

Versione 65.0 / ~~XX.XX~~23.03.20234

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

Modello di rapporto di revisione¹

nell'ospedale X

Versione 65.0
Revisione dei dati 20234
Valida dal 01.01.20242

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.

Il modello di rapporto di revisione prevede tre tipi di risultati:

- risultati relativi alla popolazione (evidenziati in verde): dati statistici sulla popolazione (record di dati completo dell'ospedale);
- risultati relativi al campione (evidenziati in azzurro): dati statistici sul campione. Se i casi non sono stati inclusi nel campione con uguale probabilità, i dati vengono indicati come totali e valori medi non ponderati, ciò significa invariati secondo il campione reale;
- stime (evidenziate in rosso): stime non distorte di parametri della popolazione. Se la ripartizione dei casi del campione in base al cost-weight non corrisponde alla popolazione, i risultati stimati devono essere corretti e indicati in modo ponderato affinché consentano di effettuare affermazioni sulla popolazione.

La differenziazione mediante diversi colori effettuata nel modello di rapporto di revisione ha scopo illustrativo. Nei rapporti di revisione reali non è necessario effettuare alcuna differenziazione mediante colori.

Indice

| | |
|---|----------|
| Riassunto | 5 |
| Visione d'insieme dei risultati della revisione | 5 |
| Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione | 6 |
| 1. Esecuzione della revisione..... | 7 |
| 1.1 Periodo di valutazione | 7 |
| 1.2 Versione valida..... | 7 |
| 1.3 Calcolo e prelievo del campione..... | 7 |
| 1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione | 7 |
| 1.5 Qualifiche del revisore..... | 7 |
| 1.6 Indipendenza del revisore | 7 |
| 1.7 Osservazioni | 7 |
| 2. Costatazioni..... | 8 |
| 2.1 Costatazioni generali..... | 8 |
| 2.2 Fondamenti amministrativi..... | 8 |
| 2.2.1 Cartelle cliniche | 8 |
| 2.2.2 Dati amministrativi dei casi | 8 |
| 2.2.4 Congruenza della fatturazione | 9 |
| 2.3 Diagnosi e trattamenti | 9 |
| 2.3.1. Errori rilevati..... | 9 |
| 2.3.2 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore | 9 |
| 2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione | 10 |
| 2.3.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore | 10 |
| 2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione | 10 |
| 2.3.6 Attribuzione della diagnosi principale | 11 |
| 2.3.7 Attribuzione della diagnosi complementare..... | 11 |
| 2.3.8 Attribuzione del codice CHOP (senza 94.A1 e 94.A2) | 11 |
| 2.3.9 Attribuzione del codice CHOP (94.A1) | 11 |
| 2.3.10 Attribuzione del codice CHOP (94.A2)..... | 12 |
| 2.3.11 Prestazioni ambulatoriali esterne | 12 |
| 2.4 Rimunerazioni supplementari escl. medicinali (sostanze) | 12 |
| 2.5 Medicinali (sostanze)..... | 12 |
| 2.6 Modifiche del cost-weight | 13 |
| 2.6.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight..... | 13 |
| 2.6.2 Differenze con/senza modello all'UST | 13 |
| 2.7 Cost-weight | 13 |

| | |
|---|-----------|
| 2.7.1 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione | 13 |
| 2.7.2 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione | 13 |
| 2.7.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione..... | 14 |
| 2.7.4 Differenze dei cost-weight | 14 |
| 2.7.5 Differenze delle durate delle degenze | 14 |
| 2.8 Confronto fra campione e popolazione..... | 14 |
| 2.8.1 Numero di casi e giorni..... | 14 |
| 2.8.2 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica degli ospedali | 14 |
| 2.8.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente..... | 15 |
| 2.8.4 Numero di codici di trattamento per paziente..... | 15 |
| 2.8.5 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari | 15 |
| 2.9 Confronto con revisioni precedenti..... | 15 |
| 3. Raccomandazioni | 16 |
| 3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale | 16 |
| 3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della TARPSY | 16 |
| 3.3 Altre indicazioni del revisore..... | 16 |
| 4. Osservazioni della direzione ospedaliera | 17 |
| Allegato 1: Attestazioni | 18 |
| Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X..... | 18 |
| Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la revisione della codifica dei dati 20XX..... | 19 |
| Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto..... | 20 |
| Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione | 20 |
| Casi TARPSY secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione | 20 |
| Numero di remunerazioni supplementari | 20 |

