



## Relazione sull'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG, versione 7.0 / 2018

- Sviluppo del Grouper
- Metodo di calcolo
- Cifre chiave per lo sviluppo del sistema

## Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 7.0 (dati del 2015) rispetto alla versione 6.0 (dati del 2014) della struttura tariffaria nell'ambito del processo di revisione.

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2015) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD10 GM 2014
- CHOP 2015

## 1. Sviluppo del Grouper

### 1.1 Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 7.0

La versione 7.0 della struttura tariffaria SwissDRG contiene sviluppi rilevanti dal punto di vista medico per nuove prestazioni, differenziazioni di prestazioni e remunerazioni supplementari. Come già fatto nelle versioni precedenti, è stata verificata la struttura SwissDRG per identificare i DRG che continuavano a mostrare un impiego di risorse disomogeneo. In ampie analisi si è cercato di riconoscere i separatori di costi (marcatori di un impiego di risorse più elevato), al fine di raggiungere una restrizione della definizione dei DRG e quindi una rappresentazione adeguata dei casi in questione.

Per quanto riguarda i principali sviluppi vanno menzionati soprattutto la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse, l'ampia revisione delle MDC 05, 17 e 22, il perfezionamento della matrice CCL nonché il miglioramento della rappresentazione dei casi di medicina intensiva in Intermediate-Care Unit (IMCU) e in unità di cure intensive (UCI) per neonati, bambini e adulti.

1. Terapia intensiva complessa (unità di cure intensive, UCI; Intermediate-Care Unit, IMCU, per neonati, bambini e adulti)

Indipendentemente dalla diagnosi principale, nella pre-MDC e nelle MDC per organi è stato verificato sistematicamente in che misura i punti risorse UCI o IMCU possono essere rivalutati come caratteristica distintiva ai fini del raggruppamento. In tal modo è stato possibile rappresentare in modo differenziato sia le degenze a lungo termine in UCI / IMCU sia le terapie a breve termine.

Con ciò è possibile rappresentare meglio mediante la versione 7.0 del sistema DRG i casi complessi e con grande assorbimento di risorse.

2. Ampia revisione delle MDC 05, 17, 22

MDC 05 «Malattie del sistema cardiovascolare»

Casi con contenuto simile sono stati finora raggruppati in diversi DRG di base, per es. angioplastiche coronariche, interventi di bypass coronarico. Analisi pluriennali hanno dimostrato che talvolta le condizioni di split non hanno funzionato da separatori di costi, perché mediante variazioni della codifica era possibile influenzare il raggruppamento dei casi. Il risultato è stata una remunerazione deficitaria in caso di prestazioni supplementari. Mediante un'ampia revisione di questa MDC, i casi di contenuto simile sono stati attribuiti allo stesso DRG di base, e le condizioni di split sono state

verificate e adeguate in caso di bisogno. Mediante creazione di DRG con numero di casi elevato è stato possibile rivalutare costellazioni di casi con grande assorbimento di risorse.

#### MDC 17 «Neoplasie ematologiche e solide»

Nella procedura di richiesta sono state presentate proposte per rivalutare determinate complicazioni dopo trattamenti chemioterapici. Tuttavia, le simulazioni di queste richieste non hanno portato a un miglioramento dell'efficacia della rappresentazione. Inoltre, alcuni DRG avevano un numero di casi molto esiguo, e trattamenti specifici impegnativi non hanno potuto essere rivalutati per via del numero di casi.

Per questo motivo è stata effettuata una revisione completa di questa MDC, con riduzione del numero di DRG operativi a favore della definizione di nuove condizioni di split. Casi nell'esplicito DRG di 1 giorno hanno potuto essere nuovamente differenziati in base all'età e al tipo di terapia. Sono stati rivalutati i casi con grande assorbimento di risorse con almeno due schemi chemioterapici in una degenza ospedaliera, nonché i trattamenti con costi molto elevati (per es. mucosite generalizzata, trattamento complesso di agenti patogeni multiresistenti).

#### MDC 22 «Ustioni»

Numerose analisi hanno evidenziato che nella MDC 22 vengono classificati anche interventi specifici secondari in seguito a ustioni. Dal momento che nell'assorbimento di risorse questi casi non sono paragonabili alle terapie acute in caso di ustioni, e quindi influenzano negativamente il cost-weight dei DRG, è stata condotta un'ampia revisione della MDC «Ustioni». Sistematicamente sono state rese più stringenti le condizioni di split e sono state adattate le tabelle delle procedure. È stato possibile rivalutare soprattutto le costellazioni impegnative, per es. gli interventi multipli, i ricoveri in reparto di terapia intensiva e i trapianti di cute impegnativi.

L'ampia rielaborazione delle MDC per organi ha portato a un miglioramento sostanziale della validità della rappresentazione e, contemporaneamente, sono stati ridotti al minimo i falsi incentivi relativi al raggruppamento e alla codifica dei casi.

## 1.2 Fondamenti per l'ulteriore sviluppo

L'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG si fonda sostanzialmente sui pilastri seguenti:

- verifica e simulazione delle richieste di sviluppi ulteriori da parte di SwissDRG;
- controllo delle domande che gli utilizzatori trasmettono annualmente e che riguardano un possibile bisogno di adattamento del Grouper;
- esame delle interrogazioni sui dubbi di codifica riguardo alla rilevanza per la struttura tariffaria DRG;
- ampie analisi e simulazioni proprie;
- suggerimenti dalla ristrutturazione di G-DRG.

Tutte le richieste inviate mediante la procedura di richiesta di sviluppo ulteriore sono state esaminate e ne è stata studiata l'applicabilità in ampie simulazioni.

## 1.3 Revisione della classificazione DRG

### 1.3.1 Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse, ristrutturazioni inter-MDC

- Un esame sistematico all'inizio dello sviluppo della versione 7.0 della struttura tariffaria ha mostrato che i casi impegnativi plausibili sono spesso associati a interventi multipli, terapia a pressione negativa di lunga durata, terapie intensive complesse in UCI o trattamenti in Intermediate Care (IMCU). Questi casi sono chiaramente deficitari.
- Sulla base di questa considerazione sono state portate a termine ampie ristrutturazioni in tutto il sistema, per rappresentare questi casi in modo differenziato.

### 1.3.2 Terapia a pressione negativa complessa

- Finora, la funzione «terapia a pressione negativa complessa» definiva un trattamento a pressione negativa continuo con sigillatura sotto vuoto di durata pari o superiore a 8 giorni, con applicazione o sostituzione di un sistema per la sigillatura a pressione negativa e operazioni specifiche in più tempi in quattro differenti giorni. Il fondamento della logica è l'esistente tabella inter-MDC - «Procedure OR specifiche» (con 6746 codici).
  - Per poter rappresentare adeguatamente tali casi con grande impegno di risorse è stato condotto un rafforzamento della tabella delle procedure utilizzata. È stata quindi creata una nuova tabella inter-MDC «Procedure OR specifiche senza interventi moderatamente complessi» (con 5558 codici).
  - Oltre alla funzione esistente «terapia a pressione negativa complessa I» è stata introdotta ora la funzione «terapia a pressione negativa altamente complessa II».
- A questa funzione vengono associati i casi con trattamento a pressione negativa continuo con sigillatura sotto vuoto di durata pari o superiore a 8 giorni, con applicazione o sostituzione di un sistema per la sigillatura a pressione negativa e operazioni specifiche in più tempi in otto giorni diversi (invece di «quattro giorni»).
- In tal modo i casi deficitari con terapia a pressione negativa altamente complessa vengono ora rivalutati nel DRG A43Z «Riabilitazione precoce per coma vigile e sindrome locked-in o terapia a pressione negativa altamente complessa o trattamento complesso IMC > 1764 / 1932 punti risorse».

### 1.3.3 Medicina intensiva in UCI / IMCU

- Esistono diverse costellazioni di casi in riferimento alla medicina intensiva in UCI / IMCU.
- Sull'intero sistema è stato condotto un esame delle seguenti costellazioni di casi:
  - assistenza principalmente in UCI o IMCU
  - assistenza in IMCU e UCI
  - degenza breve in UCI o IMCU; nessun trattamento principale

- I casi con numero elevato di punti risorse UCI nel DRG di base A07 non erano rappresentati adeguatamente.
- I casi con terapia intensiva complessa > 2940 / 3680 punti risorse sono stati integrati nella logica del DRG A07A e quindi rivalutati.
  
- I casi con trattamento complesso IMC sono sottorimunerati.
- I casi con trattamento complesso IMC > 1764 / 1932 punti risorse sono stati integrati nel DRG A43Z e quindi rivalutati.
  
- I casi con numero elevato di punti risorse per IMCU e i casi che soddisfano la condizione «procedure OR complesse» sono stati analizzati entro la MDC 01.
- È stata così condotta sia una rivalutazione dei casi pediatrici con elevato numero di punti (da 1176 punti risorse) IMCU nel DRG B90A sia una rivalutazione dei casi con la condizione «procedure OR complesse» nel DRG B90A.
  
- Le degenze brevi in reparto di terapia intensiva non sono rappresentate adeguatamente entro il DRG B20.
- Nel nuovo DRG B20A vengono rivalutati i casi UCI (> 196 / 184 punti risorse).
  
- È stato condotto un esame differenziato della validità di rappresentazione dei casi con degenze brevi in UCI / IMCU entro la MDC 03.
- Viene creato un nuovo DRG D37Z per casi intensivi con basso numero di punti risorse e vengono rivalutati i casi con la condizione «procedure OR complesse».
- I casi IMCU con > 196 / 184 punti risorse vengono attribuiti al DRG D15 e successivamente rivalutati nel DRG D15A.
- I casi di terapia intensiva complessa/IMCU con > 196 / 184 punti risorse vengono attribuiti al DRG D02A e quindi rivalutati.
  
- I casi con terapia intensiva complessa non sono rappresentati con sufficiente differenziazione nel DRG di base E36.
- La soglia di entrata per i casi UCI viene abbassata a > 196 / 184 punti risorse e i casi con > 392 / 552 punti risorse e «*procedure OR complesse*» vengono rappresentati in modo differenziato nei DRG E36A ed E36B.
- I casi UCI con > 196 / 184 punti risorse vengono attribuiti al DRG E36C.
  
