



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



MOH/P/PAK/597.25(GU) - e

GARIS PANDUAN CASEMIX SCORECARD



SUBUNIT HOSPITAL FINANCING
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

2025



Garis Panduan Casemix Scorecard bertujuan untuk meningkatkan keberkesanan dan kecekapan sistem perkhidmatan kesihatan melalui pemantauan serta penilaian prestasi hospital/institusi. Panduan ini membantu dalam meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan melalui Petunjuk Prestasi Utama (KPI) untuk menilai keberkesanan rawatan serta pengurusan kos dan sumber. Selain itu ia juga adalah sebagai pematuhan kepada piawaian kesihatan serta meningkatkan tahap akauntabiliti dalam sistem perkhidmatan kesihatan melalui pemantauan berasaskan data yang lebih sistematik

Disediakan oleh:

Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital (*Subunit Hospital Financing*)
Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
E-mel: casemix@moh.gov.my

Edisi Pertama	Disember 2022
Edisi Kedua	Ogos 2025

Sekapur Sireh

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh dan salam sejahtera,



Syukur ke hadrat Allah SWT kerana dengan izin dan limpah kurnia-Nya, **Garis Panduan Casemix Scorecard** ini dapat diterbitkan bagi memperkukuh sistem penilaian prestasi perkhidmatan kesihatan di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM).

Casemix Scorecard merupakan satu instrumen penting dalam mengukur kecekapan dan keberkesanan perkhidmatan kesihatan di fasiliti kesihatan KKM. Melalui sistem ini, penilaian yang lebih objektif dan menyeluruh dapat dilakukan berdasarkan data klinikal serta penggunaan sumber yang optimum. Ia bukan sahaja membantu dalam meningkatkan kualiti rawatan pesakit, malah menyumbang kepada pengurusan kos yang lebih berkesan.

Garis panduan ini dirangka sebagai rujukan utama kepada semua pihak yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan penggunaan data Casemix Scorecard. Ia diharapkan dapat membantu dalam memperkukuh amalan klinikal berasaskan bukti serta menyokong usaha pemerkasaan sistem kesihatan negara.

Akhir kata, saya ingin merakamkan penghargaan kepada semua pihak yang telah menyumbang dalam pembangunan garis panduan ini. Semoga usaha ini dapat memberi manfaat kepada seluruh warga kesihatan serta meningkatkan mutu perkhidmatan kepada rakyat.

Sekian.

DATO' DR. MOHD AZMAN BIN YACOB

Pengarah

Bahagian Perkembangan Perubatan

Kementerian Kesihatan Malaysia

ISI KANDUNGAN

Sekapur Sireh.....	iii
SINGKATAN KATA.....	v
1. LATAR BELAKANG	6
2. OBJEKTIF	6
3. PUNCA KUASA	6
4. PELAPORAN	6
5. CASEMIX SCORECARD NEGERI	
A. Tadbir Urus	9
B. Pengurusan Data	9
C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan.....	9
6. CASEMIX SCORECARD HOSPITAL	
A. Tadbir Urus	23
B. Pengurusan Data	23
C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan.....	23
7. ANALISA PERMARKAHAN.....	31
8. KEPUTUSAN PEMARKAHAN	31

SINGKATAN KATA

BPP	: Bahagian Perkembangan Perubatan
HKL	: Hospital Kuala Lumpur
IPKKM	: Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan Malaysia
JKN	: Jabatan Kesihatan Negeri
JKWP	: Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan
KKM	: Kementerian Kesihatan Malaysia
SMRP	: Sistem Maklumat Rawatan Pelanggan
SOI	: <i>Severity of Illness</i> (Darjah Keterukan Penyakit)

1. LATAR BELAKANG

Casemix Scorecard ini diwujudkan sebagai panduan pelaksanaan *casemix* di peringkat hospital dan negeri. Garis panduan ini dibangunkan sebagai satu kaedah pemantauan terhadap peraturan dan piawaian yang digunakan telah dipatuhi bagi memastikan amalan akauntabiliti dan integriti maklumat secara telus dipenuhi.

Subunit *Hospital Financing*, Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan (BPP), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) bertindak selaku sekretariat *Casemix Scorecard*.

2. OBJEKTIF

- 2.1 Memberi panduan pelaksanaan *casemix* secara objektif dan sistematik di peringkat negeri dan hospital;
- 2.2 Mengukur tahap kualiti dan kemajuan pelaksanaan *casemix* di peringkat negeri dan hospital; dan
- 2.3 Memantau parameter penting bagi pelaksanaan perbelanjaan hospital menggunakan *casemix*.