Riassunto

Visione d'insieme dei risultati della revisione

| Capitolo | Parametro | Risultato | |
|---|---|-------------|---|
| 2.87.1 | Casi nel campione | Numero | |
| 2.87.1 | Casi nella popolazione | Numero | |
| 2.87.1 | Giorni nel campione | Numero | |
| 2.87.1 | Giorni nella popolazione | Numero | |
| 2.76.1 | <u>DMI-CMI</u> dell'ospedale prima della revisione (<u>popolazione</u>) | | |
| 2.76.1 | <u>DMI-CMI</u> stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione) | | |
| 2.76.1 | Significatività statistica dello scostamento del <u>DMI-CMI</u> prima e dopo la revisione | sì/no | |
| 2.76.1 | Differenza stimata del <u>DMI-CMI</u> dell'ospedale prima e dopo la revisione | Valore ass. | % |
| 2.5.1 | Casi soggetti a revisione con modifiche del cost-weight | Numero | % |
| 2.3 | Diagnosi principali corrette ² | Numero | % |
| 2.3 | Complemento corretto alla diagnosi principale ² | Numero | % |
| 2.3 | Diagnosi secondaria corretta | Numero | % |
| 2.3 | Codice CHOP corretto (senza 94.A1 e 94.A2) ³ | Numero | % |
| 2.3 | Codice CHOP corretto (94.A1) ³ | Numero | % |
| 2.3 | Codice CHOP corretto (94.A2) ³ | Numero | % |
| <u>I valori in percentuale nella tabella soprastante sono stime non distorte di parametri della popolazione dopo la revisione [indicare la nota nel rapporto di revisione].</u> | | | |
| 2.48 | Rimunerazioni supplementari corrette <u>escl. medicinali (sostanze)</u> ³ | Numero | % |
| 2.2.3 | Combinazioni dei casi contestati | Numero | % |
| 2.2.1.1 | Cartelle cliniche mancanti | Numero | % |
| 2.3.11 | Prestazioni ambulatoriali esterne correttamente registrate | Numero | % |
| | | | |

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.

Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione⁴

| Parametro | Popolazione | Campione |
|--|-------------|----------|
| Casi con remunerazione supplementare | % | % |
| Casi con prestazioni ambulatoriali esterne | % | % |
| DM <u>CMI</u> | | |
| <u>DMI</u> | | |

⁴ I valori si riferiscono ai dati prima della revisione (per es. DMI: vengono considerati i cost-weight effettivi prima della revisione).

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 Cartelle cliniche

2.2.1.1 Numero e percentuale di cartelle cliniche mancanti

2.2.1.2 Qualità della compilazione delle cartelle cliniche

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 | | | | | | |
| Totale delle diagnosi | | | | | | |
| Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2) | | | | | | |
| Trattamenti (94.A1) | | | | | | |
| Trattamenti (94.A2) | | | | | | |
| Totale dei trattamenti | | | | | | |

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

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

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 | | | | | | | |

| | 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 |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| Totale delle diagnosi | | | | | | | |
| Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2) | | | | | | | |
| Trattamenti (94.A1) | | | | | | | |
| Trattamenti (94.A2) | | | | | | | |
| Totale dei trattamenti | | | | | | | |

2.3.6 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 | | |

2.3.7 Attribuzione della diagnosi complementare

| | 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 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 | | |

2.3.9 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 | | |

2.3.10 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 | | |

2.3.11 Prestazioni ambulatoriali esterne

| | Numero | Percentuale |
|--------------------------|--------|-------------|
| Registrati correttamente | | |
| Registrati erroneamente | | |
| Non registrati | | |

2.4 Rimunerazioni supplementari escl. medicinali (sostanze)

| | <u>Numero</u> | <u>Percentuale</u> |
|---------------------------------|---------------|--------------------|
| <u>Registrato correttamente</u> | | <u>%</u> |
| <u>Registrato erroneamente</u> | | <u>%</u> |
| <u>Non registrato</u> | | <u>%</u> |

2.54 Medicinali (sostanze)

Determinante è l'elenco dei medicinali 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.)

