

## **Riassunto dello studio «Theoretische und empirische Analyse zu den Mehrkosten der Kinderspitäler unter SwissDRG» (Analisi teorica ed empirica sui costi aggiuntivi degli ospedali pediatrici in conformità a SwissDRG)**

28.07.2017/RG

### **1. Risultato fondamentale n. 1**

In linea di principio, curare i bambini costa meno che curare gli adulti.

#### **1.1 Valutazione**

Il fatto che curare i bambini costi, in linea di principio, meno che curare gli adulti va sottolineato perché in generale non era un risultato atteso. Inoltre, l'affermazione risulta valida per i bambini di tutte le categorie di età. Differenziando per stato di degenza, emerge invece che solo i bambini lungodegenti sono più costosi degli adulti corrispondenti, mentre i brevidegenti e i normodegenti sono addirittura più economici. Questo risultato conferma pienamente i dati in possesso della SwissDRG SA.

I costi superiori del 60% per i bambini lungodegenti (ferme restando le altre caratteristiche) appaiono elevati. Considerando le quote relative in base allo stato di degenza (i bambini sono nettamente più spesso brevidegenti e più raramente lungodegenti rispetto agli adulti), i costi superiori dei lungodegenti sono più che compensati da normodegenti e brevidegenti. Va osservato che si tratta di valori medi per tutta la Svizzera, i quali non consentono di effettuare deduzioni relative a singoli DRG. Per i casi pediatrici che vengono raggruppati in DRG misti (adulti e bambini), vengono individuati i costi superiori e minori rispetto agli adulti. Mediante i costi per caso, adattati in base alle differenze di costo stimate, vengono calcolati nuovamente i costi normali del caso. Per gli ospedali pediatrici ne risultano costi normali del caso più bassi di CHF 115, il che significa che dei costi normali del caso originariamente indicati, pari a CHF 11'454 (cfr. p. 12), CHF 115 sono legittimati dal fatto che i bambini non vengono remunerati sempre tramite un DRG puramente pediatrico. Sebbene i casi pediatrici relativi a brevidegenti e «inlier» siano mediamente più economici, essi non riescono a compensare i maggiori costi che gli ospedali pediatrici devono sostenere per i bambini lungodegenti, poiché le quote di lungodegenti qui sono superiori. Inoltre, la composizione strutturale dei casi per i diversi stati di degenza non viene qui ulteriormente considerata. Per questo è difficile valutare se si tratti effettivamente di costi aggiuntivi «giustificati» degli ospedali pediatrici.

#### **1.2 Conclusioni**

- In linea di principio curare i bambini costa meno che curare gli adulti.
- I bambini lungodegenti causano costi aggiuntivi rispetto ai corrispondenti pazienti adulti.

### **2. Risultato fondamentale n. 2**

I costi aggiuntivi degli ospedali pediatrici si generano principalmente nel trattamento dei pazienti adulti, dei bambini in DRG puramente pediatrici e nel trattamento dei bambini con durata della degenza molto lunga.

## **2.1 Valutazione**

Il fatto che i pazienti adulti curati negli ospedali pediatrici generino costi aggiuntivi è trascurabile. Prima di tutto perché il numero di casi (figura 2) è di scarsa rilevanza e in secondo luogo perché non fanno parte dell'attività principale degli ospedali pediatrici.

Le affermazioni riguardo ai bambini in DRG puramente pediatrici e lungodegenti devono essere considerate in combinazione (la tabella 6 non consente di fare affermazioni definitive al riguardo). La tabella 8 invece mostra che l'effetto dei lungodegenti per gli ospedali pediatrici è inferiore nei DRG misti, mentre risulta più marcato nei DRG puramente pediatrici. L'analisi non evidenzia il motivo per il quale i bambini che vengono curati negli ospedali esclusivamente pediatrici e raggruppati in DRG puramente pediatrici sono più costosi.

## **2.2 Conclusioni**

- I pazienti adulti che vengono curati negli ospedali pediatrici possono essere trascurati.
- I casi di lungodegenti degli ospedali pediatrici inclusi in DRG puramente pediatrici presentano costi aggiuntivi rispetto ai casi di bambini lungodegenti che non vengono curati in ospedali pediatrici. L'analisi non consente di individuare i fattori che generano tale aumento dei costi.

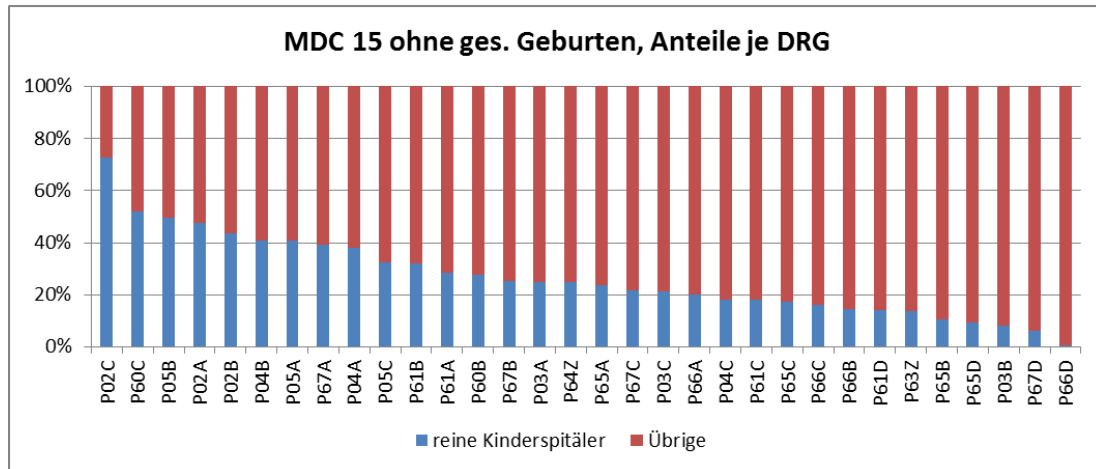
## **3. Risultato fondamentale n. 3**

Per quanto riguarda i bambini, gli ospedali pediatrici sono più costosi di altri ospedali per via di differenze facilmente spiegabili nella struttura dei pazienti. Secondo lo studio, tutti i costi aggiuntivi degli ospedali pediatrici sono spiegabili con differenze nella struttura dei pazienti (trasferiti da un altro ospedale, casi AI, numero di diagnosi).

### **3.1 Valutazione**

L'affermazione sembra in un primo momento plausibile. Tra le caratteristiche dei pazienti citate vanno considerate in primo luogo «trasferiti da un altro ospedale» e «casi AI». Il numero delle diagnosi non deve essere invece tenuto troppo in considerazione in quanto suscettibile di manipolazioni.

Per quanto concerne l'argomento che, nel calcolo della struttura tariffaria, agli ospedali pediatrici viene assegnata una ponderazione inferiore a causa dei numeri di casi poco elevati, va detto che ciò è corretto se si considera il complesso dei casi (pediatrici). Per evitare di generare nel calcolo delle distorsioni a livello di ospedali, ogni caso di DRG confluisce nel calcolo della struttura tariffaria con la stessa importanza (One Hospital Approach). Va inoltre osservato che un'analisi a livello complessivo appare poco utile perché sono determinanti le quote nei singoli DRG. Il seguente grafico chiarisce questo aspetto sulla base delle quote degli ospedali pediatrici sul totale dei casi dei DRG nella MDC 15.



### 3.2 Conclusioni

- La struttura dei pazienti degli ospedali ne influenza la struttura dei costi.
- Nell'One Hospital Approach, per il calcolo della struttura tariffaria a ogni caso di DRG viene assegnata la stessa importanza. In tal senso non è possibile riservare agli ospedali pediatrici un trattamento diverso rispetto agli altri ospedali.

## 4. Risultato fondamentale n. 4

I neonati malati trasferiti da un altro ospedale sono il fattore principale per quanto riguarda i costi aggiuntivi in ambito pediatrico.

### 4.1 Valutazione

Volendo differenziare ulteriormente il risultato fondamentale n. 3, si evidenzia che i casi di neonati e pertanto di pazienti trasferiti negli ospedali pediatrici da altri ospedali presentano costi maggiori. Se i casi sono inoltre casi AI, i costi risultano mediamente ancora superiori. In questa fase il modello del risultato fondamentale n. 3 viene esteso nel senso che vengono considerati separatamente i singoli effetti per gli ospedali pediatrici. Tale tipo di osservazione fa sì che non sia più possibile spiegare i costi complessivi degli ospedali pediatrici con le caratteristiche dei pazienti (vedi tabella 15). Dell'originario 6.4% di costi aggiuntivi degli ospedali pediatrici, nel modello esteso resta un 4.1% di costi aggiuntivi (64%) basati su differenti fattori (di prezzo). Il rapporto non entra nei dettagli relativi ai fattori citati.

### 4.2 Conclusioni

- La struttura dei pazienti presenta caratteristiche che possono avere effetti svantaggiosi per un ospedale. L'analisi non consente di individuare le caratteristiche dei casi che generano un aumento dei costi.
- Nel modello, che analizza separatamente le caratteristiche rilevanti per gli ospedali puramente pediatrici, questi ultimi presentano costi aggiuntivi non spiegati del 4.1% rispetto ai restanti ospedali.

## 5. Risultato fondamentale n. 5

I DRG con costi normali del caso superiori alla media hanno un impatto negativo sugli ospedali pediatrici e causano costi aggiuntivi.

### 5.1 Valutazione

Il fatto che il completo finanziamento di ogni singolo DRG per quanto concerne il calcolo della struttura tariffaria SwissDRG non rappresenti un parametro di riferimento, permette che singoli DRG vengano mediamente sotto- o sovrarimunerati. L'obiettivo è invece garantire un finanziamento che copra i costi dei normodegenti per ogni DRG. In base alla distribuzione dei casi tra brevidegenti e lungodegenti possono risultare mediamente diversi gradi di copertura per ogni DRG. Le analisi che hanno come parametro di riferimento il completo finanziamento di tutti i casi di un DRG mostrano che i brevidegenti vengono in media maggiormente sovrarimunerati, mentre i lungodegenti vengono maggiormente sottorimunerati. Inoltre risulterebbe possibile una sotto-/sovrarimunerazione dei normodegenti, il che sarebbe contrario agli sforzi della SwissDRG SA.

Dopo aver tenuto conto della suddetta limitazione, uno scostamento dell'1% dei costi normali del caso medi degli ospedali puramente pediatrici rispetto agli «ospedali pediatrici misti» è indice di una struttura tariffaria equilibrata. Inoltre, resta da osservare che uno scostamento dell'1% si basa solo su un confronto di valori medi e pertanto non consente di effettuare alcuna affermazione riguardo alla significatività.

### 5.2 Conclusioni

- Il metodo di calcolo della struttura tariffaria permette che determinati DRG siano mediamente sotto- o sovrarimunerati.
- Uno scostamento dell'1% dei costi normali del caso medi degli ospedali puramente pediatrici rispetto agli «ospedali pediatrici misti» è indice di una struttura tariffaria equilibrata.

## 6. Osservazioni generali

- Contrariamente alle indicazioni del committente, il rapporto finale contiene, oltre ai risultati statistici, anche determinate valutazioni di merito che possono impedire un'interpretazione imparziale dello studio.
- La SwissDRG SA apprezza che, eccetto il risultato fondamentale n. 5, siano stati analizzati esclusivamente i costi e non il lato della remunerazione. Il mandato conferito mediante il contratto tra la SwissDRG SA e la Polynomics AG prevedeva infatti che venisse analizzato solo il lato dei costi.
- In tutto lo studio gli ospedali puramente pediatrici vengono considerati come un gruppo omogeneo. Tuttavia, tali ospedali si differenziano per caratteristiche sostanziali, motivo per il quale i risultati che presentano un effetto medio comune per tutti gli ospedali pediatrici devono essere valutati con una certa cautela.  
La responsabilità di tale circostanza non è della mandataria. La richiesta è stata effettuata da parte della SwissDRG SA al fine di garantire la non identificabilità dei singoli ospedali pediatrici citati nello studio.
- Inoltre, un confronto dei casi pediatrici degli ospedali puramente pediatrici con quelli di tutti gli altri ospedali non è sempre utile. Si può infatti supporre che i casi degli ospedali pediatrici siano, per quanto concerne la loro «struttura», simili soprattutto a quelli degli ospedali universitari. Un confronto con i rispettivi casi degli ospedali universitari aumenterebbe quindi la significatività dei risultati.

- Secondo la SwissDRG SA, la separazione delle prestazioni di pubblico interesse nei dati dei costi non è attualmente comprensibile. Eventuali differenze in questo campo e i relativi effetti sui risultati dell'analisi non sono al momento valutabili.
- Le affermazioni e quantificazioni dei singoli risultati fondamentali non devono essere osservate separatamente e sommate, bensì devono essere considerate nel contesto complessivo. Si può ad esempio partire dal presupposto che i casi dei lungodegenti di DRG pediatrici (risultato fondamentale n. 2) si compensino con i casi di neonati trasferiti da un altro ospedale. Tuttavia, sulla base del rapporto non è possibile dare una risposta certa a questa domanda.