3. PUNCA KUASA

Objektif, indikator, skema pemarkahan dan prestasi simulasi telah dibentangkan dan dipersetujui pada Mesyuarat Jawatankuasa Pemandu Casemix KKM Bil. 1/2022 dan Mesyuarat Jawatankuasa Pelaksana Casemix KKM Bil. 2/2022.

4. PELAPORAN

- 4.1 Pelaporan terbahagi kepada dua kategori:
 - *Casemix Scorecard* Negeri - perlu diisi oleh Penyelaras Casemix Negeri; dan
 - *Casemix Scorecard* Hospital - perlu diisi oleh Penyelaras Casemix Hospital.

Nota :

- Institut Kanser Negara perlu mengisi *Casemix Scorecard* kategori hospital;
- Hospital Kuala Lumpur perlu mengisi *Casemix Scorecard* kategori negeri dan hospital.

- 4.2 Penyelaras Casemix Hospital akan mengisi pelaporan dan dihantar kepada Penyelaras Casemix Negeri.
- 4.3 Penyelaras Casemix Negeri akan mengisi pelaporan Negeri dan kemudiannya akan menghantar pelaporan kedua-dua Negeri dan Hospital kepada Subunit *Hospital Financing*.
- 4.4 Penyelaras Casemix Negeri dan Hospital perlu memberi markah pencapaian (tahun sebelum) negeri dan hospital sendiri (*self-reporting*) kecuali indikator bertanda ** pemarkahan dinilai oleh Subunit *Hospital Financing*.
- 4.5 Penyelaras Casemix Negeri perlu menggunakan *google form* untuk penghantaran pelaporan ke Subunit *Hospital Financing*, KKM.
- 4.6 Masa dan kekerapan pelaporan adalah sekali setahun dan perlu dihantar sebelum atau pada 31 Januari setiap tahun.
- 4.7 Tarikh pelaksanaan adalah berkuatkuasa mulai tahun 2025.



5. CASEMIX SCORECARD NEGERI



Indikator *Casemix Scorecard* Negeri terbahagi kepada:

A. Tadbir Urus (Wajaran 10%)

- A1. Pelantikan Penyelaras Casemix Negeri.
- A2. Peratus hospital dengan lantikan Penyelaras Casemix Hospital.
- A3. Pelantikan Jawatankuasa Casemix Negeri.
- A4. Peratus hospital dengan lantikan Jawatankuasa Casemix Hospital.
- A5. Pelaksanaan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Negeri.
- A6. Peratus hospital yang menjalankan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Hospital.

(16 markah)

B. Pengurusan Data (Wajaran 20%)

- B1. Tarikh penghantaran laporan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi yang lengkap ke BPP, IPKKM.
- B2. Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 80\%$ kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam.

(6 markah)

C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan (Wajaran 70%)

- C1. Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 85\%$ ketepatan dokumentasi bagi diagnosis utama.
- C2. Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 60\%$ kesempurnaan dokumentasi bagi diagnosis-diagnosis lain.
- C3. **Peratus hospital yang mencapai sasaran < 10 kes Kematian SOI 1 dalam setiap 1,000 kes Discaj Pulang ke Rumah SOI 1.
- C4. Pelaksanaan latihan kesedaran casemix kepada warga kerja hospital dan JKN anjuran JKN.

- C5. Pelaksanaan Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi anjuran JKN.
- C6. Pelaksanaan Latihan Penyelaras Casemix Hospital anjuran JKN.

(16 markah)

A. Tadbir Urus (Wajaran 10%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
A1	Pelantikan Penyelaras Casemix Negeri	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Kesihatan Negeri bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Tatacara Pemarkahan	• Lantik (1 markah) • Tiada pelantikan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
A2	Peratus hospital dengan lantikan Penyelaras Casemix Hospital	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Hospital bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Kaedah Pengukuran	<i>Numerator</i>: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan dengan lantikan Penyelaras <i>Casemix</i> Hospital <i>Denominator</i>: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM dibawah seliaan dengan lantikan Penyelaras Casemix Hospital}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan • 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)	
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
A3	Pelantikan Jawatankuasa Casemix Negeri	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Kesihatan Negeri bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Tatacara Pemarkahan	• Lantik (1 markah) • Tiada pelantikan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
A4	Peratus hospital dengan lantikan Jawatankuasa Casemix Hospital	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Hospital bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Kaedah Pengukuran	<i>Numerator:</i> Bilangan hospital KKM dibawah seliaan dengan lantikan Jawatankuasa <i>Casemix</i> Hospital <i>Denominator:</i> Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i>

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
		Bilangan hospital KKM dengan lantikan jawatankuasa <i>casemix</i> hospital $\frac{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
A5	Pelaksanaan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Negeri	
	Kriteria	• Pelaksanaan sekurang-kurangnya sekali setahun; • Boleh dilaksanakan bersama mesyuarat lain yang berkaitan; Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan Mesyuarat <i>Casemix</i> Negeri dan Hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : • JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; • JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan • HKL

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan	• Laksana lebih dari sekali setahun (2 markah) • Laksana sekali setahun (1 markah) • Tidak melaksanakan (0 markah)
	Markah Maksimum	2 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
A6	Peratus hospital yang menjalankan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Hospital	
	Kriteria	• Pelaksanaan sekurang-kurangnya sekali setahun; • Boleh dilaksanakan bersama mesyuarat lain yang berkaitan Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan Mesyuarat <i>Casemix</i> Negeri dan Hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : • JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; • JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan • HKL
	Kaedah Pengukuran	Numerator: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang menjalankan Mesyuarat Jawatankuasa <i>Casemix</i> Hospital Denominator: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM menjalankan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Hospital}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN

B. Pengurusan Data (Wajaran 20%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
B1	Tarikh penghantaran laporan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi yang lengkap ke BPP, IPKKM	
	Kriteria	• JKN dan HKL perlu mengumpulkan laporan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi semua hospital seliaan; dan • Laporan audit yang lengkap dan mengikut format seperti tertera pada Garis Panduan Audit Diagnosis Klinikal dan Kod Klasifikasi perlu di-e-melkan ke casemix@moh.gov.my selewat-lewatnya 31 Januari tahun berikutnya.
	Tatacara Pemarkahan	• Dihantar pada tahun semasa audit dijalankan (2 markah) • Dihantar pada Januari tahun berikutnya (1 markah) • Dihantar selepas 31 Januari tahun berikutnya (0 markah)
	Markah Maksimum	2 markah

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Pemarkahan oleh BPP/JKN	JKN
B2	Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 80\%$ kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes* di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam	
	Kriteria	Kes dialir masuk dalam MyCMX berbanding jumlah kes* di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam. *(Ad-hoc query PER-PD301 dalam MyHDW)
	Kaedah Pengukuran	Numerator: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran $\geq 80\%$ kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes* di dalam aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam Denominator: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran } \geq 80\% \text{ kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes* di dalam aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN

C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan (Wajaran 70%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
C1	Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 85\%$ ketepatan dokumentasi klinikal bagi diagnosis utama	
	Kriteria	Audit dan pelaporan berdasarkan Garis Panduan Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi.
	Kaedah Pengukuran	Numerator: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran $\geq 85\%$ ketepatan dokumentasi klinikal bagi diagnosis utama Denominator: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran } \geq 85\% \text{ ketepatan dokumentasi klinikal bagi diagnosis utama}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
C2	Peratus hospital yang mencapai sasaran $\geq 60\%$ kesempurnaan dokumentasi klinikal bagi diagnosis-diagnosis lain	
	Kriteria	Audit dan pelaporan audit berdasarkan Garis Panduan Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi.
	Kaedah Pengukuran	Numerator: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran $\geq 60\%$ kesempurnaan dokumentasi klinikal bagi diagnosis-diagnosis lain Denominator: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM yang mencapai sasaran } \geq 60\% \text{ kesempurnaan dokumentasi klinikal bagi diagnosis-diagnosis lain}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan } \textit{casemix}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
C3	**Peratus hospital yang mencapai sasaran ≤ 10 kes kematian darjah keterukan penyakit 1 (SOI 1) dalam setiap 1,000 kes discaj pulang ke rumah SOI 1	
	Kriteria	Jumlah kes-kes kematian SOI 1 dalam setiap 1,000 kes discaj pulang ke rumah SOI 1.
	Kaedah Pengukuran	Numerator: Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran ≤ 10 kes kematian SOI 1 dalam setiap 1,000 kes discaj pulang ke rumah SOI 1 Denominator: Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan <i>casemix</i> $\frac{\text{Bilangan hospital KKM dibawah seliaan yang mencapai sasaran } \leq 10 \text{ kes kematian SOI 1 dalam setiap 1,000 kes discaj pulang ke rumah SOI 1}}{\text{Jumlah hospital KKM dibawah seliaan yang melaksanakan casemix}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	BPP

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
C4	Pelaksanaan latihan kesedaran <i>casemix</i> kepada warga kerja hospital dan JKN anjuran JKN	
	Kriteria	- Latihan/ Taklimat anjuran JKN/ HKL berkenaan <i>casemix</i> (status semasa, hala tuju dan sebagainya) perlu disampaikan kepada warga kerja hospital dan JKN. Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan penganjuran latihan - latihan <i>casemix</i> negeri dan hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : - JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; - JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan - HKL
	Tatacara Pemarkahan	- Laksana (1 markah) - Tidak dilaksanakan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
C5	Pelaksanaan Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi anjuran JKN	
	Kriteria	Latihan/<i>refresher course</i> dokumentasi diagnosis klinikal dan penetapan kod klasifikasi anjuran JKN / HKL. Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan penganjuran latihan – latihan <i>casemix</i> negeri dan hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : - JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; - JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan - HKL

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan	• Laksana kedua-dua latihan (2 markah) • Laksana salah satu latihan (1 markah) • Tidak laksana (0 markah)
	Markah Maksimum	2 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN
C6	Pelaksanaan Latihan Penyelaras Casemix Hospital anjuran JKN	
	Kriteria	Latihan/<i>refresher course</i> kepada Penyelaras Casemix Hospital oleh JKN/HKL. Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan penganjuran latihan – latihan casemix negeri dan hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : • JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; • JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan • HKL
	Tatacara Pemarkahan	• Laksana (1 markah) • Tidak laksana (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ JKN	JKN



6. CASEMIX SCORECARD HOSPITAL



Indikator *Casemix Scorecard* Hospital terbahagi kepada:

A. Tadbir Urus (Wajaran 10%)

- A1. Pelantikan Penyelaras Casemix Hospital.
- A2. Pelantikan Jawatankuasa Casemix Hospital.
- A3. Pelaksanaan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Hospital.

(4 markah)

B. Pengurusan Data (Wajaran 20%)

- B1. Tarikh penghantaran laporan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi yang lengkap ke JKN.
- B2. Peratus kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes di aplikasi Sistem Maklumat Rawatan Pelanggan (SMRP) bagi perkhidmatan pesakit dalam.

(6 markah)

C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan (Wajaran 70%)

- C1. Peratus ketepatan dokumentasi klinikal bagi diagnosis utama.
- C2. Peratus kesempurnaan dokumentasi klinikal bagi diagnosis-diagnosis lain.
- C3. Pelaksanaan latihan kesedaran casemix kepada warga kerja hospital anjuran hospital.
- C4. Peratus Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan dan Pegawai Perubatan Siswazah) Yang Menghadiri Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal.

(13 markah)

A. Tadbir Urus (Wajaran 10%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
A1	Pelantikan Penyelaras Casemix Hospital	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Hospital bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Tatacara Pemarkahan	• Lantik (1 markah) • Tiada pelantikan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital
A2	Pelantikan Jawatankuasa Casemix Hospital	
	Kriteria	• Surat Pelantikan oleh Pengarah Hospital bersama terma rujukan; dan • Pelantikan masih sah tempoh (Lantikan 2 tahun sekali)
	Tatacara Pemarkahan	• Lantik (1 markah) • Tiada pelantikan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital
A3	Pelaksanaan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Hospital	
	Kriteria	• Pelaksanaan sekurang-kurangnya sekali setahun; • Boleh dilaksanakan bersama mesyuarat lain yang berkaitan;

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
		Nota: JKN dan hospital boleh menggabungkan Mesyuarat Jawatankuasa Casemix Negeri dan Hospital. Walau bagaimanapun <i>casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi : • JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; • JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan • HKL
	Tatacara Pemarkahan	• Laksana lebih dari sekali setahun (2 markah) • Laksana sekali setahun (1 markah) • Tidak melaksanakan (0 markah)
	Markah Maksimum	2 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital

B. Pengurusan Data (Wajaran 20%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
B1	Tarikh penghantaran laporan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi yang lengkap ke JKN	
	Kriteria	• Laporan audit yang lengkap dan mengikut format seperti tertera pada Garis Panduan Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi perlu dihantar ke JKN masing-masing selewat-lewatnya 31 Januari tahun berikutnya.

