

Version 3.0 / 14.06.2019

**Allegato 2 Regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica
conformemente a TARPSY**

Modello di rapporto di revisione¹

nell'ospedale X

Versione 3.0

Revisione dei dati 2019

Valida dal 01.01.2020

Fa fede la versione in lingua tedesca

¹ Concretizzazione della parte statistica e dei criteri di valutazione

Preambolo

Per ottenere un'omogeneità dei risultati che renda possibile una confrontabilità su tutto il territorio svizzero, nello sviluppo del modello di rapporto di revisione si devono rispettare i punti seguenti:

1. il modello di rapporto di revisione è un documento vincolante e va compilato per intero. Vale come rapporto di revisione standard.
2. La sequenza dei capitoli deve corrispondere al modello di rapporto di revisione.
3. Tutti gli allegati devono essere acclusi al rapporto.
4. Se un capitolo del modello di rapporto di revisione risulta non pertinente a causa di una struttura ospedaliera particolare, lo si deve comunque mantenere, con una motivazione della società di revisione sui dati mancanti.
5. Tutte le denominazioni di colonna e riga vanno mantenute senza modifiche.
6. Se la società di revisione mette a disposizione dell'ospedale ulteriori informazioni o analisi, queste possono essere integrate senza modifiche della struttura di base.

Indice

Riassunto	5
Visione d'insieme dei risultati della revisione.....	5
Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione	5
1. Esecuzione della revisione	6
1.1 Periodo di valutazione.....	6
1.2 Versione valida	6
1.3 Calcolo e prelievo del campione	6
1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione	6
1.5 Qualifiche del revisore.....	6
1.6 Indipendenza del revisore	6
1.7 Osservazioni	6
2. Costatazioni	7
2.1 Costatazioni generali.....	7
2.2 Fondamenti amministrativi	7
2.2.1 Dossier del paziente	7
2.2.2 Dati amministrativi dei casi	7
2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)	8
2.2.4 Congruenza della fatturazione.....	8
2.3 Diagnosi e trattamenti	8
2.3.1. Errori rilevati	8
2.3.2 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	8
2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione	9
2.3.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore	9
2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione	10
2.3.6 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale.....	10
2.3.7 Attribuzione della diagnosi principale	10
2.3.8 Attribuzione della diagnosi complementare	10
2.3.9 Attribuzione del codice CHOP (senza 94.A1 e 94.A2).....	11
2.3.10 Attribuzione del codice CHOP (94.A1)	11
2.3.11 Attribuzione del codice CHOP (94.A2)	11
2.3.12 Trattamento non-psichiatrico ambulatoriale esterno.....	11
2.4 Medicamenti e sostanze	11
2.5 Cambio di PCG	12
2.5.1 Numero e percentuale dei casi con cambio di PCG	12
2.5.2 Differenze con/senza modello all'UST	12
2.6 Cost-weight.....	12
2.6.1 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	12

2.6.2 Deviazione standard stimata delle differenze dei costi e della percentuale delle differenze dei costi diverse da zero.....	13
2.7 Confronto fra popolazione e campione.....	13
2.7.1 Numero di diagnosi secondarie/paziente.....	13
2.7.2 Numero di codici di trattamento.....	13
2.7.3 Percentuale di casi con HoNOS o HoNOSCA.....	13
2.7.4 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari.....	13
2.8 Rimunerazioni supplementari.....	13
2.9 Confronto con revisioni precedenti.....	14
3. Raccomandazioni.....	15
3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale.....	15
3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della TARPSY.....	15
3.3 Altre indicazioni del revisore.....	15
4. Osservazioni della direzione ospedaliera.....	16
Allegato 1: Attestazioni.....	17
Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X.....	17
Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la revisione della codifica dei dati 20XX.....	18
Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto.....	19
Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione.....	19
Casi TARPSY secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione.....	19
Numero di remunerazioni supplementari.....	19