2.65 Modifiche del cost-weight

2.65.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight

| | 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 | | % | | % | | % |

2.65.2 Differenze con/senza modello all'UST

| Differenze | Modello all'UST sì/no | Commenti |
|------------|-----------------------|----------|
| | | |
| | | |

2.76 Cost-weight

2.76.1 DMI-CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

| | | |
|---|--------------|--------------|
| <u>DMI-CMI</u> dell'ospedale prima della revisione (popolazione) | | |
| <u>DMI-CMI</u> stimato dell'ospedale prima della revisione ⁵ (campione) | | |
| <u>DMI-CMI</u> stimato dell'ospedale dopo la revisione ⁵ (campione) | | |
| Significatività statistica della deviazione del <u>DMI-CMI</u> prima e dopo la revisione | <i>si/no</i> | |
| Differenza stimata del <u>DMI-CMI</u> dell'ospedale prima e dopo la revisione | Valore ass. | % |
| Intervallo di confidenza (IC) al 95% della differenza del <u>DMI-CMI</u> dell'ospedale prima e dopo la revisione ⁶ | IC inferiore | IC superiore |

2.76.2 CMI-DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

| | |
|---|--|
| <u>CMI-DMI</u> dell'ospedale prima della revisione (popolazione) | |
| <u>CMI-DMI</u> stimato dell'ospedale prima della revisione (campione) | |
| <u>CMI-DMI</u> stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione) | |

⁵ Inclusa la presa in considerazione dei raggruppamenti di casi conformemente al regolamento 4.2.3.

⁶ Se almeno tre cost-weight sono stati corretti.

2.76.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione

| | |
|---|--|
| Durata media della degenza prima della revisione (popolazione) | |
| Durata media stimata della degenza prima della revisione (campione) | |
| Durata media stimata della degenza dopo la revisione (campione) | |

2.76.4 Differenze dei cost-weight

Elenco dei cost-weight accoppiati prima e dopo la revisione; nei casi con differenze dei cost-weight che non sono uguali a zero (elenco delle coppie [x,y] considerando che x=cost-weight prima della revisione, y=cost-weight dopo la revisione, $x \neq y$).

| Numero del caso | Cost-weight prima della revisione | Cost-weight dopo la revisione |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| | | |

2.76.5 Differenze delle durate delle degenze

Elenco delle degenze accoppiate prima e dopo la revisione nei casi con differenze delle durate delle degenze che non sono uguali a zero (elenco delle coppie [u,v] considerando che u=durata della degenza prima della revisione, v= durata della degenza dopo la revisione, $v \neq y$).

| Numero del caso | Durata della degenza prima della revisione | Durata della degenza dopo la revisione |
|-----------------|--|--|
| | | |

2.87 Confronto fra campione e popolazione**2.87.1 Numero di casi e giorni**

| | |
|--------------------------------|--|
| Numero di casi (campione) | |
| Numero di casi (popolazione) | |
| Numero di giorni (campione) | |
| Numero di giorni (popolazione) | |

2.87.2 Numero e percentuale di codici specifici nella codifica degli ospedali

| | Codici aspecifici ⁷ della popolazione | | Codici aspecifici del campione | |
|-------------|--|---|--------------------------------|---|
| | Numero | % | Numero | % |
| Diagnosi | | | | |
| Trattamenti | | | | |

⁷ Codici aspecifici vengono considerati tutti i codici CHOP e ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V01!-Y84!

2.87.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

2.87.4 Numero di codici di trattamento per paziente

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

2.87.5 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

Confronto dei risultati della revisione secondo il riassunto del modello di rapporto di revisione con i risultati dell'anno precedente.

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 nella versione di volta in volta in vigore.
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 cura e in attesa ⁸ | | | | | |
| 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

| Rimunerazioni supplementari | Denominazione | Somma | AMal | AINF | AM | AI | Autopaganti | Altri | Sconosciuti | Totale |
|--|---------------|-------|------|------|----|----|-------------|-------|-------------|--------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Totale di remunerazioni supplementari | | | | | | | | | | |

⁸ Pazienti in cura e in attesa secondo le "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY"