



ST Reha versione 1.0

Rapporto sullo sviluppo della struttura tariffaria

Sommario

1. Introduzione	5
2. Base di dati	6
3. Logica medica – gruppi di costi riabilitativi	8
3.1. Introduzione all’RCG di base	8
3.2. Separatori di costi.....	10
3.2.1. Diagnosi	10
3.2.2. Trattamenti e procedure	11
3.2.3. Età.....	11
3.3. Riepilogo della logica medica	11
3.4. Ulteriori analisi	15
4. Metodo di calcolo.....	16
4.1. Introduzione	16
4.2. Condizioni per la definizione del modello tariffario.....	17
4.3. Scelta del miglior modello tariffario.....	18
4.4. Determinazione dei cost-weight giornalieri.....	18
4.5. Determinazione dei cost-weight effettivi per caso	20
4.6. Intervento normativo: riduzione del cost-weight giornaliero dell’RCG TR80Z	20
4.7. Esempio di applicazione	21
5. Parametri	23
6. Riepilogo e prospettiva.....	25

Indice delle illustrazioni

Figura 1 Rappresentazione del processo per la determinazione dei cost-weight	16
Figura 2 Analisi dell'andamento dei costi e della durata della degenza sull'esempio del TR15A.....	17
Figura 3 Estratto dal catalogo degli importi forfettari per caso RCG ST Reha versione 1.0.....	22
Figura 4 Rappresentazione del cost-weight effettivo secondo la durata di degenza per l'RCG TR18Z Riabilitazione psicosomatica	22

Indice delle tabelle

Tabella 1 Riepilogo della fornitura dei dati 2019	6
Tabella 2 Riepilogo della plausibilizzazione dei dati 2019.....	6
Tabella 3 Motivi dell'esclusione dei casi, dati 2019	7
Tabella 4 Numero di casi per fascia d'età	7
Tabella 5 Grado di copertura per RCG	21
Tabella 6 Riepilogo dei parametri qualitativi della struttura tariffaria ST Reha versione 1.0	23
Tabella 7 Grado di copertura per tipologia ospedaliera UST	24
Tabella 8 Grado di copertura per fascia d'età.....	24
Tabella 9 DMI per tipologia ospedaliera UST	24
Tabella 10 DMI per fascia d'età.....	24

Elenco delle abbreviazioni

ARCG	RCG di base
BRI	Base rate ipotetico: base rate (prezzo base) che copre esattamente i costi sostenuti per l'insieme dei dati di calcolo.
CHOP	Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici
DMI	Day Mix Index: si calcola dividendo la somma dei cost-weight effettivi di tutti i casi di trattamento conteggiati da un ospedale per la somma delle durate di degenza di tali casi. L'indice corrisponde al cost-weight giornaliero medio e può fornire un punto di riferimento per quanto concerne il grado di gravità medio di un determinato ospedale.
ICD-10-GM	Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati, 10ª revisione, <i>german modification</i> .
LAMaI	Legge federale sull'assicurazione malattie
RCG	Gruppo di costi riabilitativi
REKOLE®	Revisione della contabilità dei costi e registrazione delle prestazioni. Standard della «Contabilità analitica nell'ospedale».
SwissDRG SA	SwissDRG Società anonima
UST	Ufficio federale di statistica
VR	Valore di riferimento: è un valore determinato da SwissDRG SA che consente la conversione della remunerazione teorica in CHF in un cost-weight adimensionale.

1. Introduzione

La nuova regolamentazione stabilita nell'anno 2007 per il finanziamento ospedaliero prevede l'introduzione di importi forfettari legati alle prestazioni per tutti i trattamenti ospedalieri in Svizzera. SwissDRG SA è stata incaricata di sviluppare una struttura tariffaria di questo tipo per i trattamenti ospedalieri nella riabilitazione secondo l'art. 49 della LAMal. La struttura tariffaria ospedaliera nella riabilitazione (ST Reha) dovrebbe essere orientata alle prestazioni, di facile attuazione, uniforme a livello nazionale e resistente alle manipolazioni. Inoltre, la struttura tariffaria deve essere concepita come sistema autoapprendente, in modo tale che le proposte di sviluppo derivanti dalle procedure di richiesta e dalle esperienze degli utenti possano essere valutate senza difficoltà ed eventualmente implementate.

Il presente rapporto descrive la struttura tariffaria ST Reha versione 1.0, che è stata approvata dal Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA il 12 marzo 2021 e che sarà introdotta il 1° gennaio 2022. Come parte del lavoro di sviluppo sono state tenute in considerazione le conoscenze acquisite in versioni precedenti e i diversi feedback delle organizzazioni partner di SwissDRG SA.

Il capitolo seguente descrive la base di dati su cui si fonda lo sviluppo del sistema. Il capitolo 3 spiega la logica medica dei gruppi di costi riabilitativi (RCG). Il calcolo dei cost-weight è illustrato nel capitolo 4 mentre il capitolo 5 presenta le cifre chiave e la qualità del modello. L'ultimo capitolo riassume il rapporto e fornisce una prospettiva futura sull'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria ST Reha.

2. Base di dati

65 cliniche o ospedali con reparti di riabilitazione e un corrispondente mandato di prestazioni hanno fornito alla SwissDRG SA i dati relativi all'anno 2019. Sono stati registrati in totale 76'295 casi nel campo di applicazione. Dei 76'295 casi, circa il 78% erano plausibili, cosicché sono risultati disponibili per lo sviluppo della ST Reha versione 1.0 complessivamente 59'585 casi. La Tabella 1 offre una panoramica della fornitura dei dati del 2019. La procedura per la plausibilizzazione dei casi è descritta nella «Documentazione sull'elaborazione dei dati 2019».

Tabella 1 Riepilogo della fornitura dei dati 2019

Riabilitazione ospedaliera	2019	
	Numero	Percentuale
Cliniche fornitrici	65	100%
Casi nel campo di applicazione	76'295	100%
Casi plausibili (dati di calcolo)	59'585	78,1%

La

Tabella 2 offre una panoramica della plausibilizzazione dei dati del 2019. Complessivamente si è reso

Riabilitazione ospedaliera	2019		escludere di sviluppo cinque causa di
	Numero di casi	Percentuale	
Casi nel campo di applicazione	76'295	100%	
- Outlier senza costi completi	-894	1,17%	
Set di dati prima della plausibilizzazione	75'401	98,83%	
- Esclusione di ospedali	-1'669	2,19%	
- Plausibilizzazione dei casi	-14'147	18,54%	
Casi plausibili (dati di calcolo)	59'585	78,1%	

sistematici. I motivi principali di tale esclusione sono stati una fatturazione forfettaria dei costi in funzione della durata di degenza dei casi o una mancata registrazione delle prestazioni. Questi fattori determinavano distorsioni eccessive dei costi per caso.

Tabella 2 Riepilogo della plausibilizzazione dei dati 2019

Riabilitazione ospedaliera	2019	
	Numero di casi	Percentuale
Casi nel campo di applicazione	76'295	100%
- Outlier senza costi completi	-894	1,17%
Set di dati prima della plausibilizzazione	75'401	98,83%
- Esclusione di ospedali	-1'669	2,19%
- Plausibilizzazione dei casi	-14'147	18,54%
Casi plausibili (dati di calcolo)	59'585	78,1%

I motivi principali che hanno portato all'esclusione di casi durante la plausibilizzazione sono elencati nella Tabella 3. Nel processo, diversi messaggi di errore possono riferirsi a casi singoli. In particolare, hanno portato all'esclusione di casi i bassi costi per le cure e il personale medico. Inoltre, molti casi hanno dovuto essere cancellati a causa di una registrazione errata o incompleta delle prestazioni tramite codici CHOP.

Tabella 3 Motivi dell'esclusione dei casi, dati 2019

Motivi dell'esclusione	Numero di casi	Numero degli ospedali interessati
Settore di prestazioni mancante	2'906	32
Codice CHOP per il trattamento medico acuto	1'519	35
Bassi costi giornalieri per le cure	808	38
Tipo di dimissione non plausibile	804	14
Bassi costi giornalieri per il personale medico	757	28
Luogo di degenza prima del ricovero non plausibile	490	20
Costi negativi delle componenti di costo	278	9

Secondo la Tabella 4 sono stati forniti complessivamente 331 casi con un'età inferiore a 19 anni. Di questi, circa l'86% (284 casi) erano plausibili. Inoltre, sono confluiti nei lavori di sviluppo 42'898 casi con un'età pari o superiore a 65 anni.