Riassunto

Visione d'insieme dei risultati della revisione

Entità del campione	Numero	
DMI dell'ospedale prima della revisione		
DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione		
Significatività statistica dello scostamento del DMI prima e dopo la revisione	sì/no	
Differenza stimata del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
Casi soggetti a revisione con cambio di PCG	Numero	%
Diagnosi principali corrette ²	Numero	%
Complemento corretto alla diagnosi principale ²	Numero	%
Diagnosi secondaria corretta	Numero	%
Codice CHOP corretto (senza 94.A1 e 94.A2)	Numero	%
Codice CHOP corretto (94.A1)	Numero	%
Codice CHOP corretto (94.A2)	Numero	%
Rimunerazioni supplementari corretti ³	Numero	%
Raggruppamenti dei casi contestati	Numero	%
Congruenza di fatturazioni contestata	Numero	%
Prestazioni ambulatoriali esterne correttamente registrate	Numero	%
Quota di documenti mancanti	%	

Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione

	Popolazione	Campione
Casi con compenso supplementare	%	%
Casi con prestazioni ambulatoriali esterne	%	%
DMI		

² Il codice per le diagnosi principali corrette e i supplementi alla diagnosi principale non solo deve essere giusto, ma va anche inserito nella posizione esatta (una diagnosi principale valutata come "corretta" deve per esempio essere inserita nella posizione "diagnosi principale". Se una diagnosi secondaria è stata codificata con il codice corretto per la diagnosi principale, tale diagnosi secondaria non può essere considerata come diagnosi principale corretta).

³ Indicazione per caso.

1. Esecuzione della revisione

1.1 Periodo di valutazione

1.2 Versione valida

Catalogo dei PCG con cost-weight, regole di fatturazione ("Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY" e "Chiarimenti e casi esemplificativi sulle regole di utilizzo"), Manuale di codifica, Classificazioni (CHOP e ICD-10-GM); Tipologia di errore.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 Qualifiche del revisore

1.6 Indipendenza del revisore

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

1.7 Osservazioni

2. Costatazioni

2.1 Costatazioni generali

2.2 Fondamenti amministrativi

2.2.1 Dossier del paziente

2.2.1.1 Percentuale di documenti mancanti

2.2.1.2 Qualità dei documenti

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

2.2.2 Dati amministrativi dei casi

Errore in	Numero	Percentuale
Tipo di ammissione		
Istanza che ha disposto il ricovero		
Luogo di soggiorno prima dell'ammissione		
Cambio del tipo di degenza (ambulatoriale, stazionaria, riabilitazione, somatica acuta)		
Decisione per la dimissione		
Destinazione dopo la dimissione		
Trattamento dopo la dimissione		
Durata della degenza		
Congedo amministrativo		
Motivo della riammissione		
Ricovero a scopo di assistenza		

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

2.2.3.1 Errori rilevati

Tipo di errore	PCG	Cost-weight dell'ospedale	Cost-weight del revisore	Differenza del cost-weight

2.2.3.2 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 TARPSY" nella versione di volta in volta in vigore.

2.2.4 Congruenza della fatturazione

Errori rilevati

	PCG	Cost-weight	Rimunerazione supplementari
Errato			
Fattura non ancora presente			
Altri			
Mancante			

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

A questo proposito si fa riferimento anche al punto 4.2.3.5 del regolamento. Non sono ammesse correzioni delle fatture a causa della revisione dei codici, salvo che vi sia una significatività statistica.

2.3 Diagnosi e trattamenti

2.3.1. Errori rilevati

Conformità al Manuale di codifica, esposizione della rilevanza PCG degli errori rilevati ecc.

2.3.2 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						

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Totale delle diagnosi						
Tattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)						
Tattamenti (94.A1)						
Tattamenti (94.A2)						
Totale dei tattamenti						

2.3.3 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							
Tattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)							
Tattamenti (94.A1)							
Tattamenti (94.A2)							
Totale dei tattamenti							

2.3.4 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					
Tattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)					
Tattamenti (94.A1)					
Tattamenti (94.A2)					
Totale dei tattamenti					

2.3.5 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 (senza 94.A1 e 94.A2)							
Trattamenti (94.A1)							
Trattamenti (94.A2)							
Totale dei trattamenti							

2.3.6 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale

	Numero di codici aspecifici ⁴	Percentuale di codici aspecifici
Diagnosi		

2.3.7 Attribuzione della diagnosi principale

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		
Attribuito tramite la diagnosi secondaria esistente		

2.3.8 Attribuzione della diagnosi complementare

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		

⁴ Vengono considerati codici aspecifici tutti i codici ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V01!-Y84!.