- I casi con trattamento complesso IMC non sono rappresentati con sufficiente differenziazione nel DRG di base E90.
- La soglia di entrata per i casi con trattamento complesso IMC viene abbassata a > 196 / 184 punti risorse e i casi con > 392 / 552 punti risorse e «*procedure OR complesse*» vengono rappresentati in modo differenziato nei DRG E36A ed E36B.
- I casi con trattamento complesso IMC con > 196 / 184 punti risorse vengono attribuiti al DRG E90C.

- È stato condotto un esame differenziato della validità di rappresentazione dei casi con degenze brevi in UCI / IMCU entro la MDC 11.
- Viene istituito il nuovo DRG di base L37 per i casi di terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse.
- Nel DRG L37A si trova una rappresentazione differenziata dei casi con grande assorbimento di risorse sulla base della funzione «*procedure OR complesse*».

#### 1.3.4 Cellule staminali, allogenico

- I casi nel DRG di base A04 «Terapia con cellule staminali, allogenica» hanno costi disomogenei e le condizioni di split non sono più appropriate. Le analisi dei dati sui costi hanno evidenziato l'esistenza di un problema nel rilevamento dei costi di laboratorio per la preparazione in vitro.
- È stata condotta una revisione dei criteri di split che ha consentito di rappresentare i casi in modo appropriato nella versione 7.0.

#### 1.3.5 Cellule staminali, autologo

- Il DRG di base A15 «Terapia con cellule staminali, autologa» mostra una quantità di casi eterogenea.
- Sulla base dei dati relativi a prestazioni e costi dell'anno 2015 è stato possibile identificare nuovi criteri di split e quindi assegnare un rimborso più appropriato ai casi.

#### 1.3.6 Terapia con cellule staminali

- I codici delle procedure con la definizione «Terapia con cellule staminali, allogenica» sono inseriti nel DRG di base A15 «Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo».
- Attribuzione dei codici corretta dal punto di vista medico: casi con cellule staminali «allogeniche» nel DRG di base A04 «Trapianto di cellule staminali o trasfusione di cellule staminali, allogenico» e casi con cellule staminali «autologhe» nel DRG di base A15.
- Contemporaneamente, la denominazione del DRG è stata cambiata da «autogeno» ad «autologo». In ambito medico il termine «autologo» si è imposto negli ultimi anni quale denominazione corretta.

#### 1.3.7 Trapianto

- Il DRG A16A «Trapianto di intestino o pancreas» ha mostrato per anni un basso numero di casi. I costi di laboratorio elevati, necessari per la preparazione del tessuto pancreatico (cellule di Langerhans), non erano evidenti nei dati dei costi.
- Grazie a una fornitura di dati supplementare è stato ora possibile attribuire i casi con «trapianto di cellule di Langerhans» al DRG A16Z. Nella versione 7.0, i casi del DRG A16A «Trapianto di intestino o pancreas» sono raggruppati nel A02Z «Trapianto di rene e pancreas, o intestino».

### 1.3.8 Riabilitazione precoce

- Nel DRG A90B, i casi con una riabilitazione precoce a partire da 14 giorni di trattamento (senza MDC 01) non sono più rappresentati adeguatamente.
- È stata effettuata una inclusione di questi casi nel criterio di split per il DRG A90A e una rivalutazione dei casi con riabilitazione precoce a partire da 14 giorni di trattamento (senza MDC 01).

### 1.3.9 Radioterapia

- Fino alla versione 6.0 vi era un DRG proprio nella pre-MDC per i casi con > 20 sedute di irradiazione. I casi della MDC 01 rimanevano tuttavia esclusi. È stato constatato che con un basso numero di casi non è possibile un DRG proprio nella MDC 01.
- È stato condotto un adattamento della logica nel DRG di base A93, che ha consentito ora di raggruppare i casi della MDC 01 con > 8 sedute di irradiazione nel DRG di base A93. In questo modo è stato possibile ottenere una rivalutazione dei casi con > 20 sedute di irradiazione.

### 1.3.10 Sbrigliamenti estesi

- I casi con ampio sbrigliamento e interventi in più tempi mostrano costi molto elevati. Questi casi mostrano tuttavia costi troppo bassi per la funzione «terapia a pressione negativa complessa».
- È stata effettuata una inclusione dei codici con logica di interventi in quattro tempi e interventi specifici nei DRG I02B, J02B e Y02A.

### 1.3.11 Trattamento complesso di medicina palliativa

- Con i dati del 2015 sono state per la prima volta trasmesse a SwissDRG SA le informazioni su costi e prestazioni per il «trattamento complesso di medicina palliativa specializzato». Le analisi dei dati non hanno evidenziato una sottorimunerazione di questi casi nel DRG di base A97 rispetto al «trattamento complesso di medicina palliativa».
- Entrambi i codici rimangono equiparati nella versione 7.0 della struttura tariffaria e con ciò sono rappresentati adeguatamente.
- I casi con «trattamento complesso di medicina palliativa / specializzato > 7 giorni di trattamento e procedura complicante» hanno potuto essere rivalutati nel DRG A97C.

### 1.3.12 Trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso

- I casi con interventi complessi sulla colonna vertebrale e un trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso non sono più rappresentati adeguatamente nel DRG di base A95 inter-MDC.

- Nel DRG di base A95 «trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso da 7 giorni di trattamento» viene adeguata la logica, con esclusione di questi casi.
- Entro il DRG di base I06, i casi con «trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso da 14 giorni di trattamento» sono stati rivalutati nel DRG I06A.
- I DRG A95C «Trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso, da 14 giorni di trattamento» e A95E «Trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso, da 7 a 13 giorni di trattamento» mostrano una disomogeneità dei costi.
- Per entrambi i DRG l'indice di Barthel / FIM motorio con un corrispondente numero di punti elevato si è dimostrato un buon separatore di costi. Nel risultato, entrambi i DRG hanno subito uno split con il criterio «disturbo funzionale motorio grave».

### 1.3.13 Politrauma

- Nella versione 6.0, i pazienti politraumatizzati con un trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso venivano attribuiti al DRG di base A95 inter-MDC a causa del piccolo numero di casi.
- Un nuovo esame di questi casi ha messo in evidenza un numero di casi notevolmente superiore rispetto alle forniture di dati dell'anno precedente. I casi con politrauma e trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso con un intervento chirurgico sono raggruppati ora nella versione 7.0 nel DRG W02B «Politrauma con interventi specifici o riabilitazione geriatrica precoce da 14 giorni di trattamento» e i casi trattati con terapia prettamente conservativa nel DRG W61B «Politrauma senza interventi significativi con diagnosi complicante o riabilitazione geriatrica precoce da 14 giorni di trattamento».

### 1.3.14 Trattamento complesso di medicina complementare

- Il DRG A96Z mostra un insieme di casi con disomogeneità dei costi.
- È stato condotto uno split del DRG di base A96 nel DRG A96A «Trattamento complesso di medicina complementare, senza procedura OR, da 26 unità terapeutiche» e nel DRG A96B «..., da 10 unità terapeutiche».

### 1.3.15 Trattamento reumatologico complesso multimodale

- I casi con un trattamento reumatologico complesso da 14 giorni di trattamento sono raggruppati nel DRG di base A92 inter-MDC e i casi con un intervento supplementare sull'apparato locomotore nel DRG I97Z. I casi con un trattamento da 7 giorni sono sottorimunerati.
- Il codice 93.38.01 «Trattamento reumatologico complesso multimodale, da almeno 7 a massimo 13 giorni di trattamento» viene raggruppato ora nel DRG di base A92 e nel nuovo DRG I97B, per cui si ottiene una notevole rivalutazione di questi casi.



### 1.3.16 Malattie del sistema nervoso MDC 01

- Nel DRG B01Z è stato rilevato un gruppo di casi disomogeneo.
- I casi con procedure OR complesse in più tempi in associazione con un trattamento complesso in UCI sono ora raggruppati nel DRG B01A.
- Finora gli interventi sulla colonna vertebrale e sul midollo spinale erano rappresentati in due diversi DRG: B03Z e B18Z. I gruppi diagnostici non hanno però mostrato alcuna differenza significativa di costi e durata di degenza, per cui la fusione dei DRG consegue una rappresentazione dei casi omogenea e chiara.
- I casi dei DRG B03Z e B18Z sono stati raggruppati nel DRG di base B03. La differenziazione è stata condotta poi in base ai punti risorse UCI > 196 / 119 e IMCU > 184 / 196, nonché alla funzione «*procedure complicanti*».
- L'insieme dei casi in questi DRG ha mostrato una bassa omogeneità, per cui è stata studiata a questo proposito una migliore suddivisione/differenziazione dei gruppi diagnostici.
- La conseguenza è stata una ristrutturazione nel DRG B78 da un 1 giorno di degenza (B78D) e il DRG B78A con punti UCI/IMCU e uno split per età < 12 anni nel DRG B78B.
- Nel DRG di base B85 sono stati ora introdotti i punti UCI/IMCU per il raggiungimento del DRG B85A. Lo split per età < 16 anni porta al B85B e le diagnosi secondarie estremamente gravi o le diagnosi complicanti vengono raggruppate nel B85C.
- Sono stati esaminati di nuovo i casi del DRG di base B70 «Apoplessia», dato che i casi hanno mostrato costi disomogenei.
- I DRG B70A, C ed F sono stati integrati con codici per le limitazioni funzionali motorie gravi (indice di Barthel).

### 1.3.17 Malattie dell'occhio MDC 02

- Gli interventi bilaterali su ghiandole e vie lacrimali e le ricostruzioni nasali con una diagnosi principale della MDC 02 sono sottorimunerati.
- Questa costellazione di casi viene inclusa nel DRG di base C13 e poi usata come criterio di split per il DRG C13A.

### 1.3.18 Malattie di orecchio, naso, bocca e gola MDC 03

- I casi con impianto di endoprotesi dell'articolazione temporo-mandibolare non sono rappresentati adeguatamente.
- Queste procedure vengono incluse nella logica del DRG di base D01 e così rivalutate.

- I casi con valore PCCL estremamente grave non vengono rappresentati adeguatamente nel DRG di base D62.
- Viene fatta una rivalutazione di questi casi nel DRG D62A.

### 1.3.9 Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04

- Mediante abbassamento della soglia di entrata per le degenze brevi in UCI nel DRG di base E36 «Terapia intensiva complessa > 196 / 184 punti risorse» nonché per IMCU nel DRG di base E90 «trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse» si è ridotto l'insieme di casi del DRG di base E40 «Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con respirazione assistita > 24 ore o ARDS » a una grandezza di difficile calcolo.
- I casi con respirazione assistita > 24 ore sono raggruppati ora nel DRG di base E90 «Trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse o respirazione assistita > 24 ore». Il DRG E90Z è stato poi ben differenziato.
- I casi con ARDS sono raggruppati ora nel DRG di base E60 «Fibrosi cistica (mucoviscidosi) o altre malattie polmonari con degenza di valutazione prima del trapianto o ARDS».
- Il DRG di base E40 è stato cancellato.
- Le procedure condotte in più tempi non vengono rappresentate adeguatamente nella MDC 04.
- Tutti gli interventi in più tempi vengono ora attribuiti al DRG E33Z di nuova creazione «Procedure OR complesse in più tempi».
- Le valvole bronchiali vengono ora remunerate mediante remunerazioni supplementari, per cui è necessaria una verifica dell'attribuzione ai DRG.
- Viene effettuato uno spostamento dei casi con impianto di valvole bronchiali dal DRG di base E05 «Altri interventi maggiori al torace» al DRG E02B «Altre procedure OR sull'apparato respiratorio, età > 15 anni con intervento impegnativo sul bronco».
- Il codice CHOP 32.01.13 «Asportazione o distruzione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale, termoplastica della muscolatura bronchiale» non è finora rilevante per il raggruppamento. Si tratta tuttavia di una procedura impegnativa, che con ciò non è stata rappresentata adeguatamente.
- Il codice CHOP 32.01.13 viene attribuito al DRG di base E02 «Altre procedure OR sull'apparato respiratorio o intervento impegnativo sul bronco».
- I codici CHOP 79.19.1\* e 79.39.1\* (riduzione aperta o chiusa di frattura costale con fissatore interno) nella MDC 04 non sono finora rilevanti per il raggruppamento. I casi sono dunque inclusi nel DRG 901D «Procedura OR estesa non correlata con la diagnosi principale, età > 0 anni».

- È seguita l'inclusione dei codici per il trattamento di fratture costali nel DRG E02B «Altre procedure OR sull'apparato respiratorio, età > 15 anni con intervento impegnativo sul bronco».
- Dato il numero di casi elevato nel DRG di base E64 «Insufficienza respiratoria o embolia polmonare» i criteri di split non sono più efficaci.
- È stata condotta una revisione delle condizioni di split, è stato creato un DRG esplicito da 1 giorno di degenza ed è stata effettuata la rivalutazione di casi con «CC estremamente gravi» o con «procedure specifiche o età < 16 anni».
- I costi nel DRG di base E69 «Bronchite e asma bronchiale o disturbi e sintomi della respirazione» sono molto disomogenei. I criteri di split usati finora (bambini) non sono più efficaci.
- I casi con CC estremamente gravi e procedure specifiche sono stati rivalutati.

### 1.3.20 Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05

- I casi con equivalente impiego di risorse erano finora rappresentati in diversi DRG. DRG F36C «Terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse o respirazione assistita > 24 ore ed età < 10 anni o interventi vascolari complessi con macchina cuore-polmone o pompa cardiaca» e DRG di base F43 «Respirazione assistita > 24 ore per malattie e disturbi del sistema cardiovascolare».
- Sono stati condotti un ampliamento della definizione del DRG di base F36 con «terapia intensiva complessa > 196 / 360 punti risorse» e una rappresentazione di questo insieme di casi nel DRG F36D di nuova creazione. Le condizioni «respirazione assistita > 24 ore» ed «età < 10 anni» sono state cancellate dal DRG F36C. Il DRG di base F43 «Respirazione assistita > 24 ore per malattie e disturbi del sistema cardiovascolare» è stato eliminato e i casi sono stati rappresentati nel DRG di base F36. Con questa misura è possibile una remunerazione appropriata di questo insieme di casi.
- Secondo la segnalazione di un utilizzatore si è verificata una rappresentazione con disomogeneità dei costi per casi particolari con operazioni di bypass e protesi valvolare durante la degenza ospedaliera. Il raggruppamento dei casi avveniva, in base alla codifica, in diversi DRG di base (F03, F05, F06, F07 e F31), e portava a una sottorimunerazione di questa costellazione di casi.
- Durante lo sviluppo del sistema sono stati cancellati i DRG F05Z e F07Z. Oltre a ciò, è stata resa più stringente la definizione del DRG di base F31, in modo che qui non possano essere rappresentati casi con operazione di bypass. Grazie a queste misure è stato possibile raggiungere una rivalutazione di queste costellazioni di casi nei DRG di base F06 e F03 e una rappresentazione più chiara e con omogeneità di costi dei bypass e degli interventi di chirurgia valvolare a cuore aperto nei DRG menzionati.
- Determinati gruppi diagnostici con interventi di chirurgia cardiaca, rappresentati nei DRG di base F03 «Intervento sulle valvole cardiache con macchina cuore-polmone» e F06 «Bypass coronarico» hanno goduto di una remunerazione non adeguata in caso di impianto di pacemaker durante la stessa degenza ospedaliera, per es. il codice CHOP 37.8A.11 «Impianto di pacemaker a camera singola».

- Per rendere possibile una remunerazione adeguata, il contenuto delle condizioni di split dei DRG F06A, F03A e F03B è stato esteso con la condizione «impianto di pacemaker», in modo che questa costellazione di casi possa raggiungere un DRG con valutazione superiore.
- Secondo la richiesta degli utilizzatori, il gruppo diagnostico con sostituzione a cielo aperto di valvola cardiaca (per es. 35.22.21 «Sostituzione a cielo aperto di protesi valvolare aortica meccanica») e un nuovo intervento nello stesso campo operatorio (codice CHOP 37.99.80 «Reintervento su cuore e pericardio»), finora incluso nel DRG F03 «Intervento sulle valvole cardiache con macchina cuore-polmone», non era rappresentato in modo adeguato all'impegno di risorse.
  - Per raggiungere una remunerazione adeguata è stata creata una nuova condizione di split nei DRG F03A, F03B e F03C mediante la funzione «sostituzione a cielo aperto di valvola cardiaca», associata con il codice CHOP 37.99.80 «Reintervento su cuore e pericardio».
- Nel DRG F31Z «Altri interventi con macchina cuore-polmone», si trovava finora un insieme di casi con disomogeneità di costi, che rendeva difficoltosa una remunerazione corretta.
  - È stata quindi condotta una differenziazione di questo DRG di base nei DRG F31A «Altri interventi con procedure complicanti o età < 1 anno o intervento vascolare maggiore, e CC estremamente gravi», F31B «Altri interventi con procedure complicanti o età < 1 anno o intervento vascolare maggiore» e F31C «Altri interventi con macchina cuore-polmone». In tal modo è possibile una remunerazione appropriata e una rappresentazione con omogeneità di costi.
- Rappresentazione senza omogeneità di costi nel DRG di base F34 «Altri interventi maggiori di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone».
  - È stata condotta una differenziazione del DRG di base F34 mediante le condizioni di split «interventi in più tempi», rispettivamente con e senza malattie concomitanti estremamente gravi. In tal modo è possibile una remunerazione appropriata e una rappresentazione con omogeneità di costi.
- Durante lo sviluppo del sistema è emerso che nei DRG F98B «Impianto endovascolare di protesi valvolare cardiaca, età > 15 anni» e F98C «Ricostruzione endovascolare della valvola mitrale, età > 15 anni» erano rappresentati insieme di casi con equivalente impiego di risorse.
  - Il DRG F98C ha potuto quindi essere cancellato, con rappresentazione dell'insieme di casi in esso contenuti nel DRG F98B, consentendo di raggiungere una remunerazione appropriata e un aumento dell'omogeneità dei costi.
- L'insieme di casi con codice CHOP 37.8A.41 «Impianto di pacemaker senza sonda transvenoso» è stato finora rappresentato in modo inadeguato nel DRG di base F17 «Sostituzione di pacemaker cardiaco».
  - Il codice 37.8A.41 è stato inserito nella definizione del DRG di base F12 «Impianto di pacemaker cardiaco» e, inoltre, rivalutato nel DRG F12D «Impianto di pacemaker cardiaco con stimolazione bicamerale o sistema senza sonda», rendendo possibile sia una remunerazione appropriata sia una rappresentazione corretta dal punto di vista del contenuto.
- Nei DRG F51A «Inserzione endovascolare di stent nell'aorta toracica» e F51B «Inserzione endovascolare di stent nell'aorta con inserzione di stent complessi» erano rappresentati casi finora con lo stesso impiego di risorse.