Tabella 4 Numero di casi per fascia d'età

Fascia d'età	Numero di casi nel campo di applicazione	Numero di casi plausibili	Percentuale di casi plausibili
Tutte le fasce d'età	76'295	59'585	78,1%
Meno di 19 anni	331	284	85,8%
Da 19 a 64 anni	20'073	16'403	81,7%
65 e più anni	55'891	42'898	76,7%

3. Logica medica – gruppi di costi riabilitativi

Per lo sviluppo della logica medica di raggruppamento vengono considerate nelle analisi esclusivamente variabili che esistono già sotto forma di dati di routine ottenuti nell'ambito di rilevazioni annuali standardizzate dei dati.¹ Queste includono alcune variabili identificate come *separatori di costo* nelle precedenti versioni di ST Reha (per es. ST Reha versione 0.5): età, limitazioni funzionali e test del cammino in 6 minuti.

Le basi giuridiche e le direttive delle organizzazioni partner di SwissDRG SA prescrivono che le strutture tariffarie in ambito ospedaliero debbano mostrare una correlazione con le prestazioni. I codici delle procedure e delle diagnosi sono particolarmente adatti a questo scopo, in quanto descrivono direttamente o indirettamente le prestazioni effettivamente eseguite sul paziente. Dalle prese di posizione dei partner sulla ST Reha versione 0.5 si evince che per il raggruppamento dei casi occorre verificare soprattutto i codici delle procedure, ma anche quelli delle diagnosi. Di conseguenza, quali separatori di costi è stato possibile individuare le diagnosi in base all'ICD-10-GM e le prestazioni in base alla classificazione CHOP. Per separatore di costi si intende una variabile che può spiegare le differenze nel consumo di risorse.

In una prima fase, i casi che contengono informazioni non valide vengono assegnati a un RCG di errore. L'RCG TR96Z viene utilizzato se la diagnosi principale non è ammissibile o non è valida, oppure se mancano informazioni importanti o se queste non sono corrette.

Sono stati poi definiti gli RCG di base. Infine, sulla base delle informazioni per ciascun caso relative a costi e prestazioni per il 2019 è stato verificato, mediante simulazione, se e in che modo gli RCG di base possano essere ulteriormente differenziati per rendere la struttura tariffaria più omogenea dal punto di vista medico ma anche dei costi.

3.1. Introduzione all'RCG di base

L'assegnazione dei casi agli RCG di base si fonda essenzialmente sui tipi di riabilitazione che sono rappresentati nelle prestazioni di base della riabilitazione (BA.* nel catalogo CHOP dell'UST versione 2019). In concreto, sono stati perseguiti i due approcci descritti di seguito.

Nel primo approccio, è stata rilevante per il raggruppamento la prestazione di base della riabilitazione. A causa del fatto che gran parte dei casi non riguardava codici CHOP da BA.1 a BA.8, è stato necessario combinare il criterio della prestazione di base con altre caratteristiche. Ove possibile, sono stati utilizzati a questo scopo gli specifici settori di prestazioni di ST Reha tramite codifica per analogia o l'età. Al fine di assegnare il maggior numero possibile di casi ai tipi di riabilitazione, casi con settore di prestazioni di ST Reha aspecifico sono stati assegnati ai tipi di riabilitazione in base alle diagnosi principali (adozione di singole tabelle MDC di SwissDRG che in parte sono state adattate o definizione di nuove tabelle). Questo approccio è stato utilizzato per la maggior parte degli RCG di base.

In alternativa, nel secondo approccio, a partire dalla base di dati è stato creato per ogni RCG di base il solo split per età. Inoltre, per i casi che non possono essere assegnati a nessun tipo di riabilitazione è stato previsto un RCG di base separato senza condizione supplementare.

I criteri dei singoli RCG di base possono essere riepilogati come segue.

¹ Le variabili sono tratte dalla statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e dai dati dei costi per caso secondo REKOLE®.

RCG di base TR11, Riabilitazione per bambini ed adolescenti:

- (1) Classificazione sulla base del solo split per età: età<19 anni.

RCG di base TR13, Riabilitazione neurologica:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.1 *Riabilitazione neurologica* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni I ST Reha *Limitazione funzionale del sistema nervoso* secondo la codifica per analogia (CHOP 93.19) E non è stata registrata alcuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) O
- (3) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale di «Malattie e disturbi del sistema nervoso» (Tabella MDC 01).

RCG di base TR14, Riabilitazione internistica od oncologica:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.6 *Riabilitazione internistica od oncologica* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale della corrispondente categoria (nuova tabella incl. neoplasie maligne, C*).

RCG di base TR15, Riabilitazione geriatrica:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.8 *Riabilitazione geriatrica* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED età>79 anni.

RCG di base TR16, Riabilitazione muscoloscheletrica:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.5 *Riabilitazione muscoloscheletrica* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale di «Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo» (Tabella MDC 08 escl. neoplasie maligne, integrata con ulteriori diagnosi).

RCG di base TR17, Riabilitazione polmonare:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.3 *Riabilitazione polmonare* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni III ST Reha *Limitazione funzionale polmonare* secondo la codifica per analogia (CHOP 93.9A.00) E non è stata registrata alcuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) O
- (3) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP

da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale di «Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio» (Tabella MDC 04).

RCG di base TR18, Riabilitazione psicosomatica:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.2 *Riabilitazione psicosomatica* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale di «Malattie e disturbi psichici» (Tabella MDC 19, integrata con ulteriori diagnosi).

RCG di base TR19, Riabilitazione cardiaca:

- (1) È stata codificata la prestazione di base BA.4 *Riabilitazione cardiaca* specifica per la riabilitazione O
- (2) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni II ST Reha *Limitazione funzionale cardiovascolare* secondo la codifica per analogia (CHOP 93.36.00) E non è stata registrata alcuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) O
- (3) In combinazione, è stato registrato il settore di prestazioni IV ST Reha aspecifico *Altra limitazione funzionale* (CHOP 93.89.09) E nessuna delle otto «Prestazione di base nella riabilitazione» (CHOP da BA.1 a BA.8) ED è stata registrata una diagnosi principale di «Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare» (Tabella MDC 05).

RCG di base TR80Z, Riabilitazione senza ulteriore indicazione:

- (1) Soddisfa tutti i requisiti di un caso di riabilitazione ospedaliera (vedere TR96Z) E
- (2) Non soddisfa alcuna condizione dei precedenti RCG di base.

3.2. Separatori di costi

Dopo aver raggruppato i casi in singoli RCG di base, è stato verificato come e se le limitazioni funzionali, la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), il test del cammino in 6 minuti e l'età, che nelle precedenti versioni di ST Reha si erano dimostrati rilevanti per il raggruppamento, siano idonei come separatori di costi. Inoltre, è stata verificata l'idoneità di ulteriori diagnosi e altre procedure o trattamenti per una rendicontazione dei costi.

3.2.1. Diagnosi

Tutte le diagnosi presenti nei dati sono state esaminate per verificarne la rilevanza per i costi. Nel fare ciò si è tenuto conto del fatto che la diagnosi fosse codificata come principale piuttosto che secondaria. Le analisi hanno dimostrato che i pazienti con diagnosi specifiche più onerose hanno in media costi giornalieri più elevati. Per la differenziazione negli RCG TR11A, TR13B, TR14A, TR15A, TR16A e TR17A sono state create e implementate diverse tabelle diagnostiche specifiche (vedere oltre per i dettagli).

Le limitazioni funzionali motorie e cognitive dei casi sono state integrate nella struttura tariffaria sulla base dei codici diagnostici U50.- e, rispettivamente, U51.-, che si basano tra l'altro sui punteggi FIM® ed EBI. Questi codici sono stati registrati più frequentemente rispetto alle misurazioni delle ADL (mediante CHOP). Inoltre, la verifica di queste variabili per la loro idoneità come separatori di costi ha dimostrato che hanno un'elevata valenza esplicativa in otto RCG (TR11A, TR13A, TR14A, TR14B, TR15A, TR16A, TR16B e TR19A) e che in sei di essi ha potuto essere descritto il maggiore consumo di risorse delle forme con gravità più elevata.

3.2.2. Trattamenti e procedure

Nelle indagini preliminari, singoli strumenti di misura delle ADL, in particolare l'Extended Barthel Index (EBI) e la Functional Independence Measure (FIM®), si sono dimostrati efficaci per rappresentare indirettamente maggiori oneri di assistenza. Questi elementi sono stati integrati nella ST Reha versione 1.0 tramite i codici diagnostici (U50.- e U51.-) (vedere sopra).

