dei 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