- È stato condotto un raggruppamento dei casi con stent specifici nel DRG F51A «Inserzione endovascolare di stent nell'aorta toracica o inserzione di stent complessi», annullando il DRG F51B e riuscendo a raggiungere una maggiore omogeneità dei costi.
- Nel DRG di base F59 «Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi» era finora rappresentato un insieme di casi con disomogeneità dei costi. Inoltre, era presente una sovrapposizione della definizione con i DRG di base F14 «Interventi vascolari complessi o in più tempi eccetto interventi ricostruttivi maggiori con procedure complicanti o revisione o diagnostica complessa o età < 3 anni» e F54 «Interventi vascolari complessi o molteplici senza procedure complicanti, senza revisione, senza diagnostica complessa, età > 2 anni o interventi vascolari moderatamente complessi con diagnosi complicante, senza CC estremamente gravi, senza trombectomia rotazionale».
- Per migliorare la rappresentazione sono stati cancellati i DRG F14 e F54 e sono stati raggruppati i casi nel DRG di base F59. Durante lo sviluppo del sistema sono state adeguate le condizioni di split dei DRG menzionati, rendendo possibile una rappresentazione con maggiore omogeneità dei costi nel DRG di base F59.
- I casi con ossigenoterapia iperbarica, descritti con i codici CHOP 93.95.\*, non erano finora rappresentati in modo appropriato.
- Durante lo sviluppo del sistema è stata condotta una rivalutazione dei casi con l'aggiunta di una nuova condizione di split nel DRG di base F13 «Amputazione per malattie circolatorie dell'arto superiore e delle dita del piede o miscelanea di interventi per diabete mellito con complicazioni», in modo da consentire un raggruppamento nei DRG F13A e F13B.
- Casi con contenuto simile erano rappresentati in diversi DRG: F15Z «Angioplastica coronarica percutanea con procedure complicanti o diagnostica cardiologica invasiva, più di 2 giorni di degenza, con procedure complicanti o endocardite», F24A/B «Angioplastica coronarica percutanea (PTCA) con diagnostica complessa e intervento altamente complesso o con angioplastica percutanea», F52A/B «Angioplastica coronarica percutanea con diagnostica complessa o con brachiterapia intracoronarica», F56A/B «Angioplastica coronarica percutanea con intervento altamente complesso», F57A/B «Angioplastica coronarica percutanea con intervento complesso» e F58Z «Altra angioplastica coronarica percutanea». In questo modo i DRG di base con differenziazione secondo altro intervento e intervento complesso e altamente complesso non hanno rappresentato in modo appropriato le differenze di costo.
- Durante lo sviluppo del sistema è stato raggruppato di nuovo l'intero insieme di casi dei DRG descritti. Nel fare ciò sono stati cancellati i DRG di base F15, F52, F56, F57 e F58 e l'insieme dei casi è stato raggruppato nel DRG di base revisionato F24 «Angioplastica coronarica percutanea» con una differenziazione in F24A-F. Questo rende possibile una rappresentazione più chiara e con maggiore omogeneità dei costi per questi casi.
- In diversi DRG era finora rappresentato un insieme di casi con contenuto simile: F61A «Endocardite infettiva con diagnosi complicante o procedura complicante» e F15Z «Angioplastica coronarica percutanea con procedure complicanti o diagnostica cardiologica invasiva, più di 2 giorni di degenza, con procedure complicanti o endocardite».
- Per l'adeguata rappresentazione di questo insieme di casi è stato ampliato il DRG F61A con la condizione di split «diagnostica cardiologica invasiva», per rendere possibile un raggruppamento dell'insieme di casi del DRG F15 eliminato (vedi punto precedente).

- Nella richiesta di un utilizzatore è stato segnalato un insieme di casi con procedure specifiche che era sottorimunerato in determinati DRG della MDC 05.  
Le procedure definite con i codici CHOP 37.2A.11 «Diagnostica per immagini endovascolare di vasi coronarici tramite ultrasuoni», 37.2A.12 «Diagnostica per immagini endovascolare di vasi coronarici tramite tomografia ottica a coerenza di fase», 37.2A.21 «Diagnostica coronarica endovascolare invasiva tramite catetere, misurazione di pressione» erano finora raggruppate nel DRG F49F «Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto, un giorno di degenza».
- Ora il raggruppamento viene fatto nel DRG F49E «Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto, 2 giorni di degenza o procedure specifiche» invece che nel DRG F49F. Inoltre, le procedure nel DRG F24A sono rilevanti come condizione di split.  
Un'altra rivalutazione delle procedure 37.2A.11 e 37.2A.12 è stata effettuata nel DRG F24C, mentre in questo caso la procedura 37.2A.21 non si è dimostrata un separatore di costi rilevante.
- Durante lo sviluppo del sistema è risultato evidente che in diversi DRG di base era rappresentato un insieme di casi simile:  
F65 «Malattie vascolari periferiche con diagnosi complessa e CC estremamente gravi» e F75 «Altre malattie del sistema cardiovascolare o intervento vascolare».
- L'insieme di casi è stato raggruppato nel DRG di base F75 «Altre malattie del sistema cardiovascolare o intervento vascolare». È stata condotta in aggiunta un'ulteriore differenziazione del DRG di base F75 in F75A: casi con terapia intensiva complessa > 184 punti risorse, F75B: CC estremamente gravi, F75C: età < 18 anni e F75D: età > 17 anni. In tal modo è possibile una remunerazione appropriata e differenziata dell'insieme di casi.
- Nel DRG di base F50 «Misure ablative per tachiaritmia» si trovava finora un insieme di casi con disomogeneità dei costi che rendeva difficile una remunerazione corretta di questi casi.
- Per correggere questa situazione è stata effettuata durante lo sviluppo del sistema una ristrutturazione complessa del DRG F50. L'insieme di casi è stato differenziato in F50A-E in base a età < 16 anni, intervento transettale o ablazione nel ventricolo o atrio sinistro, comprese le vene polmonari, con o senza procedure complicanti. Di conseguenza si è osservato un aumento dell'omogeneità dei costi e un miglioramento della situazione della remunerazione.
- In due diversi DRG di base erano rappresentati insiemi di casi di contenuto simile: F46 «Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto, più di 2 giorni di degenza, con diagnostica complessa» e F49 «Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto».
- Di conseguenza è stato possibile cancellare il DRG di base F46 e raggruppare l'insieme di casi nel DRG di base F49 mediante ampliamento della condizione di split «diagnostica complessa». In tal modo si ottiene una rappresentazione più chiara e meglio differenziata dei casi.

### 1.3.21 Malattie dell'apparato digerente MDC 06

- La revisione delle «erniotomie» del DRG di base G09 nella versione 6.0 ha portato a sovrapposizioni contenutistiche con il DRG di base G08 «Ricostruzione complessa della parete addominale». La rappresentazione degli interventi con «trapianto» si è dimostrata inappropriata.

- I casi del DRG di base G08 sono stati integrati nel DRG di base G09. Grazie a ulteriori split con la condizione «erniotomia con trapianto» è stato possibile rivalutare questi casi e quindi rappresentarli in modo appropriato.
- I casi con «diagnosi complicanti» non sono rappresentati in maniera adeguata nel DRG di base G02 «Interventi su intestino tenue e crasso...».
- È stata condotta l'inclusione di 11 diagnosi del settore delle malattie del tratto gastrointestinale quali per es. il codice ICD K50.0 «Morbo di Crohn dell'intestino tenue» nella esistente tabella «diagnosi complicanti» del DRG G02A, ottenendo una rappresentazione appropriata e quindi una migliore rappresentazione e rivalutazione di queste costellazioni di casi.
- I casi che mostravano una diagnosi principale della MDC «Malattie e disturbi dell'apparato digerente» associata a una colecistectomia pregressa erano finora rappresentati nella MDC 06 in modo inappropriato.
- È stata condotta l'inclusione di tutti i codici di procedure per l'esecuzione di una colecistectomia nel DRG di base G12 «altre procedure OR sull'apparato digerente», in modo che queste costellazioni di casi siano ora rappresentate adeguatamente nella MDC 06.
- Fino alla versione 6.0, le gastroscopie erano rappresentate in diversi DRG di base:  
G46 «Gastroscopia per malattie gravi dell'apparato digerente o gastroscopia per malattie non gravi...»  
G47 «Altra gastroscopia per malattie gravi dell'apparato digerente senza CC estremamente gravi o gravi o gastroscopia...»  
G50 «Gastroscopia senza gastroscopia poco complessa per malattie non gravi dell'apparato digerente...»
- Questa suddivisione era in parte poco chiara e, d'altra parte, non erano evidenti differenze di costi significative che avrebbero giustificato una suddivisione in tre diversi DRG di base.
- I tre DRG di base sono stati fusi nel DRG di base G46 e i DRG G47 e G50 sono stati cancellati. Inoltre, sono stati condotti una revisione e un adeguamento delle condizioni di split, per cui ora tutti i casi del settore della gastroscopia sono rappresentati con chiarezza e in modo appropriato.
- Casi di contenuto simile erano rappresentati nei diversi DRG di base G67 «Miscellanea di malattie dell'apparato digerente o emorragia gastrointestinale... o ulcera peptica...» e G73Z «Emorragia gastrointestinale o ulcera peptica...».
- Il DRG G73Z è stato condensato nel DRG di base G67 e il criterio di split per il DRG G67A è stato integrato con «altre diagnosi complicanti e terapia intensiva complessa > 196 / 119 o trattamento complesso IMC > 196 / 184». In questa maniera è stata ottenuta una rappresentazione chiara dei casi nel sistema.
- Sempre ai fini di una migliore chiarezza e a causa di mancanza di differenze di costi sono stati verificati e aggiornati i gruppi diagnostici dei DRG seguenti:  
G65Z «Ostruzione del tratto digerente»  
G66Z «Dolore addominale o...»



G72A/B «Altre malattie da lievi a moderate dell'apparato digerente o dolore addominale...»

- È stata condotta una condensazione dei DRG G65Z e G66Z nel DRG di base G72 revisionato. Le condizioni di split sono state ora di conseguenza ben differenziate con più di 1 giorno di degenza, CC estremamente gravi o gastroscopie/colonscopie.

### 1.3.22 Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07

- I casi con un intervento su cistifellea e vie biliari sono stati finora rappresentati nei diversi DRG di base H02 e H05.
- I gruppi diagnostici sono stati ora raggruppati nel DRG di base H05 e il DRG H02 è stato cancellato. È stato condotto uno split per gli interventi più complessi.
- Fino alla versione 6.0, i casi con «colecistectomia a cielo aperto» o «colecistectomia laparoscopica» sono stati rappresentati nei DRG di base H07 e H08. Gli interventi complessi non hanno potuto essere rivalutati per il numero esiguo di casi.
- I casi vengono raggruppati nel DRG di base H07, mentre il DRG H08 è stato cancellato. Come criterio di split sono state considerate diverse diagnosi (per es. neoplasie maligne) e procedure (per es. ERCP) aggravanti.
- Nei DRG H40Z «Interventi endoscopici per sanguinamento da varici esofagee» e H60Z «Cirrosi epatica ed epatite non infettiva specifica con CC estremamente gravi» sono stati evidenziati casi simili. Oltre a ciò, il DRG H40Z aveva un numero di casi molto basso, per cui si è resa necessaria una revisione.
- Il risultato è stata una condensazione del DRG H40Z nel DRG di base H60, che è stato complessivamente rielaborato. Sono state condotte una differenziazione dei casi in base a più di 1 giorno di degenza e una rivalutazione dei casi con punti UCI/IMCU o con diagnosi secondarie estremamente gravi.

### 1.3.23 Malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo MDC 08

- I casi con intervento all'anca e contemporaneo intervento su altre localizzazioni non sono più remunerati appropriatamente nel DRG di base I08 «Altri interventi su anca e femore... con intervento sugli arti superiori o sulla colonna vertebrale».
- La funzione «intervento su localizzazioni multiple» è stata eliminata dal DRG di base I08 ed è stata inclusa nella condizione di split per il DRG I46A «Impianto, sostituzione o revisione di una protesi dell'anca con CC estremamente gravi o intervento su localizzazioni multiple». In tal modo si ottiene nella versione 7.0 una rappresentazione adeguata di questi casi.
- Il codice 78.49.72 «Ricostruzione complessa della colonna vertebrale (per es. per scoliosi) mediante impianto di barre dinamiche» non è finora rappresentato adeguatamente nella MDC 08.



- I casi mostrano costi di entità simile a quelli del codice 78.41.30 «Altri interventi di riparazione o plastica... Impianto di protesi verticali espandibili in titanio (VEPTR)». Entrambi i procedimenti rappresentano un intervento complesso dal punto di vista medico.
- Viene effettuata una parificazione dei due codici impegnativi nei DRG I06B «Interventi complessi alla colonna vertebrale con intervento di correzione molto complesso...» e I09D «Fusione vertebrale complessa o diagnosi specifica o intervento complesso...».
  
- La rappresentazione dei casi con monitoraggio intraoperatorio nell'ambito degli interventi alla colonna vertebrale non è appropriata.
- È stata condotta l'inclusione dei codici con un monitoraggio intraoperatorio da 4 ore di durata come condizione di split nei DRG I06B e I09D.
  
- Le diagnosi «neoplasia del midollo spinale / colonna vertebrale» non sono rappresentate in modo appropriato nel DRG di base I10 «Altri interventi sulla colonna vertebrale o trazione con dispositivo Halo».
- I casi sono stati inclusi nel DRG I10B «Altri interventi sulla colonna vertebrale con intervento specifico o trazione con dispositivo Halo o età < 16 anni o diagnostica complessa».
  
- Il DRG di base I33 «Ricostruzione di deformità delle estremità» mostra da anni un piccolo numero di casi con sovrapposizioni di contenuto rispetto al DRG di base I11 «Interventi di allungamento di un arto».
- Il DRG di base I33 è stato condensato nel DRG I11. In base al nuovo insieme di casi è stato possibile introdurre uno split nel DRG I11Z con la condizione «età > 18 anni».
  
- I codici 78.50.2F/-2G «Osteosintesi con sistema interno di allungamento o trasporto osseo (non motorizzato...)» e 84.53.10/-11 «Impianto di sistema interno di allungamento o trasporto di ossa (non) motorizzato» sono da considerarsi come doppioni. I codici erano finora rappresentati nel sistema in modo diverso.
- I codici sono stati parificati nel DRG di base I11.
  
- Le procedure meno impegnative non sono rappresentate adeguatamente nel DRG I12B «Infezione / infiammazione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC gravi o revisione del ginocchio».
- Sono stati condotti ampi aggiornamenti delle tabelle nel DRG I12B, rendendo più stringente la logica del DRG.
  
- È stata presentata una richiesta di rivalutazione della ricostruzione della cuffia dei rotatori con intervento su uno o più tendini nonché per la rappresentazione dei casi con impianto di patch.
- Una differenziazione degli interventi sui tendini non è possibile, poiché non sono presenti codici corrispondenti nel catalogo CHOP. Con la circolare dell'UST del 2017 è stato pubblicato un elenco di FAQ sulla codifica degli interventi sui tendini della cuffia dei rotatori.
- Il DRG di base I29 «Interventi complessi su scapola, clavicola, coste o spalla» è stato conseguentemente ristrutturato, mentre gli interventi su un tendine sono rappresentati nei DRG I29B e I29C e gli interventi su diversi tendini sono rappresentati nel DRG I29A.

- Gli impianti di patch non sono valutabili, perché questa prestazione non è rappresentata nel catalogo CHOP.
- La remunerazione dei casi con il codice 78.69.61 «Rimozione di materiale di osteosintesi dalla colonna vertebrale» non rispecchia l'assorbimento di risorse.
- Per questi casi è stato incluso uno split aggiuntivo con un ulteriore DRG entro il DRG di base I23 «Interventi specifici eccetto che su anca e femore».
- Casi specifici nel DRG di base I05 «Sostituzione articolare o revisione agli arti superiori» non sono rappresentati adeguatamente.
- I codici 81.56 «Sostituzione totale della tibiotarsica» e 81.59.11 «Revisione e sostituzione di endoprotesi della caviglia» sono stati inclusi nel DRG I20A «Interventi sul piede con interventi multipli altamente complessi o con intervento altamente complesso con diagnostica complessa, più di un giorno di degenza». In tal modo è stata raggiunta una rappresentazione corretta dal punto di vista medico e un'attribuzione appropriata dei casi.
- I casi nel DRG di base I20 «Interventi al piede» non sono omogenei dal punto di vista dei costi. Le analisi dimostrano una percentuale elevata di casi con un giorno di degenza.
- È stato possibile calcolare un nuovo DRG I20G «Interventi al piede, un giorno di degenza».
- Il codice diagnostico Q70.9 «Sindattilia» non fa differenze basate sulla localizzazione (piede, mano). Per questo motivo i casi sono spesso raggruppati in un DRG non corretto dal punto di vista medico.
- È stata creata una nuova logica nei DRG di base I20 «Interventi al piede...» e I32 «Interventi sulla mano...» con i codici ICD per malformazioni congenite e le procedure «Intervento per sindattilia/polidattilia alla mano o al piede». In tal modo i casi risultano rappresentati correttamente.
- Nel DRG di base I32 «Interventi su polso e mano» si rileva un insieme di casi non omogeneo.
- Sono state condotte ampie correzioni delle tabelle nel DRG di base I32. Oltre a ciò, il DRG I32D è stato condensato nel DRG I32C. Mediante restrizione delle logiche è stato possibile raggiungere una rappresentazione appropriata dei casi.
- I casi con i codici 81.90.10 /-.20 «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, per via artroscopica / chirurgico a cielo aperto» sul ginocchio non sono rappresentati adeguatamente. La preparazione in laboratorio mostra costi molto elevati.
- Per l'utilizzo di questa procedura sul ginocchio in associazione con costellazioni specifiche viene stabilito un compenso supplementare previa garanzia dell'assicuratore.
- L'intervento viene rappresentato adeguatamente nel DRG I18A «Artroscopia... o altri interventi su ossa o articolazioni, con intervento specifico o età < 16 anni».
- L'insieme dei casi nel DRG I44Z «Impianto, sostituzione o revisione parziale di endoprotesi del ginocchio» ha presentato costi disomogenei nei dati del 2015.

- La logica nel DRG di base I44 è stata ampliata con il criterio «...o rimozione di endoprotesi», e in aggiunta è stato introdotto lo split del DRG I44Z nel DRG I44A «Impianto nella sostituzione di una componente di endoprotesi del ginocchio».

### 1.3.24 Malattie della pelle e della mammella MDC 09

- Il DRG J26Z «Chirurgia plastica della mammella con trapianto di pelle complesso o interventi maggiori sulla mammella per neoplasie maligne con intervento complesso» presenta una grande disomogeneità dei costi a causa del basso numero di casi.
- I casi del DRG J26Z sono stati inclusi nella logica del DRG di base J01 «Trapianto di tessuto con anastomosi microvascolare per neoplasie maligne della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella o intervento complesso».
- È stata condotta una rivalutazione di interventi complessi grazie alla nuova definizione della condizione di split del DRG J01A «Trapianto di tessuto con anastomosi microvascolare per neoplasie maligne della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella con procedura bilaterale o intervento complesso».
- Il DRG J26Z è stato poi cancellato.

### 1.3.25 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10

- I casi con dissezione bilaterale del collo non vengono rappresentati in modo differenziato nel DRG K14Z.
- Il DRG K14Z viene sottoposto a split sulla base della condizione «*interventi bilaterali*». Le impegnative dissezioni bilaterali del collo vengono rappresentate in modo appropriato nel DRG K14A.

### 1.3.26 Malattie degli organi urinari MDC 11

- Il trattamento per «iperparatiroidismo» a seguito di un'insufficienza renale con necessità di dialisi non è finora rappresentato nella MDC 11.
- È stata effettuata l'inclusione della procedura «paratiroidectomia» nel DRG di base L04.
- Ricostruzioni plastiche specifiche non sono rappresentate adeguatamente nel DRG L08Z.
- Il DRG L08Z subisce uno split e gli interventi complessi sull'uretra vengono rivalutati.
- L'ureterorenoscopia con/senza litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL) è rappresentata in diversi DRG di base:  
DRG L19 «Interventi transuretrali... ureterorenoscopiae complesse con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL)...»

DRG L20 «Interventi transuretrali... ureterorenoscopiae complesse senza litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL)»

- Il DRG L19Z viene raggruppato nel DRG di base L20 revisionato e si include la ESWL come criterio di split nel DRG L20B «... ureterorenoscopiae complesse con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL)...».
- Il DRG L72A ha un numero molto scarso di casi. I costi entro il DRG sono disomogenei e variabili in base all'FFP utilizzato.
- I DRG L72A/B vengono condensati e il compenso supplementare «Plasmaferesi terapeutica, con fresh frozen plasma (FFP)» viene valutato in modo differenziato.