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
		Nota : Laporan audit bagi Hospital Tuanku Azizah dan Institusi Perubatan Respiratori perlu dihantar ke HKL.
	Tatacara Pemarkahan	- Dihantar pada tahun semasa audit (2 markah) - Dihantar pada Januari tahun berikutnya (1 markah) - Dihantar selepas 31 Januari tahun berikutnya (0 markah)
	Markah Maksimum	2 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital
B2	Peratus kes dialir masuk dalam aplikasi MyCMX berbanding jumlah kes* di aplikasi Sistem Maklumat Rawatan Pelanggan (SMRP) bagi perkhidmatan pesakit dalam	
	Kriteria	Kes dialir masuk dalam MyCMX berbanding jumlah kes* di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam. *(Ad-hoc query PER-PD301 dalam MyHDW)
	Kaedah Pengukuran	Numerator : Bilangan kes dialir masuk dalam MyCMX Denominator: Jumlah kes di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam (menggunakan Ad-hoc Query PER-PD301) $\frac{\text{Bilangan kes dialir masuk dalam MyCMX}}{\text{Jumlah kes di aplikasi SMRP bagi perkhidmatan pesakit dalam}} \times 100\%$

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital

C. Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan (Wajaran 70%)

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
C1	Peratus ketepatan dokumentasi klinikal bagi diagnosis utama	
	Kriteria	Audit dan pelaporan audit berdasarkan Garis Panduan Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi.
	Kaedah Pengukuran	<i>Numerator:</i> Bilangan ketepatan dokumentasi diagnosis utama <i>Denominator:</i> Jumlah sampel audit dokumentasi klinikal hospital. $\frac{\text{Bilangan ketepatan dokumentasi diagnosis utama}}{\text{Jumlah sampel audit dokumentasi hospital}} \times 100\%$

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital
C2	Peratus kesempurnaan dokumentasi klinikal bagi diagnosis-diagnosis lain	
	Kriteria	Audit dan pelaporan berdasarkan Garis Panduan Dokumentasi Diagnosis Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi.
	Kaedah Pengukuran	<i>Numerator</i>: Bilangan kesempurnaan dokumentasi diagnosis-diagnosis lain <i>Denominator</i>: Jumlah sampel audit dokumentasi hospital $\frac{\text{Bilangan kesempurnaan dokumentasi diagnosis-diagnosis lain}}{\text{Jumlah sampel audit Dokumentasi hospital}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital
C3	Pelaksanaan latihan kesedaran <i>casemix</i> kepada warga kerja hospital anjuran hospital	
	Kriteria	- Latihan/Taklimat anjuran hospital berkenaan <i>casemix</i> (status semasa, hala tuju dan sebagainya) perlu disampaikan kepada warga kerja hospital. Nota: - Penganjuran latihan-latihan <i>casemix</i> boleh dijalankan bersama secara kluster, walau bagaimanapun <i>Casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan; - JKN dan hospital boleh menggabungkan penganjuran latihan-latihan <i>casemix</i> negeri dan hospital. Walau bagaimanapun <i>Casemix Scorecard</i> perlu diisi secara berasingan. Ini hanya terpakai bagi: - JKN Perlis dan Hospital Tuanku Fauziah, Kangar; - JKWP Labuan & Hospital Labuan; dan - HKL
	Tatacara Pemarkahan	- Laksana (1 markah) - Tidak dilaksanakan (0 markah)
	Markah Maksimum	1 markah
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
C4	Peratus Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan dan Pegawai Perubatan Siswazah) Yang Menghadiri Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal	
	Kriteria	Kecuali Pegawai Perubatan Latihan Sangkutan kurang dari 6 bulan.
	Kaedah Pengukuran	Numerator : Bilangan Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan & Pegawai Perubatan Siswazah) Menghadiri Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal Denominator : Bilangan Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan & Pegawai Perubatan Siswazah) $\frac{\text{Bilangan Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan \& Pegawai Perubatan Siswazah) Menghadiri Latihan Dokumentasi Diagnosis Klinikal}}{\text{Bilangan Anggota Baru Melapor Diri Pada Tahun Semasa (Pegawai Perubatan \& Pegawai Perubatan Siswazah)}} \times 100\%$
	Tatacara Pemarkahan	• 90 – 100% (4 markah) • 80 – 89% (3 markah) • 70 – 79% (2 markah) • 60 – 69% (1 markah) • <60% (0 markah)
	Markah Maksimum	4 markah

SEKSYEN	PERKARA	TAFSIRAN
	Pemarkahan oleh BPP/ Hospital	Hospital

7. ANALISA PERMARKAHAN

BIL.	PERKARA	WAJARAN	JUMLAH MARKAH MAKSIMUM	
			NEGERI	HOSPITAL
A	Tadbir Urus	10%	16	4
B	Pengurusan Data	20%	6	6
C	Amalan Penambahbaikan Kualiti Berterusan	70%	16	13
JUMLAH		100%	38	23

8. KEPUTUSAN PEMARKAHAN

Prestasi *Casemix Scorecard* bagi negeri dan hospital akan dibentangkan pada Mesyuarat Jawatankuasa Pelaksana Casemix KKM setiap tahun.