Ulteriori analisi hanno dimostrato che la misurazione del test del cammino in 6 minuti (*meno di 150 m*) eseguita all'entrata funge da elemento discriminante per la classificazione dei casi nell'RCG TR17A. È stato quindi implementato di conseguenza lo split.

Sulla base delle «prestazioni di base nella riabilitazione» è possibile registrare l'«onere supplementare nella riabilitazione tenendo conto dei punti risorse» tramite i codici CHOP (BB.1*). Questi dovrebbero rappresentare le prestazioni supplementari, qualora prestate. È stata verificata la rilevanza di tali codici ai fini della rappresentazione dei costi. Per gli RCG TR13A e TR16A è stato possibile spiegare i costi medi giornalieri più elevati in base a determinati valori soglia. Per gli RCG TR13B e TR15A sono stati utilizzati valori soglia inferiori.

Sono stati verificati altri trattamenti e procedure specifici, definendo tabelle appositamente create per gli RCG TR13B, TR15A, TR16A e TR17A. Dettagli in proposito si trovano nel manuale delle definizioni.

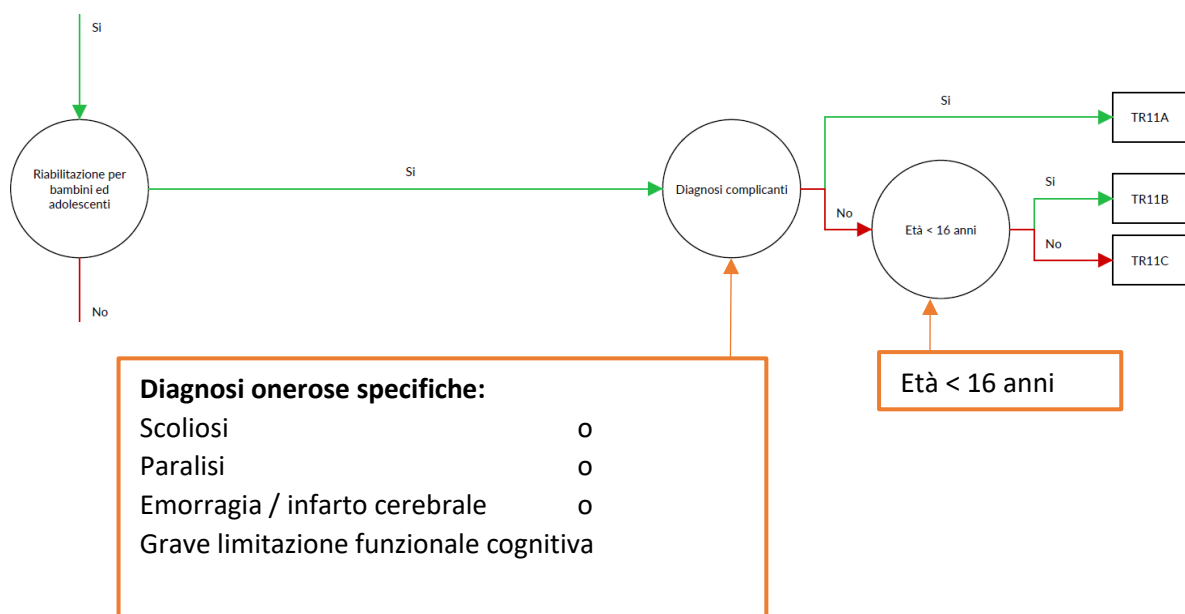
3.2.3. Età

Nel quadro dello sviluppo della ST Reha versione 1.0 sono stati verificati diversi limiti di età, in particolare per operare una differenziazione negli RCG di base TR11 e TR15. Dai risultati è emerso che solo il limite di età *minore di 16 anni* ha dimostrato un potere di separazione dei costi ai fini della differenziazione nell'RCG TR11B (cfr 3.4. Ulteriori analisi).

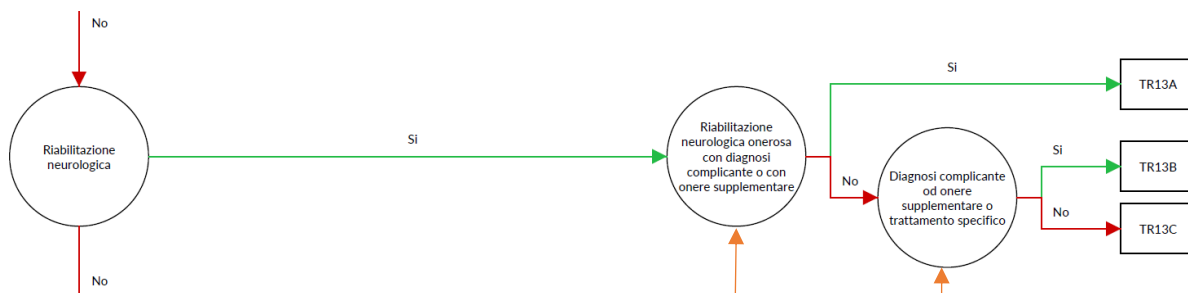
3.3. Riepilogo della logica medica

Sulla base di questi test, è stato possibile definire 9 RCG di base, che sono stati ulteriormente differenziati in un RCG non valutato e in 20 RCG valutati. Di seguito vengono illustrati i singoli split che suddividono gli RCG di base valutati nei rispettivi RCG. Va notato che i singoli split possono essere utilizzati solo tenendo conto delle condizioni precedenti (per es. per gli RCG di base).

TR11 Riabilitazione per bambini ed adolescenti:



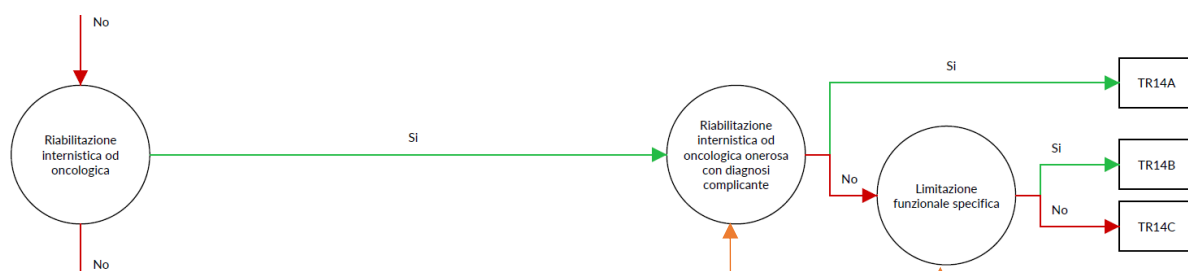
TR13 Riabilitazione neurologica:



Trattamento: BA.1	e	Diagnosi onerose specifiche: Gravissima limitazione funzionale motoria o Gravissima limitazione funzionale cognitiva o Trattamento: Onere supplementare da 151 punti risorse
-----------------------------	---	---

Trattamento: Neuropsicologia o Onere supplementare da 11 punti risorse	o	Diagnosi principale: Traumatismi intracranici o Crisi o Emorragia / infarto cerebrale o Delirio	o	Diagnosi onerose specifiche: Afasia
--	---	--	---	---

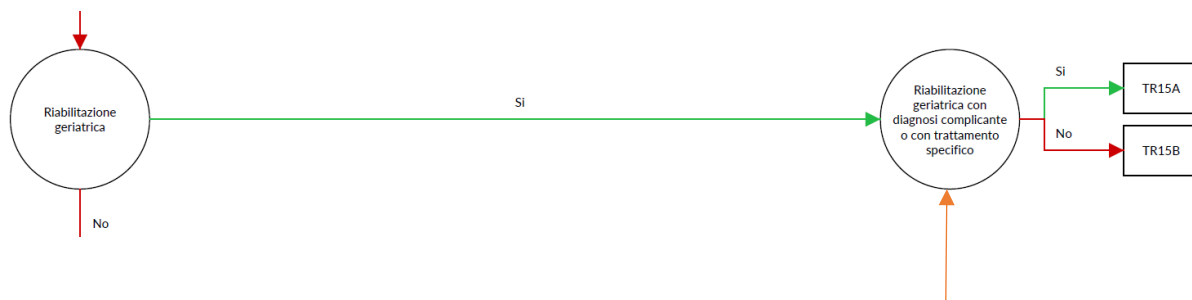
TR14 Riabilitazione internistica od oncologica:



Trattamento: BA.6	e	Diagnosi onerose specifiche: Grave / gravissima limitazione funzionale motoria o Grave limitazione funzionale cognitiva o Stato dopo trapianto
-----------------------------	---	--

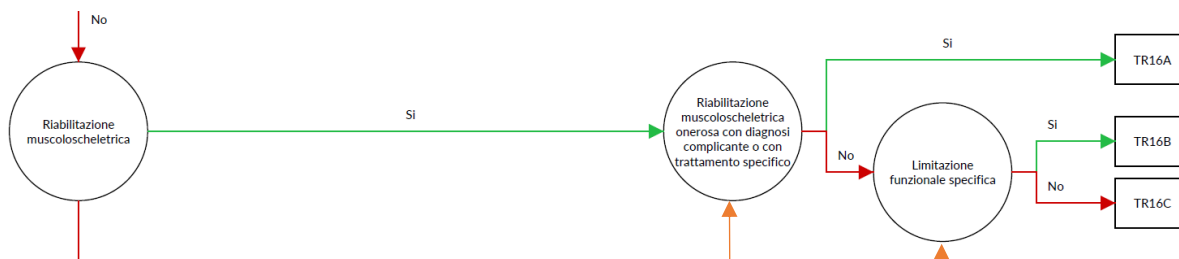
Diagnosi onerose specifiche: Medio-grave / grave / gravissima limitazione funzionale motoria o Medio-grave / grave limitazione funzionale cognitiva
--

TR15 Riabilitazione geriatrica:



Trattamento: BA.8	e	<p>Diagnosi onerose specifiche:</p> <p>Grave limitazione funzionale cognitiva o</p> <p>Grave / gravissima limitazione funzionale motoria o</p> <p>Demenza o</p> <p>Infezioni polmonari o</p> <p>Insufficienza renale o</p> <p style="text-align: center;">o</p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Trattamento:</p> <p>Isolamento o</p> <p>Onere supplementare da 11 punti risorse o</p> <p>Iniezione di sostanza antiinfettiva o</p> </div>
-----------------------------	---	---

TR16 Riabilitazione muscoloscheletrica:

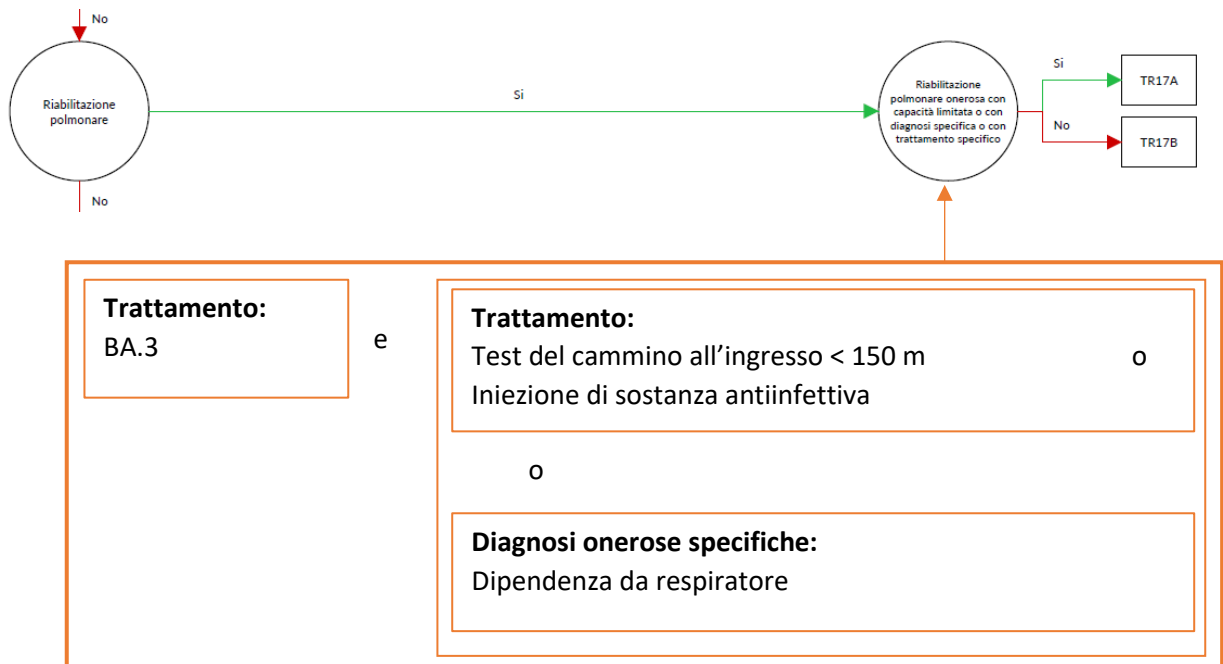


Trattamento: BA.5	<p>Diagnosi principale:</p> <p>Fratture vertebrali lombari, dorsali, cervicali o del bacino</p> <p style="text-align: center;">o</p>	<p>Trattamento:</p> <p>Onere supplementare da 151 punti risorse</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Riabilitazione professionale</p>
e	<p>Diagnosi onerose specifiche:</p> <p>Gravissima limitazione funzionale motoria</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Fratture tumorali</p>	

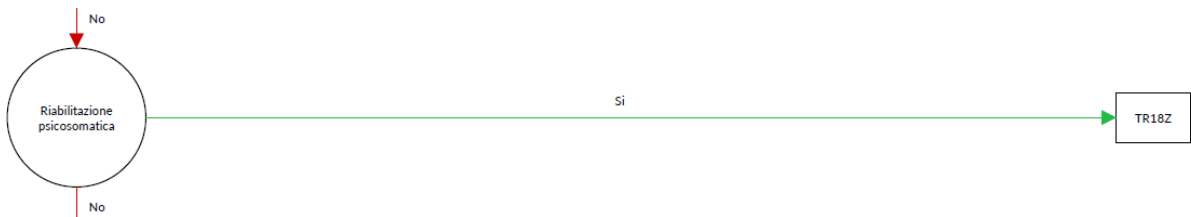
Diagnosi onerose specifiche:

Medio-grave / grave / gravissima limitazione funzionale motoria

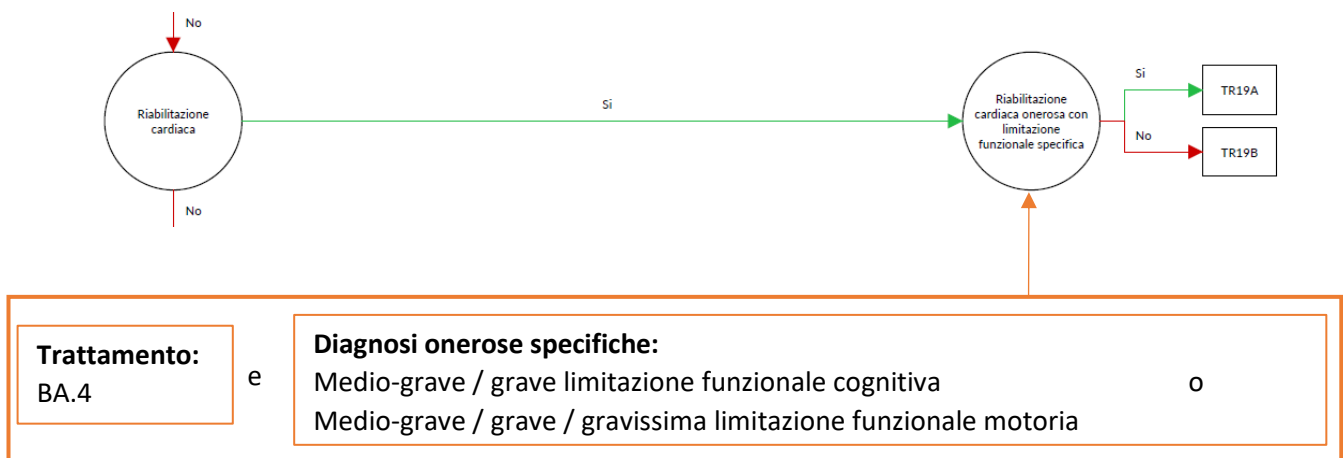
TR17 Riabilitazione polmonare:



TR18 Riabilitazione psicosomatica:



TR19 Riabilitazione cardiaca:



3.4. Ulteriori analisi

Oltre alla suddetta logica di raggruppamento implementata, sono state effettuate numerose analisi di ulteriori caratteristiche, anche se non tutte le simulazioni saranno spiegate in dettaglio. Di seguito vengono approfondite singole caratteristiche.

Età

Per il TR11 sono state eseguite analisi di diversi split per età all'interno dell'RCG di base. Sono stati esaminati tutti i limiti di età compresi tra 10 e 18 anni.

Per il TR15, è stata valutata la distribuzione per età dei casi con prestazione di base «Riabilitazione geriatrica» (BA.8). Sulla base di questa analisi, è stata definita l'età di 79 anni per la condizione combinata dell'RCG di base.

All'interno del TR15 è stato verificato per diverse fasce di età (per es. >64 anni, >69 anni, >74 anni ecc.) se siano riconoscibili differenze nel consumo di risorse, cosa che non era possibile nella base di dati attuale. Di conseguenza, non è stato attuato alcun ulteriore split per età.

Strumenti di misura e valutazioni nella riabilitazione

La CIRS è stata valutata nei pazienti adulti per verificarne l'idoneità come separatore di costi. Le analisi hanno dimostrato che la CIRS non è attualmente adatta come variabile esplicativa dei costi, motivo per cui non si riflette nella logica di raggruppamento.

Per quanto riguarda le valutazioni delle ADL, è stato verificato se sia possibile integrarle nella struttura tariffaria tramite i codici CHOP esistenti. Le analisi hanno però mostrato risultati parzialmente contraddittori sulla relazione tra limitazione funzionale e consumo di risorse. Per questo motivo si è rinunciato all'uso dei corrispondenti codici CHOP e la limitazione funzionale motoria/cognitiva è stata rappresentata tramite i codici ICD U50.- e U51.-.

ICD-10-GM

È stato verificato il potere esplicativo dei costi dei codici diagnostici Z94.- *Stato dopo trapianto di organi o tessuti* in diversi punti nel Grouper ST Reha versione 1.0. Nella differenziazione dei casi dell'RCG di base TR14 sono stati utilizzati in un punto.

Le diagnosi tumorali M90.7- *Frattura ossea in malattie neoplastiche* sono state verificate in funzione del raggruppamento dei casi in singoli RCG. Le analisi hanno dimostrato che queste diagnosi consentono di differenziare i casi per il TR16A.

CHOP 2019

Le analisi hanno dimostrato che i codici CHOP della categoria *Iniezione di sostanza antiinfettiva* sono esplicativi dei costi. Questi sono stati utilizzati per differenziare gli RCG di base TR15 *Riabilitazione geriatrica* e TR17 *Riabilitazione polmonare*.

4. Metodo di calcolo

4.1. Introduzione

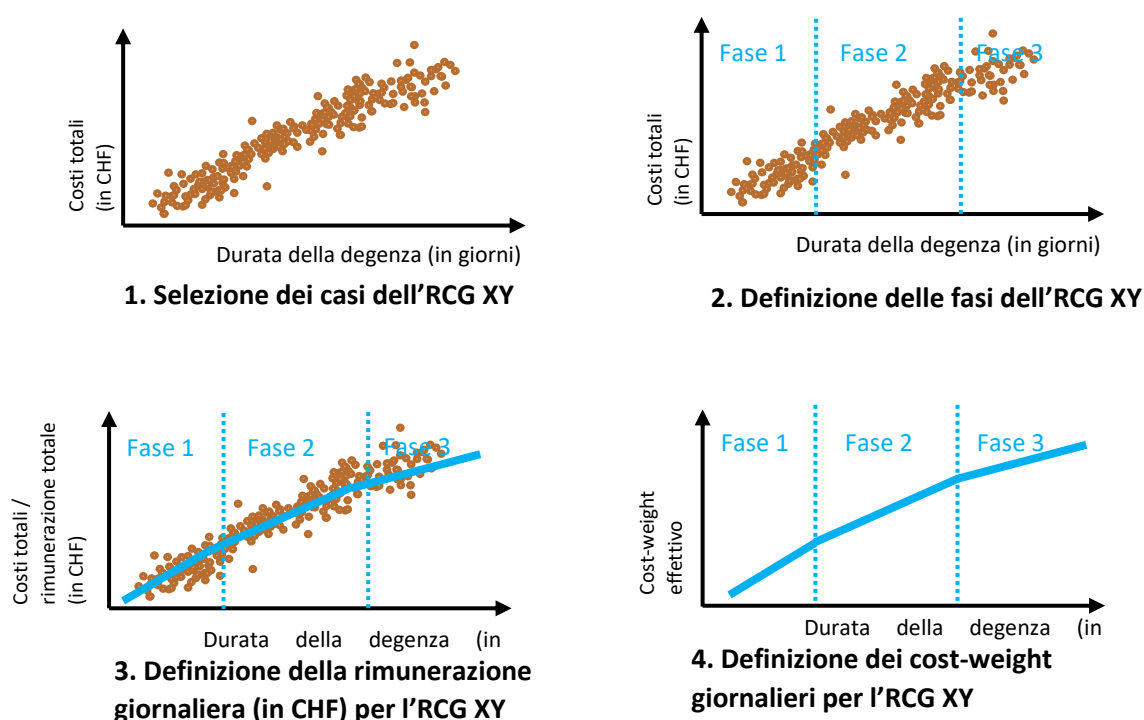
Dopo aver raggruppato i casi della riabilitazione ospedaliera, deve essere determinato un cost-weight per i vari RCG. Per la riabilitazione ospedaliera è stato sviluppato un nuovo modello tariffario che consente la remunerazione dei costi effettivi calcolati sulla base dei dati. Per tutti i gruppi di casi è possibile osservare una relazione fortemente lineare tra la durata della degenza (DD) e i costi per caso totali, motivo per cui nel modello remunerativo si tiene conto della durata della degenza e si indicano di conseguenza i cost-weight giornalieri.

I cost-weight giornalieri determinati per la ST Reha versione 1.0 riflettono adeguatamente i costi giornalieri effettivi e riducono quindi le distorsioni e i falsi incentivi nella struttura tariffaria. Mediante una convalida incrociata (cross validation) decuplicata viene impedito il sovradattamento (overfitting) dei coefficienti del modello. Il calcolo si basa su un'analisi di migliaia di modelli, dai quali vengono gradualmente eliminati quelli inadeguati. Le singole fasi del processo per determinare i singoli parametri e i cost-weight giornalieri per i rispettivi RCG fino a stabilire i cost-weight effettivi per caso possono essere così definite:

- Determinazione delle soglie della durata di degenza per le singole fasi
- Determinazione della remunerazione giornaliera teorica (in CHF)
- Condizioni integrative per la definizione del modello tariffario
- Scelta del miglior modello tariffario
- Determinazione dei cost-weight giornalieri
- Determinazione dei cost-weight effettivi per caso

Le fasi si applicano a ciascun RCG. Il processo per determinare i cost-weight giornalieri per i singoli RCG può essere suddiviso in quattro fasi principali, che vengono illustrate nella Figura 1.

Figura 1 Rappresentazione del processo per la determinazione dei cost-weight

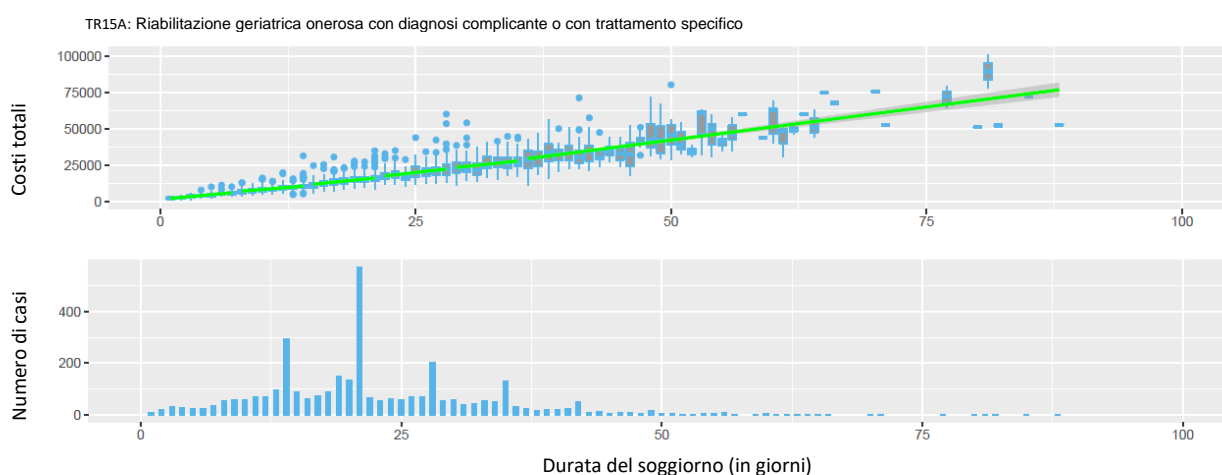


4.2. Condizioni per la definizione del modello tariffario

Le varie analisi dei dati mostrano che i costi totali aumentano linearmente con la durata della degenza per tutti gli RCG, sebbene non si possa osservare l'andamento dei costi dei singoli casi. È stato registrato un aumento notevole dei costi totali per tutti quei casi con durata della degenza in ospedale inferiore a una settimana. Nei casi con durata della degenza più lunga, l'aumento dei costi può risultare mitigato. Tra i costi totali e la durata della degenza è dunque possibile stabilire una correlazione positiva che può essere soggetta a fluttuazioni all'interno di un RCG.

L'andamento tipico dei costi totali in funzione della durata della degenza risulta evidente nel primo grafico di Figura 2 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** In questo contesto va notato che la riabilitazione clinica è caratterizzata da una distribuzione atipica della rispettiva durata di degenza. La maggior parte dei casi rimane effettivamente ricoverata in ospedale per due, tre o quattro settimane intere. Nonostante queste incidenze elevate di degenze di settimane, al modello tariffario è stata data la libertà di impostare le soglie della durata di degenza in un giorno qualsiasi.

Figura 2 Analisi dell'andamento dei costi e della durata della degenza sull'esempio del TR15A



Al fine di tenere conto di tali peculiarità e di evitare possibili falsi incentivi nel sistema, sono state stabilite le seguenti condizioni per determinare le soglie della durata di degenza e la remunerazione giornaliera.

1	La prima fase inizia il giorno 1.
2	Per i modelli con numero di fasi >1, l'ultima fase inizia non oltre il giorno 81.
3	Una fase dura almeno 3 giorni.
4	Una fase deve contenere almeno 25 casi.
5	Un RCG è suddiviso in un massimo di 3 fasi.
6	La remunerazione totale all'interno di una fase ha un andamento lineare.
7	Non sono consentiti salti di livello nella remunerazione totale.
8	Ogni fase deve essere di per sé in grado di coprire i costi.
9	Il tasso di crescita tra le remunerazioni giornaliere in CHF di due fasi deve essere almeno del 5%.
10	L'aumento della remunerazione totale nella fase X+1 deve essere inferiore all'aumento della remunerazione totale nella fase X.

11	La remunerazione totale deve aumentare in modo rigorosamente monotono.
12	La condizione relativa al grado di gravità all'interno di un RCG di base deve essere soddisfatta.

4.3. Scelta del miglior modello tariffario

Controllando ciascuna delle suddette condizioni, si riduce significativamente il numero di possibili modelli per i singoli gruppi di casi. Tuttavia, rimane ancora un certo numero di modelli che soddisfano tutte le condizioni. Dei restanti modelli, quello ottimale viene determinato con l'ausilio del MAPE (*Mean Absolute Percentage Error*) nell'ambito della procedura di convalida incrociata. Il MAPE è definito per il modello m e l'RCG r come segue:

$$MAPE_{m,r} = \frac{1}{R} \sum_{i=1}^R \left| \frac{ct_i - rte_{i,m}}{ct_i} \right| \quad [5]$$

Vale quanto segue:

$MAPE_{m,r}$: errore medio assoluto percentuale / <i>Mean Absolute Percentage Error</i> del modello m dell'RCG r :
ct_i	: costi totali (in CHF) del caso i
$rte_{i,m}$: remunerazione totale effettiva (in CHF) secondo il modello m del caso i
R	: numero di casi nell'RCG r

Per ogni RCG viene determinato il modello con il MAPE più piccolo. Questo parametro statistico offre il vantaggio di ponderare la differenza tra i costi totali constatati e la remunerazione totale effettiva, cosa che non avviene con singoli parametri alternativi, poiché con questi le grandi differenze e, quindi, i casi con costi totali molto elevati svolgono un ruolo importante nella determinazione del parametro.

4.4. Determinazione dei cost-weight giornalieri

Per determinare i cost-weight giornalieri si devono dividere le remunerazioni giornaliere teoriche (in CHF) per il valore di riferimento (normalizzazione). Il valore di riferimento è un valore determinato da SwissDRG SA che consente la conversione della remunerazione teorica in CHF in un cost-weight adimensionale.

Per la ST Reha versione 1.0, il valore di riferimento è determinato in modo tale che:

$$DMI = 1 \quad [6]$$

Ciò significa che il valore di riferimento è impostato in modo che il cost-weight giornaliero medio dei dati di calcolo sia uguale a 1. Per il resto si applica quanto segue:

$$DMI = \frac{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N cwe_i^{V1.0}}{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N ds_i} = \frac{\sum_{i=1}^N cwe_i^{V1.0}}{\sum_{i=1}^N ds_i} \quad [7]$$

e

$$\sum_{i=1}^N cwe_i^{V1.0} = \frac{\sum_{i=1}^N rte_i^{CHF,V1.0}}{VR} \quad [8]$$

Vale quanto segue:

N	: numero totale di casi plausibili
$cwe_i^{V1.0}$: cost-weight effettivo con ST Reha V1.0 del caso i
ds_i	: durata del soggiorno in giorni del caso i
$rte_i^{CHF,V1.0}$: retribuzione totale effettiva con ST Reha V1.0 (in CHF) del caso i
VR	: valore di riferimento

Ciò implica che

$$1 = \frac{\sum_{i=1}^N cwe_i^{V1.0}}{\sum_{i=1}^N ds_i} \quad [9]$$

$$1 = \frac{\sum_{i=1}^N rte_i^{CHF,V1.0} / VR}{\sum_{i=1}^N ds_i} \quad [10]$$

$$VR = \frac{\sum_{i=1}^N rte_i^{CHF,V1.0}}{\sum_{i=1}^N ds_i} \quad [11]$$

La ST Reha versione 1.0 è stata calcolata per coprire i costi. Ne consegue che la remunerazione totale è pari ai costi totali di quei casi identificati dai dati di calcolo. Pertanto, si applica quanto segue:

$$\sum_{i=1}^N rte_i^{CHF,V1.0} = \sum_{i=1}^N ct_{i,CHF} \quad [12]$$

Vale quanto segue:

$ct_{i,CHF}$: costi totali (in CHF) del caso i

Questo implica quanto segue:

$$VR = \frac{\sum_{i=1}^N ct_{i,CHF}}{\sum_{i=1}^N ds_i} \quad [13]$$

Il valore di riferimento della ST Reha versione 1.0 corrisponde quindi alla remunerazione giornaliera media in CHF, ovvero ai costi giornalieri medi di tutti i casi plausibili.

In base ai dati dell'anno 2019 è stato calcolato un valore di riferimento di 759 CHF. Questo valore viene ottenuto considerando i casi plausibili, cioè quei casi che sono stati utilizzati per il calcolo della ST Reha versione 1.0. Pertanto, il prezzo base ipotetico (vale a dire il prezzo base che copre esattamente i costi sostenuti per l'insieme dei dati di calcolo) corrisponde al valore di riferimento.

I cost-weight giornalieri per i singoli RCG sono determinati dividendo la remunerazione giornaliera (in CHF) per il valore di riferimento e arrotondando il risultato al terzo decimale:

$$cwg_{p,r} = \frac{rg_{CHF,p,r}}{VR} \quad [14]$$

Vale quanto segue:

$cwg_{p,r}$: cost-weight giornaliero della fase p dell'RCG r
 $rg_{CHF,p,r}$: remunerazione giornaliera (in CHF) della fase p dell'RCG r

4.5. Determinazione dei cost-weight effettivi per caso

Per ogni caso viene stabilito un cost-weight effettivo. La formula matematica per la determinazione di tale valore deve essere lievemente modificata in funzione della fase del rispettivo modello tariffario in cui è elencato il caso. A questo scopo esistono tre possibili scenari:

1. Il caso i si trova nella fase 1 dell'RCG r

$$cwe_i = ds_i * cwg_{f1} \quad [15]$$

2. Il caso i si trova nella fase 2 dell'RCG r

$$cwe_i = lss_{f1} * cwg_{f1} + (ds_i - lss_{f1}) * cwg_{f2} \quad [16]$$

3. Il caso i si trova nella fase 3 dell'RCG r

$$cwe_i = lss_{f1} * cwg_{f1} + (lss_{f2} - lss_{f1}) * cwg_{f2} + (ds_i - lss_{f2}) * cwg_{f3} \quad [17]$$

Vale quanto segue:

cwe_i : cost-weight effettivo del caso i
 ds_i : durata del soggiorno (in giorni) del caso i
 cwg_{f1} : cost-weight giornaliero della fase 1 dell'RCG r
 cwg_{f2} : cost-weight giornaliero della fase 2 dell'RCG r
 cwg_{f3} : cost-weight giornaliero della fase 3 dell'RCG r
 lss_{f1} : soglia superiore della degenza (in giorni) della fase 1 dell'RCG r
 lss_{f2} : soglia superiore della degenza (in giorni) della fase 2 dell'RCG r

La remunerazione totale effettiva (in CHF) di ciascun caso è pari al prodotto del cost-weight effettivo per il prezzo base negoziato individualmente tra gli ospedali e gli assicuratori interessati.

4.6. Intervento normativo: riduzione del cost-weight giornaliero dell'RCG TR80Z

Sulla base della consultazione della ST Reha versione 1.0 e delle richieste delle organizzazioni partner di SwissDRG SA è stato effettuato un intervento normativo sul cost-weight giornaliero dell'RCG TR80Z con il quale si possono prevenire falsi incentivi nel sistema. A tale scopo, il cost-weight giornaliero dell'RCG TR80Z è equiparato al più piccolo cost-weight giornaliero degli altri RCG.

Tale intervento ha il seguente effetto sul calcolo della struttura tariffaria ST Reha versione 1.0:

- Il cost-weight giornaliero di TR80Z viene ridotto al cost-weight giornaliero di TR19B.
- Per i dati di calcolo vale: $DMI < 1$ ($DMI = 0,998$). Questo perché i casi dell'RCG TR80Z ricevono un cost-weight effettivo inferiore.

- Anche la somma di tutti i cost-weight effettivi diminuisce di conseguenza, influenzando sul calcolo del prezzo base ipotetico, che si compone come segue:

$$HBR_{V1.0 \text{ dopo } l'intervento} = \frac{\sum_{i=1}^N ct_i}{\sum_{i=1}^N cwe_i^{V1.0 \text{ dopo } l'intervento}} \quad [22]$$

$$= 760 \text{ CHF}$$

Dove:

N : numero totale di casi plausibili
 ct_i : costi totali in CHF del caso i
 $cwe_i^{V1.0 \text{ dopo } l'intervento}$: cost-weight effettivo del caso i secondo V1.0 dopo l'intervento in TR80Z

La nuova remunerazione effettiva totale (in CHF) per un caso i è stimata come segue:

$$rte_i^{V1.0 \text{ dopo } l'intervento} = cwe_i^{V1.0 \text{ dopo } l'intervento} \times HBR_{V1.0 \text{ dopo } l'intervento}$$

- Pertanto, il prezzo base ipotetico non corrisponde più al valore di riferimento.
- Utilizzando il prezzo base ipotetico nuovamente calcolato e la remunerazione giornaliera di TR80Z, il grado di copertura dei singoli RCG non è più del 100%. L'RCG TR80Z ha un grado di copertura inferiore al 75%, mentre i rimanenti RCG hanno un grado di copertura leggermente in eccesso. La tabella 5 mostra il nuovo grado di copertura per RCG per i dati di calcolo. Pertanto, la condizione 8 non risulta più soddisfatta.

Tabella 5 Grado di copertura per RCG

RCG	Grado di copertura	RCG	Grado di copertura
TR11A	100,19%	TR15B	100,19%
TR11B	100,17%	TR16A	100,16%
TR11C	100,22%	TR16B	100,17%
TR13A	100,21%	TR16C	100,18%
TR13B	100,18%	TR17A	100,22%
TR13C	100,15%	TR17B	100,17%
TR14A	100,22%	TR18Z	100,20%
TR14B	100,20%	TR19A	100,22%
TR14C	100,17%	TR19B	100,19%
TR15A	100,17%	TR80Z	73,56%

4.7. Esempio di applicazione

A causa delle sue caratteristiche cliniche, un caso i viene assegnato dal Grouper all'RCG TR18Z. Inoltre, il caso ha una durata di degenza di 35 giorni. L'RCG TR18Z *Riabilitazione psicosomatica* si compone di tre fasi. Secondo il catalogo degli importi forfettari per caso ST Reha versione 1.0, si applica quanto segue:

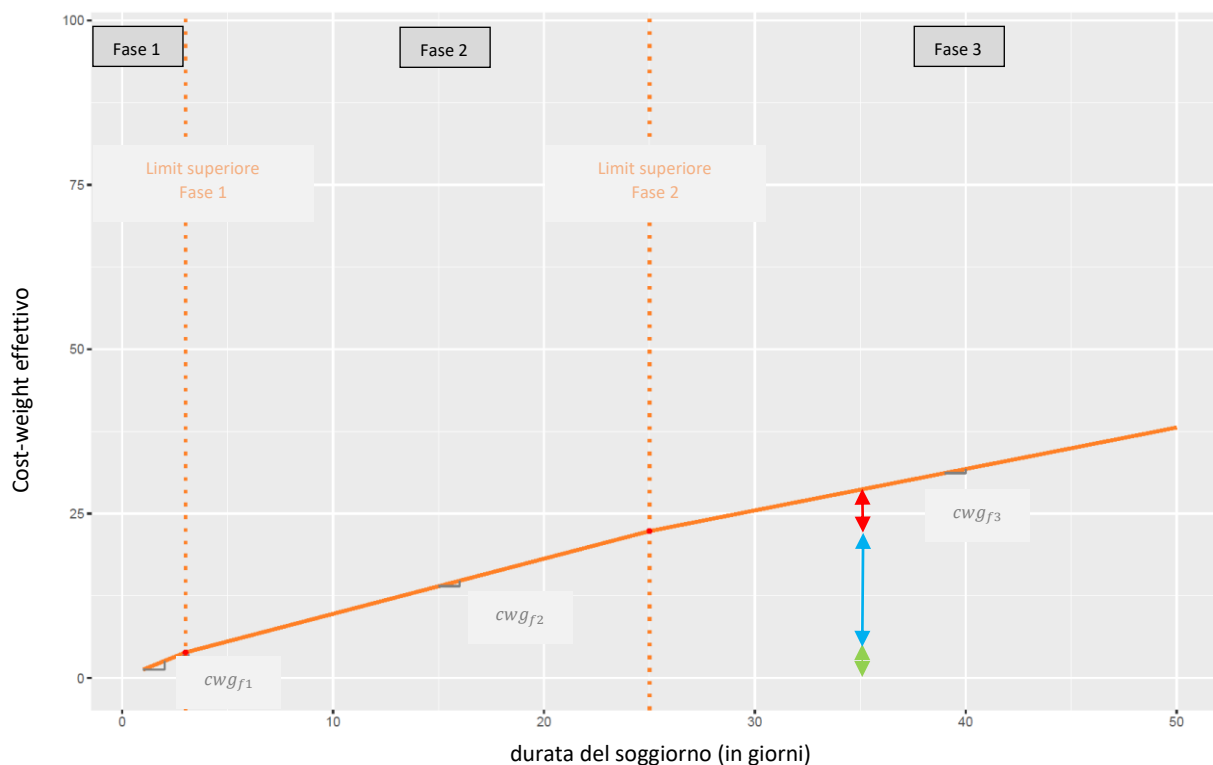
Figura 3 Estratto dal catalogo degli importi forfettari per caso RCG ST Reha versione 1.0

RCG	Descrizione RCG	Fase 1		Fase 2		Fase 3
		CWG ¹	LSS ²	CWG ¹	LSS ²	CWG ¹
TR18 Riabilitazione psicosomatica						
TR18Z	Riabilitazione psicosomatica	1.302	3	0.838	25	0.63

¹ CWG = cost-weight giornaliero² LSS = limite superiore in giorniPer il caso i si applica quanto segue:

- un cost-weight effettivo pari a:
 $cwe_i = 3 * 1,302 + (25 - 3) * 0,838 + (35 - 25) * 0,63 = 28,642$
- una remunerazione totale effettiva in CHF pari a:
 $rte_i = 28,642 * \text{prezzo base}$

Figura 4 Rappresentazione del cost-weight effettivo secondo la durata di degenza per l'RCG TR18Z Riabilitazione psicosomatica



5. Parametri

Nel prossimo capitolo sono illustrati i parametri per il calcolo in considerazione dell'intervento normativo nel cost-weight dell'RCG TR80Z.

Per la ST Reha versione 1.0 è stato calcolato un R^2 di 0,839. L' R^2 indicato deriva da una regressione semplice in cui i costi totali, compresi i costi di utilizzo delle immobilizzazioni, di un caso i sono la variabile dipendente, mentre il cost-weight effettivo (cwe_i) costituisce la variabile indipendente:

$$ct_i = \beta_1 + \beta_2 cwe_i + \varepsilon_i \quad [18]$$

Il Root Mean Squared Error (RMSE) raggiunge un valore di 6'545 CHF e viene calcolato nel modo seguente:

$$RMSE = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (ct_i - rte_i)^2} \quad [19]$$

dove ct_i sta per i costi totali del caso i e $rte_i = cwe_i * prezzo\ base\ ip_i$ per la sua effettiva remunerazione in CHF.

Il Mean Absolute Error (MAE) raggiunge un valore di 3'442 CHF e viene calcolato nel modo seguente:

$$MAE = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N |ct_i - rte_i| \quad [20]$$

Il Mean Absolute Percentage Error (MAPE) raggiunge un valore di 0,197 e viene calcolato nel modo seguente:

$$MAPE = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left| \frac{ct_i - rte_i}{ct_i} \right| \quad [21]$$

Più basso è il MAPE, migliore è la corrispondenza tra costi e remunerazione, il che significa che la qualità del modello aumenta.

Nella Tabella 6 vengono riepilogati questi diversi parametri qualitativi.

Tabella 6 Riepilogo dei parametri qualitativi della struttura tariffaria ST Reha versione 1.0

Versione	Anno di dati	durata \emptyset della degenza (giorni)	R^2	RMSE	RMSE / durata \emptyset della degenza	MAE	MAE / durata \emptyset della degenza	MAPE
ST Reha 1.0	2019	23,9	0,839	6'545	273,84	3'442	144,02	0,197

Le tabelle 7 e 8 mostrano i gradi di copertura (GC) per tipologie ospedaliere UST e per fasce d'età. Il grado di copertura confronta i costi con la remunerazione teorica. Si deve pertanto considerare il fatto che questi sono stati calcolati tenendo conto di un prezzo base ipotetico unitario di CHF 760.– per tutta la Svizzera e non rappresentano quindi l'esatta situazione (finanziaria) dei fornitori di prestazioni. Inoltre, nel calcolo del coefficiente di copertura non sono considerate le remunerazioni supplementari. Questi aspetti devono essere tenuti in considerazione nell'interpretazione dei gradi di copertura. Va inoltre notato che tra i singoli fornitori di prestazioni all'interno dei singoli gruppi indicati possono esistere fluttuazioni considerevoli che possono dipendere da caratteristiche specifiche dei singoli ospedali.

Tabella 7 Grado di copertura per tipologia ospedaliera UST

Tipologia ospedaliera UST	Numero di casi plausibili	Percentuale di dati di calcolo	Grado di copertura ST Reha 1.0
Ospedali universitari (K111 e K233)	6'208	10,4%	85%
K1* Ospedali generali (escl. K111)	11'428	19,2%	102%
K221 Cliniche di riabilitazione	38'306	64,3%	103%
K23* Altre cliniche speciali (escl. K233)	3'643	6,1%	88%

Tabella 8 Grado di copertura per fascia d'età

Fascia d'età	Numero di casi plausibili	Percentuale di dati di calcolo	Grado di copertura ST Reha 1.0
Meno di 19 anni	284	0,5%	100%
Da 19 a 64 anni	16'403	27,5%	98%
65 e più anni	42'898	72%	101%

Il DMI è stato calcolato analogamente per tipologia ospedaliera e per fascia d'età (vedere formula [7]). Le tabelle 9 e 10 mostrano i risultati di queste analisi.

Tabella 9 DMI per tipologia ospedaliera UST

Tipologia ospedaliera UST	durata \emptyset della degenza (giorni)	DMI ST Reha 1.0
Ospedali universitari (K111 e K233)	22,5	1,033
K1* Ospedali generali (escl. K111)	21,4	0,993
K221 Cliniche di riabilitazione	24,8	0,99
K23* Altre cliniche speciali (escl. K233)	24,6	1,041

Tabella 10 DMI per fascia d'età

Fascia d'età	durata \emptyset della degenza (giorni)	DMI ST Reha 1.0
Meno di 19 anni	44,5	1,712
Da 19 a 64 anni	26,3	0,978
65 e più anni	22,8	0,998

6. Riepilogo e prospettiva

I principali risultati concernenti lo sviluppo del sistema di ST Reha versione 1.0 sono riassunti nei seguenti punti.

- La struttura tariffaria si basa su dati attuali e plausibilizzati dei fornitori di prestazioni in Svizzera. La base di dati può essere considerata qualitativamente e quantitativamente sufficiente.
- ST Reha versione 1.0 rappresenta in modo appropriato la riabilitazione di bambini e adolescenti. Era disponibile un sufficiente numero di casi per la valutazione.
- I dati della riabilitazione paraplegiologica e della riabilitazione precoce sono stati esclusi dal calcolo.
- Sulla base dei dati è stato verificato se trattamenti specifici per la riabilitazione e altri trattamenti fossero idonei come criteri di split, e ne è stata dimostrata la rilevanza per il raggruppamento nella ST Reha versione 1.0. Il raggruppamento dei casi negli RCG di base tiene in considerazione i tipi di riabilitazione e le prestazioni di base della riabilitazione. La struttura tariffaria mostra quindi una correlazione diretta con le prestazioni.
- Sulla base dei dati è stato verificato se diagnosi principali e diagnosi secondarie fossero idonee come criteri di split, e ne è stata dimostrata la rilevanza per il raggruppamento nella ST Reha versione 1.0. In particolare, nella logica di raggruppamento sono state inserite, tramite codici diagnostici, le limitazioni funzionali cognitive e motorie.
- L'albero decisionale consolidato e la metodologia di calcolo dei cost-weight giornalieri sono concepiti come sistema autoapprendente, che consente un continuo ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.
- I modelli tariffari con più di tre fasi sono stati testati e scartati a causa della mancanza di valore aggiunto.
- È stata simulata l'ottimizzazione dei modelli tariffari utilizzando il MSE (Mean Square Error) al posto del MAPE. Grazie all'ottimizzazione della ponderazione dei casi è stato infine utilizzato il MAPE.
- L'acquisizione dei modelli di remunerazione di SwissDRG e TARPSY è stata verificata e scartata. A causa della forte relazione con la durata della degenza, si è rinunciato al modello degli importi forfettari per caso SwissDRG. Al fine di evitare anche in futuro il problema delle remunerazioni soglia variabili ai limiti delle fasi si è rinunciato all'uso della metodologia della TARPSY ed è stato adottato il nuovo modello.

La ST Reha versione 1.0 è costituita da 9 RCG di base, che sono differenziati in 21 RCG (20 valutati, 1 non valutato). Le definizioni esatte e i criteri di split sono descritti nel manuale delle definizioni. Per gli RCG sono stati calcolati cost-weight giornalieri che sono stati pubblicati nel catalogo RCG.

Ulteriori codici CHOP acquisiranno in futuro rilevanza di raggruppamento, al fine di migliorare ulteriormente la correlazione con le prestazioni e l'omogeneità dei costi della struttura tariffaria. Il catalogo CHOP 2020 è stato ampliato per includere codici CHOP specifici per la riabilitazione. Inoltre, deve essere migliorato l'utilizzo della classificazione CHOP nelle cliniche, in modo da ottenere una base di dati più ampia per l'analisi del consumo di risorse di casi con codici CHOP.

In futuro, dovrebbe essere evitata la codifica per analogia dei settori di prestazioni della riabilitazione. Al fine di garantire un raggruppamento di tutti i casi in un RCG di base specifico per la riabilitazione, è necessario proseguire con coerenza l'ulteriore sviluppo della classificazione CHOP.

Inoltre, ha validità il catalogo delle remunerazioni supplementari del catalogo degli importi forfettari per caso SwissDRG valido nell'anno di fatturazione, in modo da rendere possibile, mediante remunerazioni supplementari, la tariffazione di prestazioni non riabilitative durante la degenza (per es. la dialisi).