### 1.3.27 Malattie dell'apparato genitale femminile MDC 13

- Una disomogeneità dei costi era presente nel DRG di base N01 «Eviscerazione pelvica nella donna, vulvectomia radicale, isterectomia specifica...».
- È stata condotta una ristrutturazione complessa della logica del DRG di base N01 nonché un ampliamento dei criteri di split per i DRG N01A e N02B con la condizione «terapia intensiva complessa > 119 punti risorse».
- I casi con contenuto simile vengono rappresentati in diversi DRG di base: N02 «*Interventi su utero e annessi per neoplasia maligna dell'ovaio e degli annessi*» e N03 «Interventi su utero e annessi per neoplasia maligna di altri organi».
- È stato condotto un ampliamento della logica del DRG di base N02 con «*altra neoplasia maligna dell'apparato genitale femminile*».
- Il DRG di base N02 viene differenziato con ulteriori criteri di split, e il DRG di base N03 viene successivamente cancellato.
- Esiste un insieme di casi in comune nei DRG N14Z «*Isterectomia con plastica del pavimento pelvico eccetto che per neoplasie maligne... o brachiterapia per malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile...*», N04Z «*Isterectomia eccetto che per neoplasie maligne*» e N16Z «*Radioterapia per malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile...*».
- Vengono condotte le ristrutturazioni seguenti: in futuro i casi operatori vengono raggruppati nel DRG di base N04 e i casi con «brachiterapia» nel DRG N16Z. Il DRG N14Z viene cancellato.
- Gli interventi ricostruttivi in caso di leiomiomi all'utero con i codici ICD D25.\* non sono rappresentati adeguatamente nel DRG N23Z.
- Queste costellazioni di casi vengono rappresentate separatamente e quindi rivalutate nel DRG N23A.

### 1.3.28 Gravidanza, parto e puerperio MDC 14

- Gli interventi fetali sono ora rappresentabili in modo differenziato con i codici 75.E\* «*Interventi fetali chirurgici a cielo aperto*» della CHOP 2015.
- È stato creato un nuovo DRG O01A «...o terapia intrauterina complessa del feto» per la rappresentazione di questi interventi altamente specializzati.

### 1.3.29 Neonati MDC 15

- Entro la MDC 15 è difficoltosa la differenziazione dei casi in base alle diagnosi secondarie. Le ore di respirazione assistita sono particolarmente indicative di un elevato assorbimento di risorse. I casi impegnativi con degenza in UCI / IMCU sono stati esaminati in maniera differenziata.
- I casi con peso all'ammissione pari a 1000 - 1499 g e degenza in UCI / IMCU vengono inclusi nella logica dei DRG di base P03 e P63, e quindi rappresentati in modo differenziato.
- I casi con peso all'ammissione pari a 1500 - 1999 g e degenze in UCI vengono inclusi nella logica del DRG di base P04 e quindi rivalutati.
- I casi con i codici CHOP 99.22.11 «*Iniezione di sostanza antiinfettiva, fino a 3 giorni*» e 99.22.12 «*Iniezione di sostanza antiinfettiva, da 4 a 7 giorni*» non sono rappresentati in modo appropriato nel DRG di base P67.
- I codici vengono inclusi nei DRG P67B e P67C e questo trattamento viene di conseguenza rivalutato.
- Nel corso della revisione annuale vengono esaminate per eventuali correzioni le funzioni seguenti: «problema grave nel neonato» e «altro problema nel neonato».
- Vengono eliminati i codici ICD seguenti: Q71.3 «Assenza di mano o dito(a)», Q71.9 «Malformazione per difetto dell'arto superiore non specificata» e K07.1 «Anomalie del rapporto tra mascellare e base del cranio».

### 1.3.30 Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16

- I casi nel DRG di base Q60 «Malattie del sistema reticoloendoteliale e immunitario e disturbi della coagulazione» hanno costi molto disomogenei. Il criterio di split usato «età < 16 anni» non si dimostra più un separatore di costi efficace.
- Il DRG di base Q60 è stato completamente revisionato. «Lesioni della milza o casi con procedure complicanti» sono stati rivalutati. Inoltre, hanno potuto essere identificati casi con «diagnostica complessa o CC estremamente gravi, e più di un giorno di degenza» come ulteriore separatore di costi efficiente.

### 1.3.31 Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

- Nella partizione medica, i DRG non sono differenziati coerentemente in base alla chemioterapia complessa a causa del numero di casi troppo basso. È stata presentata in aggiunta una richiesta di differenziazione nei DRG di base secondo il grado di gravità delle complicazioni dopo la chemioterapia (agranulocitosi, setticemia, mucosite generalizzata ecc.). Oltre a ciò, i casi nel DRG da 1 giorno di degenza avevano costi disomogenei.
- Nella partizione operatoria, 9 DRG di base (R01, R02, R04, R07, R11, R12, R13, R14, R16) rappresentano gli interventi chirurgici o la radioterapia, tuttavia anche in questo caso senza differenziazione riguardo alla chemioterapia portata a termine. Oltre a ciò, le tabelle delle procedure avevano in parte uno scarso potere separatore.
- Inoltre, alcuni DRG avevano un numero di casi molto esiguo, e trattamenti specifici impegnativi non potevano essere rivalutati per via del numero di casi.
- Tuttavia, le simulazioni di queste richieste non hanno portato a un miglioramento dell'efficacia della rappresentazione. Per garantire una remunerazione appropriata di determinati casi è stata quindi condotta una revisione completa di questa MDC.
- Nella MDC 17 è stato creato il DRG di base R50 «Chemioterapia altamente complessa, due schemi terapeutici» per tutte le neoplasie ematologiche / solide.
- Sono stati identificati i casi con grande assorbimento di risorse tramite le diagnosi secondarie complesse, per es. malattia veno-occlusiva, mucosite generalizzata, sindrome di Lyell, punti risorse UCI e diagnosi principali specifiche (leucemia mieloide acuta) e si è proceduto alla loro rivalutazione.
- Oltre a ciò, sono stati revisionati i DRG di base R60, R61, R62 e R63.
- È seguita l'inclusione e quindi la rivalutazione dei casi con il codice CHOP 99.A0.1\* «Diagnostica complessa per malattie ematologiche maligne» nei DRG di base R61 e R63.
- Si è operata una rappresentazione differenziata dei casi con chemioterapia nei DRG di base R60, R62 e R63.
- È stata condotta una rivalutazione dei casi con diagnosi secondarie complesse nei DRG di base R60, R61, R62 e R63 e con punti risorse UCI nel DRG di base R61.
- Nel DRG di base R01 sono stati raggruppati tutti i casi operatori. Allo stesso modo sono stati attribuiti a questo DRG di base i casi con trattamento complesso di agenti patogeni multiresistenti da 14 giorni di trattamento per tutte le neoplasie ematologiche / solide della MDC 17.
- È stata realizzata una successiva differenziazione del DRG di base R01 attraverso: chemioterapia altamente complessa, interventi complessi / procedure complicanti, punti risorse UCI nonché età e PCCL.
- Per ultimo è stata effettuata una differenziazione del DRG di base da 1 giorno di degenza R65 «Neoplasie ematologiche e solide, 1 giorno di degenza». Sono stati rivalutati casi in base a età < 18 anni e procedure specifiche.

### 1.3.32 HIV MDC 18A

- Durante lo sviluppo del sistema è stata rilevata una scarsa omogeneità dei costi nei DRG di base S64 e S63, con insieme di casi dal contenuto simile in entrambi i DRG di base.
- Nel corso dello sviluppo è stato possibile cancellare il DRG S64 e integrare l'insieme di casi nel DRG di base S63. La condizione di split del DRG S63A è stata ampliata con «infezioni gravi».

### 1.3.33 Malattie infettive e parassitarie MDC 18B

- Il DRG di base T60 «Setticemia» mostra una evidente disomogeneità dei costi. È necessaria l'identificazione di separatori di costi efficaci, dato che soprattutto i casi con PCCL > 3 sono deficitari. Problematica è tuttavia la definizione di setticemia utilizzata attualmente e la sua codifica, per cui è raccomandabile un rafforzamento di questa definizione.
- È stata effettuata una rivalutazione dei casi con terapia intensiva complessa > 196 / 184.
- La tabella per le diagnostiche complesse è stata rafforzata (per es. con i codici ICD T86.09 «Graft-versus-host-disease, non specificato» e T86.12 «Ripresa ritardata della funzionalità dopo trapianto»).
- Inoltre, è stato creato un DRG esplicito da 1 giorno di degenza.
- Si è resa necessaria una verifica dell'unico criterio di split «età < 16 anni» nel DRG di base T64 «Altre malattie infettive e parassitarie».
- È stata condotta una rivalutazione dei casi con diagnostica complessa (per es. agranulocitosi; stato dopo trapianti o diagnosi di malattia di Lyme). Oltre a ciò, è stata effettuata una restrizione del limite di età a «età < 6 anni».

### 1.3.34 Uso di alcool e droghe MDC 20

- Il DRG di base V60 «Intossicazione e astinenza da alcool o disturbi indotti da abuso e dipendenza da alcool» mostra una considerevole disomogeneità dei costi.
- È stata condotta una rivalutazione dei casi con punti risorse UCI nel DRG V60A «Intossicazione e astinenza da alcool o disturbi indotti da abuso e dipendenza da alcool con sindrome psicotica, disassuefazione qualificata o malattia da HIV, più di un giorno di degenza, o terapia intensiva complessa > 196 / 184 punti risorse».

### 1.3.35 Politrauma MDC 21A

- È risultato che nel DRG di base W60 «Politrauma, decesso < 5 giorni dopo l'ammissione» erano presenti costellazioni di casi specifiche con disomogeneità dei costi.
- È stato condotto uno split del DRG W60Z con la condizione «... e terapia intensiva complessa > 196 / 119 punti risorse». In questo DRG si ha ora una rappresentazione differenziata dei casi con grande assorbimento di risorse.

### 1.3.36 Traumatismi, avvelenamenti MDC 21B

- I casi con i codici CHOP 93.97 «Camera di decompressione» e 93.95\* «Ossigenoterapia iperbarica» non vengono rappresentati in modo appropriato. È necessaria una revisione del DRG

di base X62 «Avvelenamenti ed effetti tossici di droghe, farmaci e altre sostanze o conseguenze di trattamenti medici».

- È stata realizzata una rivalutazione del trattamento «camera di decompressione» nonché una migliore rappresentazione dei casi con punti risorse per terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC. (I casi con il codice CHOP «ossigenoterapia iperbarica» hanno costi molto disomogenei e quindi tale codice non è adatto come criterio di split.) Inoltre, è stato creato un DRG esplicito da 1 giorno di degenza.
- I casi del DRG X64Z «Altra malattia causata da traumatismo, avvelenamento o effetto tossico» sono molto disomogenei.
- A causa dell'elevato numero di casi di low outlier è stato creato un DRG esplicito da 1 giorno di degenza.

### 1.3.37 Ustioni MDC 22

- Numerose analisi hanno evidenziato che nella MDC 22 vengono classificati anche interventi specifici secondari in seguito a ustioni. In termini di assorbimento di risorse questi casi non sono paragonabili alle terapie acute in caso di ustioni e quindi influenzano negativamente il cost-weight dei DRG. Dato che la MDC mostra un basso numero di casi, è stata condotta un'ampia revisione della MDC «Ustioni».
- Inoltre, si è rivelato che le tabelle delle procedure hanno un basso potere separatore.
- È stata realizzata un'ampia revisione di tutti i DRG operatori e medici. Sistemáticamente sono state rese più stringenti le condizioni di split e sono state adattate le tabelle delle procedure.
- È stata condotta una complessa revisione delle tabelle con differenziazione per es. in «innesto cutaneo rigenerativo», «ampio innesto cutaneo a spessore parziale» e «innesto cutaneo a tutto spessore con / senza anastomosi microvascolare».
- È stato possibile rivalutare soprattutto le costellazioni impegnative, per es. gli interventi multipli, i ricoveri in reparto di terapia intensiva e i trapianti di cute impegnativi.
- La definizione del DRG Y01Z è stata rafforzata, per rappresentare in modo appropriato i casi di ustione chiaramente impegnativi e rispecchiare i costi effettivi.
- Sono stati identificati nuovi separatori di costi, per es. interventi in quattro tempi; procedure OR complesse; punti risorse UCI.

### 1.3.38 Ricorso a servizi sanitari MDC 23

- Il DRG Z02Z «Donazione di fegato (donazione da vivente)» e il DRG Z03Z «Donazione di rene (donazione da vivente)» hanno un numero di casi molto scarso.
- Mediante condensazione dei due DRG e raggruppamento nel DRG Z02Z «Donazione di fegato o di rene (donazione da vivente)» si è ottenuta una rappresentazione adeguata di questi casi.
- I casi con la diagnosi Z09.80 «Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo» non vengono remunerati in modo da coprire i costi nel DRG Z64Z «Altri fattori che influenzano lo stato di salute e trattamento ulteriore dopo conclusione del trattamento».
- L'identificazione di altri separatori di costi (per es. Z45.02 «Adattamento e manutenzione di sistema di circolazione assistita»; Z52.01 «Donatore di cellule staminali») e il raggruppamento nel nuovo criterio di split «costellazioni specifiche» ha permesso una rivalutazione dei casi.



- I casi con il codice ICD R18 «Ascite» in associazione con il codice CHOP 54.91 «Drenaggio percutaneo addominale» sono chiaramente sottorimunerati nel DRG Z65Z «Disturbi, sintomi, altre anomalie e trattamento ulteriore».
- Lo split del DRG di base Z65 con questa costellazione e la creazione di un DRG esplicito da 1 giorno di degenza ha consentito di rivalutare questo gruppo diagnostico.

#### 1.4 Visione d'insieme della matrice CCL

- Numero di simulazioni  
A causa di diverse segnalazioni (e-mail, note continue) e di 6 richieste dalle procedure di richiesta giunte nel corso dell'anno, sono state condotte ampie analisi per la valutazione delle diagnosi nella matrice CCL. Numerose simulazioni (232) su complessivamente 310 diagnosi secondarie e sulla loro attribuzione hanno evidenziato complessivamente 91 rivalutazioni e svalutazioni nella matrice CCL.

La nuova valutazione del grado di gravità garantisce, nella struttura tariffaria 7.0 / 2018, una rappresentazione del grado di gravità complessivo riferito al paziente (PCCL) che tiene meglio in considerazione l'assorbimento di risorse.

- Nuovo inserimento di 12 diagnosi
- Rivalutazione di 4 diagnosi
- Svalutazione di 54 diagnosi
- Cancellazione di 21 diagnosi

#### 1.5 Rimunerazioni supplementari

##### 1.5.1 Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

Per identificare i casi da correggere contenenti prestazioni che comportano remunerazioni supplementari, sono stati usati i codici CHOP o ATC della definizione delle remunerazioni supplementari. I casi per i quali non era possibile una correzione appropriata sono stati esclusi dal calcolo.

Complessivamente è stata condotta una correzione dei costi con un importo totale di 78'108'252 CHF per 13'750 casi dai dati di calcolo.

##### 1.5.2 Nuove remunerazioni supplementari

Sono state stabilite le nuove remunerazioni supplementari seguenti:

- Impiego di valvola(e) bronchiale(i)
- Terapia con protoni, nonché in aggiunta la
- Prestazione di anestesia prodotta esternamente
- Trapianto autologo su articolazione del ginocchio di condrociti prodotti da una matrice
- Impianto di sistema interno di allungamento o trasporto di ossa motorizzato
- Susoctocog alfa, endovenoso
- Terlipressin, endovenoso
- Busulfan, endovenoso solo per bambini di età inferiore a 16 anni
- Pertuzumab, endovenoso

- Trastuzumab emtansin, endovenoso
- Crizotinib, orale
- Carboxypeptidase, endovenoso
- Emodialisi per la rimozione di proteine con massa molecolare fino a 60'000, prolungata intermittente

Le remunerazioni supplementari seguenti sono state valutate in modo differenziato:

- Trattamento infermieristico complesso per bambini
- Plasmaferesi terapeutica, con fresh frozen plasma (FFP)

Le remunerazioni supplementari seguenti sono state cancellate:

- Sunitinib
- Dasatinib
- Nilotinib

## 1.6 Visione d'insieme sulla procedura di richiesta 2016

Nel 2016, sono state presentate complessivamente con la procedura di richiesta 189 richieste per il l'ulteriore sviluppo del sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. Di queste ne sono state messe in atto 115, con una percentuale di applicazione del 60%.

## 1.7 Conclusioni

Per riuscire a ottenere ulteriori miglioramenti sostanziali nello sviluppo della struttura tariffaria, continua ad essere valido puntare a migliorare la qualità dei dati su costi e prestazioni.

Gli argomenti da trattare sono esposti di seguito.

Nella determinazione dei costi per singolo caso sussiste in genere una necessità di miglioramento per tutte le tipologie ospedaliere. Ciò riguarda in primo luogo il calcolo dei costi per singolo caso a causa dell'accertamento delle prestazioni, ma anche la codifica di queste prestazioni.

I costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dovrebbero essere distinti in maniera uniforme. La distinzione uniforme di prestazioni di servizio pubblico non è soddisfatta e ha un influsso diretto sull'entità assoluta dei costi d'esercizio.

Attualmente non può essere valutata la qualità dei CUI per caso. Per questo motivo sono stati resi più stringenti le direttive sul rilevamento dei costi.

## 2. Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo della versione 7.0 rimane invariato rispetto a quello usato per la versione 6.0.

### 2.1 Calcolo degli inlier

Il calcolo dei limiti inferiore e superiore della degenza viene effettuato in base allo stesso metodo usato nella versione 7.0 SwissDRG.

### 2.2 Determinazione dei cost-weight

Per la versione 7.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1037 DRG sulla base dei dati svizzeri. Anche per la versione 7.0 non sono stati importati né elvetizzati cost-weight dal catalogo tedesco degli importi forfettari per caso.

A causa del basso numero di casi, per alcuni DRG si è ricorso ai dati dell'anno precedente. Per sette altri DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2015/2014/2013). I casi degli anni precedenti sono stati impiegati a condizione che non fosse stata condotta alcuna ristrutturazione nel DRG interessato e che fosse stato possibile attingere a un sufficiente numero di casi di due o tre anni.

Il calcolo dei cost-weight viene condotto fondamentalmente secondo lo stesso metodo usato per la versione 6.0. Analogamente alla versione dell'anno precedente si calcola il cost-weight dividendo i costi medi degli inlier di un DRG per il valore di riferimento. I costi di utilizzazione delle immobilizzazioni, come gli altri componenti dei costi, sono già stati integrati nel calcolo dei cost-weight.

#### 2.2.1 Calcolo del valore di riferimento

Il sempre crescente numero di casi del rilevamento dati SwissDRG (il rilevamento 2016 dei dati 2015 comprende l'88% dei casi di tutta la Svizzera) rende possibile il calcolo del valore di riferimento mediante i dati SwissDRG. A questo proposito vengono tenuti in considerazione i casi relativi al campo di applicazione.

Il valore di riferimento è stato scelto in modo che con un anno di dati identici la somma dei cost-weight effettivi (case mix) dei casi raggruppati con la versione 7.0 corrisponde alla somma dei cost-weight effettivi di questi casi con la versione 6.0:

$$\text{Case mix}_{\text{Versione 7.0}}^{\text{Dati 2015}} = \text{Case mix}_{\text{Versione 6.0}}^{\text{Dati 2015}}$$

Il valore di riferimento per la versione 7.0 SwissDRG è pari a 10'501 CHF. Per la versione 6.0 è stato calcolato un valore di riferimento di 10'424 CHF.

#### 2.2.2 Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di riduzioni e supplementi viene condotto fondamentalmente secondo lo stesso metodo usato per la versione 6.0. La suddivisione delle componenti dei costi (costi differenziali e costi

principali) utilizzata per il calcolo è stata di nuovo verificata per la versione 7.0 e rimane invariata. Va osservato che il grado di dettaglio dei dati svizzeri dei costi per caso non consente una distinzione diretta tra i costi relativi alla prestazione principale e i costi differenziali, come prevede la struttura della matrice dei costi nel sistema DRG tedesco<sup>1</sup>. Le componenti dei costi non attribuibili (costi misti) vengono quindi stimate sulla base degli inlier.

Nei DRG con una costellazione specifica di low outlier è stato usato un metodo alternativo per stabilire le riduzioni. La versione 7.0 SwissDRG contiene 252 DRG da 1 giorno di degenza impliciti rispetto ai 267 della versione 6.0.

Per 372 DRG il metodo di calcolo dei supplementi per gli high outlier si differenzia da quello abituale. In questi DRG, il supplemento per high outlier è stato aumentato adeguando il fattore dei costi marginali o sulla base della mediana dei costi giornalieri medi degli high outlier. Nell'aumentare il fattore dei costi marginali vengono considerati i costi differenziali complessivi per il calcolo del supplemento, vale a dire che il fattore dei costi marginali viene aumentato da 0,7 a 1,0.

### 2.2.3 Spiegazioni generali per il valore di riferimento e CMI Svizzera

Il valore di riferimento in franchi svizzeri è un valore di calcolo interno a SwissDRG. Questo valore consente di convertire i valori medi dei costi dei gruppi diagnostici in cost-weight adimensionali. Il valore di riferimento è il risultato della metodica per la normalizzazione dell'entità dei cost-weight. Sin dallo sviluppo della versione SwissDRG 2.0 il valore di riferimento viene calcolato in modo che con base di dati identica la somma dei cost-weight effettivi («case mix Svizzera») tra due versioni del sistema rimane costante. Questo adeguamento della normalizzazione è stato effettuato per eliminare un effetto catalogo su base nazionale.

I dati sono stati corretti considerando i costi delle prestazioni con remunerazioni supplementari.

La mutata valutazione di casi identici in diverse versioni SwissDRG viene definita come effetto catalogo.

Solo a causa del cambio di versione SwissDRG (in questo caso da SwissDRG 6.0 a 7.0), si possono verificare cambiamenti di case mix dovuti all'inclusione di nuove prestazioni nel catalogo delle remunerazioni supplementari e ad adeguamenti di remunerazioni supplementari già esistenti (variazione di valori soglia per remunerazioni supplementari valutati o riduzioni di prezzi stimati). Le variazioni di case mix sono possibili anche quando si integrano nella struttura tariffaria le prestazioni con remunerazioni supplementari della versione precedente. Oltre a ciò, assumono un ruolo importante anche gli spostamenti tra prestazioni che vengono fatturate in parte attraverso la struttura tariffaria SwissDRG e in parte attraverso altre forme di remunerazione esterne alla struttura tariffaria SwissDRG (contratti per trapianto di organi solidi e cellule staminali, compenso di determinati ambiti di prestazioni al di fuori della struttura tariffaria DRG quali la medicina palliativa, la paraplegiologia ecc.). Le variazioni di case mix sono di difficile calcolo. SwissDRG SA cerca di stimarle, anche se ciò è possibile solo in misura limitata per i motivi seguenti: SwissDRG SA non ha informazioni sulle remunerazioni supplementari effettivamente fatturate nel 2015 e quindi non può nemmeno effettuare una stima seria. Da una parte ciò dipende da una registrazione incompleta dei medicinali rilevanti per le remunerazioni supplementari e, d'altra parte, determinate remunerazioni supplementari sono associate a condizioni, la cui soddisfazione non può essere

<sup>1</sup> La struttura della matrice consente una differenziazione dei costi secondo due assi: centro di costo (per es. sala operatoria, reparto di degenza ordinaria) e tipo di costi (per es. costi dei materiali per gli impianti, medicinali, costi personale medico, servizio infermieristico).

---

dedotta dai dati a disposizione. Oltre a ciò, non è chiaro quale remunerazione abbiano contrattato i partner tariffari in caso di remunerazioni supplementari non valutati. SwissDRG SA non dispone inoltre di informazioni sull'entità di altri elementi di remunerazione esterni alla struttura tariffaria SwissDRG e concordati a livello di singolo ospedale.

## 3. Cifre chiave per lo sviluppo del sistema

### 3.1 Introduzione

Nel seguente allegato vengono riportate le più importanti cifre chiave, come per es. l'erosione dei dati per lo sviluppo del sistema della versione 7.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

### 3.2 Base di dati

Il rilevamento SwissDRG è costituito dai dati degli ospedali della rete (dati relativi a costi e prestazioni) e dai dati svizzeri complessivi della statistica medica (dati sulle prestazioni). I dati degli ospedali della rete vengono forniti direttamente dagli ospedali. I dati svizzeri complessivi vengono trasmessi a SwissDRG dall'Ufficio federale di statistica.

Come termine di consegna del rilevamento 2016 dei dati dell'anno 2015 è stato fissato il 31.05.2016 per gli ospedali della rete.

Nel rilevamento 2016 sono stati forniti a SwissDRG SA i dati relativi a costi e prestazioni di 118 ospedali della rete. In questa occasione tre ospedali hanno fornito più dati che nel rilevamento del 2015 per lo sviluppo della versione 6.0.

I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 184 ospedali somatici acuti rispetto ai 187 dell'anno precedente. Il campione degli ospedali della rete SwissDRG corrisponde così al 64,1% degli ospedali acuti svizzeri.

**Tabella 1: numero di ospedali**

	<b>Versione 7.0 Dati 2015</b>	<b>Versione 6.0 Dati 2014</b>
<b>Ospedali della rete</b>	118	115
<b>Dati complessivi</b>	184	187

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'127'611 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti a oltre l'87% dei casi somatici acuti in Svizzera.

**Tabella 2: numero di casi forniti**

		Versione 7.0 Dati 2015	Versione 6.0 Dati 2014
<b>Ospedali della rete</b>	<i>Forniti</i>	1'132'926	1'087'483
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'127'611	1'079'730
<b>Dati complessivi</b>	<i>Forniti</i>	1'299'974	1'284'972
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'283'733	1'228'004

Per la versione 7.0 sono stati esclusi 29'069 casi privati o semiprivati. Per questi casi non è stato possibile un adeguamento dei costi supplementari dovuti alla classe assicurativa, oppure i casi non soddisfacevano le condizioni menzionate che potrebbero impedire un'esclusione. Per la versione 6.0 sono stati esclusi 39'988 casi privati e semiprivati. La flessione dei casi con classe di degenza privata o semiprivata esclusi può essere motivata con l'affinamento della correzione (vedi in proposito il capitolo 2).

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 130'784 casi (11,9% dell'insieme dei dati di calcolo). Inoltre, 13 ospedali/cliniche sono stati chiusi definitivamente. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 7.0.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 7.0 è stato condotto su 966'748 casi dell'anno 2015 oltre a 590 casi dell'anno 2014 e a 120 casi dell'anno 2013.

La tabella 3 fornisce un quadro d'insieme dell'erosione dei dati complessiva.

**Tabella 3: erosione dei dati**

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG		
1'299'974	1'132'926	Casi forniti	
↓	↓	- Psichiatria / riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissione al di fuori del periodo di rilevamento	} Delimitazione dei casi
1'283'733	1'127'611	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)	
	↓	- Casi privati non utilizzabili - Casi senza costi completi	} Marcatura di casi non utilizzabili
	1'097'532	Base di dati per il calcolo	
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (cancellazione complessiva di 13 ospedali)	
	966'748	Casi plausibili (dati di calcolo)	} Sviluppo del sistema
		+ 590 casi dai dati del 2014 + 120 casi dai dati del 2013	

### 3.3 Numero di DRG

**Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari**

	Versione 7.0 Dati 2015	Versione 6.0 Dati 2014
<b>Numero di DRG complessivo</b>	1041	1038
<b>Valutato</b>	1037	1035
<b>Di cui elvetizzati</b>	0	0
<b>DRG per case per partorienti</b>	8	8
<b>DRG non valutati, allegato 1</b>	1	0
<b>Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2</b>	92	83
<b>Rimunerazioni supplementari non valutate, allegato 3</b>	1	1

### 3.4 Validità del sistema

La validità della struttura tariffaria SwissDRG viene misurata mediante riduzione della varianza ( $R^2$ ). La  $R^2$  misura la quota della dispersione dei costi per caso, che viene spiegata dalla classificazione. Quanto maggiore è  $R^2$  tanto migliore è la validità del sistema.

La dispersione complessiva dei costi può essere suddivisa in due componenti:

- la dispersione dovuta al raggruppamento DRG, ossia la varianza tra i DRG;
- la dispersione non dichiarata, ossia la varianza dei costi entro un DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Dispersione totale
Dispersione dichiarata
Dispersione non dichiarata

Con:

- $\bar{x}_{ij}$ : costi del caso j nel DRG i
- $\bar{x}_i$ : costi medi nel DRG i
- $n_i$ : numero di casi nel DRG i
- $\bar{x}$ : costi medi su tutti i casi
- $n$ : numero di casi



Il coefficiente  $R^2$  viene calcolato dividendo la dispersione dichiarata per la dispersione complessiva:

$$R^2 = \frac{\text{dispersione dichiarata}}{\text{dispersione complessiva}}$$

Il coefficiente  $R^2$  è compreso tra 0 e 1. Un  $R^2$  uguale a 1 significa che tutti i casi entro un DRG mostrano gli stessi costi. Lo scostamento complessivo viene spiegato soltanto dalle differenze di costo tra i DRG. Un  $R^2$  uguale a 0 significa che il valore medio dei costi di tutti i DRG è identico e che la varianza dipende unicamente dalle differenze di costo entro i DRG.

La tabella 5 mostra gli  $R^2$  dei dati di calcolo e degli inlier per le versioni SwissDRG 6.0 e 7.0, basati sui dati che vengono considerati per lo sviluppo. Di conseguenza, la variazione di  $R^2$  dipende sia dall'effetto dello sviluppo del Grouper sia dall'effetto dei dati. Il motivo di ciò è il fatto che non è stata usata la stessa base di dati.

**Tabella 5: coefficiente  $R^2$  dei dati di calcolo 2015 e 2014 (incl. CUI)**

	Versione 7.0 Dati 2015	Versione 6.0 Dati 2014	Delta
<b>Tutti i casi</b>	0,701	0,677	3,5%
<b>Inlier</b>	0,825	0,814	1,4%

La tabella 6 mostra la stessa analisi basata sui dati del 2015, sia per la versione 6.0 che per la versione 7.0. La tabella 6 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su  $R^2$ .

**Tabella 6: coefficiente  $R^2$  – effetto dello sviluppo del Grouper (dati di calcolo del 2015, incl. CUI)**

	Versione 7.0 Dati 2015	Versione 6.0 Dati 2015	Delta
<b>Tutti i casi</b>	0,701	0,692	1,3%
<b>Inlier</b>	0,825	0,809	2,0%

**Nota:**

$R^2$  è un parametro tecnico che viene considerato per il miglioramento e lo sviluppo del raggruppamento. Si tratta di un'indicazione statistica sulla qualità del raggruppamento, ma non sulla qualità della remunerazione basata su di esso. Non vi è alcun rapporto diretto tra questo valore e la correttezza della remunerazione.