Codice mancante sostituito con nuovo codice		
Attribuito tramite la diagnosi secondaria esistente		

2.3.9 Attribuzione del codice CHOP (senza 94.A1 e 94.A2)

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.10 Attribuzione del codice CHOP (94.A1)

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.11 Attribuzione del codice CHOP (94.A2)

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.12 Trattamento non-psichiatrico ambulatoriale esterno

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		
Registrati erroneamente		
Non registrati		

2.4 Medicamenti e sostanze

Determinante è l'elenco dei medicamenti e delle sostanze registrabili a livello di casi nella statistica medica secondo SwissDRG SA.

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		
Registrati erroneamente		
Non registrati		

Indicazioni sul tipo di errore (unità di misura della dose, tipo di somministrazione ecc.)

2.5 Cambio di PCG

2.5.1 Numero e percentuale dei casi con cambio di PCG

	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 codice di trattamento		%		%		%
Per altre variazioni		%		%		%
Totale		%		%		%

2.5.2 Differenze con/senza modello all'UST

Differenze	Modello all'UST sì/no	Commenti

2.6 Cost-weight

2.6.1 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

Indicare i valori seguenti:

1. DMI dell'ospedale prima della revisione;
2. DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione;
3. differenza stimata del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione;
4. intervallo di confidenza al xy% della differenza del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.

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

Indicare i valori seguenti:

1. deviazione standard stimata delle differenze dei costi dell'ospedale prima e dopo la revisione;
2. percentuale stimata delle differenze dei cost-weight diverse da zero.

2.7 Confronto fra popolazione e campione

2.7.1 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

2.7.2 Numero di codici di trattamento

Numero di codici di trattamento/paziente (campione)	
Numero di codici di trattamento/paziente (popolazione)	

2.7.3 Percentuale di casi con HoNOS o HoNOSCA

Percentuale di casi con HoNOS (campione)	
Percentuale di casi con HoNOS (popolazione)	
Percentuale di casi con HoNOSCA (campione)	
Percentuale di casi con HoNOSCA (popolazione)	

2.7.4 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari

Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (campione)	%
Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (popolazione)	%

2.8 Rimunerazioni supplementari

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%

Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

2.9 Confronto con revisioni precedenti

Questo punto vale dalla seconda revisione dell'istituto.

3. Raccomandazioni

3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

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

3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della TARPSY

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

3.3 Altre indicazioni del revisore

4. Osservazioni della direzione ospedaliera

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 1: Attestazioni

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 alla TARPSY, versione 3.0 del XX.XX.2019 (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, il revisore conferma che durante il periodo della revisione e per tutta la durata della stessa, non ha avuto con l'ospedale soggetto a revisione alcun rapporto di impiego o mandatario, né alcun altro rapporto di tipo economico. Eventuali rapporti di dipendenza con un finanziatore devono essere evidenziati in modo completo nel rapporto di revisione.
5. Il revisore conferma che l'azienda di revisione presso la quale è assunto non ha contemporaneamente codificato le prestazioni mediche dell'ospedale in oggetto e/o non gli ha offerto consulenza in controlling medico.

.....

Luogo e data

.....

Revisore della codifica

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 la TARPSY nell'ospedale X.

.....
Luogo e data

.....
Ospedale X, il Direttore

Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto

Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione

Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	Totale
Psichiatria per adulti					
Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza					
Pazienti in attesa ⁵					
Somatica acuta					
Riabilitazione					

Casi TARPSY secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

	AMal	AINF	AM	AI
Intra-cantonale				
Cantone A				
Cantone B				
Cantone C				
....				

Numero di remunerazioni supplementari

Remunerazioni supplementari	Denominazione	Somma	AMal	AINF	AM	AI	Autopagantier	Altri	Sconosciuti	Totale
Totale di remunerazioni supplementari										

Versione 8.0

⁵ Pazienti in attesa = Paziente in cura in psichiatria secondo le "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY"