



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 12.0 rispetto alla versione 11.0

- Raccolta dati
- Elaborazione dei dati
- Sviluppo del Grouper
- Metodo di calcolo

Indice

INTRODUZIONE	2
1. RACCOLTA DATI	2
1.1. CODIFICA MEDICA	2
1.2. REGISTRAZIONE DI MEDICAMENTI E SOSTANZE COSTOSE.....	2
1.3. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	2
2. ELABORAZIONE DEI DATI	3
2.1. FILE DEI COSTI PER CASO	3
2.2. CORREZIONE IN BASE ALLE COMPONENTI DI COSTO	3
2.3. CONTROLLO DI PLAUSIBILITÀ DEI CASI	3
2.4. QUALITÀ DEI DATI DELLA RILEVAZIONE DETTAGLIATA	4
3. SVILUPPO DEL GROUPER	5
3.1. PANORAMICA SUI PRINCIPALI PUNTI DI SVILUPPO DELLA VERSIONE 12.0.....	5
3.1.1 <i>Medicina intensiva in UCI e IMCU</i>	5
3.1.2 <i>Matrice CCL</i>	5
3.1.3 <i>Trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche</i>	5
3.1.4 <i>Neonati e pediatria</i>	6
3.1.5 <i>Cure palliative</i>	7
3.2. REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DRG	8
3.2.1 <i>Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC</i>	8
3.2.2 <i>Altre ristrutturazioni inter-MDC</i>	8
3.2.3 <i>Malattie del sistema nervoso MDC 01</i>	10
3.2.4 <i>Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03</i>	12
3.2.5 <i>Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04</i>	12
3.2.6 <i>Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05</i>	12
3.2.7 <i>Malattie dell'apparato digerente MDC 06</i>	14
3.2.8 <i>Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07</i>	14
3.2.9 <i>Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08</i>	14
3.2.10 <i>Malattie dell'apparato urinario MDC 11</i>	16
3.2.11 <i>Apparato genitale femminile MDC 13</i>	16
3.2.12 <i>Gravidanza, parto e puerperio MDC 14</i>	17
3.2.13 <i>Neonati MDC 15</i>	18
3.2.14 <i>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16</i>	18
3.2.15 <i>Neoplasie ematologiche e solide MDC 17</i>	18
3.2.16 <i>Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi</i>	19
3.2.17 <i>Nuove remunerazioni supplementari</i>	19
3.2. VISIONE D'INSIEME SULLA PROCEDURA DI RICHIESTA	21
3.3. CONCLUSIONI.....	22
4. METODO DI CALCOLO	23
4.1. DETERMINAZIONE DEI COST-WEIGHT.....	23
4.2. CALCOLO DEL VALORE DI RIFERIMENTO	23
4.3. CALCOLO DI SUPPLEMENTI E RIDUZIONI.....	23
ALLEGATO A: CIFRE CHIAVE DELLO SVILUPPO DEL SISTEMA	24
INTRODUZIONE	24
BASE DI DATI	24
NUMERO DI DRG.....	25
VALIDITÀ DEL SISTEMA.....	26

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 12.0 (dati del 2019) rispetto alla versione 11.0 (dati del 2019) della struttura tariffaria nell'ambito del processo di revisione. Le modifiche riguardano il rilevamento e l'elaborazione dei dati, nonché il calcolo dei cost-weight e le rispettive cifre chiave. Il documento va inteso come un'armonizzazione a completamento dei documenti che sono stati presentati per l'autorizzazione tariffaria della versione 12.0 SwissDRG. Le informazioni dettagliate sui diversi punti possono essere consultate nei rispettivi documenti.

Lo sviluppo della versione 12.0 SwissDRG / 2023 si è basato sui dati ospedalieri del 2019 e sulle rilevazioni dettagliate dei dati del 2020 che sono state fornite.

1. Raccolta dati

Il Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA ha deciso di non utilizzare i dati del 2020 relativi a costi e prestazioni per l'ulteriore sviluppo del sistema. I dati del 2020 mostrano variazioni in termini di numero di casi, spettro di prestazioni e costi relativi ai casi che si muovono al di fuori delle normali fluttuazioni. La mancanza di delimitazione tra le forme dovute al COVID e quelle da esso indipendenti provocherebbe distorsioni nella struttura tariffaria.

L'ulteriore sviluppo viene condotto con i dati del 2019, con i quali viene calcolata la versione 12.0, inclusa una valutazione delle remunerazioni supplementari basata sulle rilevazioni dettagliate dei dati del 2020 che sono state fornite.

Di conseguenza, non sono stati apportati adeguamenti sostanziali alla raccolta dei dati.

1.1. Codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2019) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD10 GM 2018
- CHOP 2019

1.2. Registrazione di medicinali e sostanze costose

L'elenco dei medicinali e delle sostanze rilevabili nella Statistica medica per quanto riguarda i dati del 2020 è stato rivisto, con aggiunta o rimozione di principi attivi. Tuttavia, per lo sviluppo della tariffa sono state utilizzate le sostanze dell'elenco dell'anno 2019. Nello sviluppo e nella rettifica delle remunerazioni supplementari, i dati sulle sostanze e sulle quantità forniti dagli ospedali per l'anno 2019 sono stati valutati insieme ai costi emersi nella rilevazione dettagliata del 2020.

1.3. Rilevazione dettagliata

L'elenco di medicinali costosi, impianti e procedure della rilevazione dettagliata è stato adeguato. Sono stati necessari solo piccoli adeguamenti, come l'adattamento dei codici CHOP utilizzati alla nuova versione. Non sono state aggiunte nuove schede di registro. Le remunerazioni supplementari sono state perfezionate sulla base dei dati di costo del 2020. Inoltre, i dati relativi ai prezzi dei medicinali sono stati plausibilizzati, tra l'altro, con l'ausilio degli elenchi delle specialità (ES) del 2021 e del 2022.

2. Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto nel documento Direttive per i dati 2019, nella Parte B. Il processo è stato leggermente rivisto rispetto alla versione precedente. Come negli anni precedenti, il controllo di plausibilità dei casi è stato adattato alle nuove classificazioni e ulteriormente sviluppato.

2.1. File dei costi per caso

Gli ospedali hanno dovuto fornire i dati di costo del 2019 nel formato con 80 colonne (vedi Allegato D della Parte A).

2.2. Correzione in base alle componenti di costo

Analogamente alla versione precedente, i costi nella versione 12.0 sono stati rettificati esclusivamente sulla base delle singole componenti di costo. Concretamente significa che non si detrae l'importo da aggiornare dai costi totali, ma si correggono i costi laddove sono stati effettivamente sostenuti. Poiché i costi totali sono costituiti dalla somma delle singole componenti di costo, anche questa rettifica incide sui costi totali. Ciò garantisce una migliore comparabilità delle componenti di costo, in quanto, ad esempio, i costi per le remunerazioni supplementari sono corretti direttamente sulla base delle stesse componenti di costo interessate (p.es. medicinali, impianti).

Dopo individuazione dei casi aventi diritto a remunerazioni supplementari, viene determinato l'importo da correggere per ciascun caso. Questo importo si fonda sulla valutazione delle remunerazioni supplementari e delle informazioni indicate nel set di dati sulle prestazioni (p.es. dose dei medicinali, durata della dialisi continua). L'importo determinato è quindi detratto dalla rispettiva componente di costo. A tal fine, vengono utilizzate anche informazioni degli ospedali tratte dai questionari della fornitura dei dati. Si tratta di dati sulla contabilizzazione di costi per varie procedure con rilevanza per le remunerazioni supplementari.

Tutti gli ospedali non hanno costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (FuL) oppure regolano i costi sostenuti internamente prima di fornire i dati a SwissDRG SA. A questo proposito non è stato necessario alcun intervento da parte di SwissDRG SA.

2.3. Controllo di plausibilità dei casi

Nell'ambito della fornitura dei dati del 2019, i dati di ogni ospedale sono stati sottoposti a un controllo di plausibilità per rilevare errori sistematici nella registrazione dei dati e per identificare presunti casi erronei. I risultati dei test sono stati messi a disposizione degli ospedali tramite un'interfaccia sicura e specifica per ciascun ospedale. Il tempestivo riscontro inviato agli ospedali consente eventuali correzioni di casi e una nuova fornitura entro il termine regolare per la fornitura e contribuisce quindi a un miglioramento della qualità dei dati. Inoltre, tramite la funzione commento gli ospedali sono in grado di dare spiegazioni sui casi evidenziati. SwissDRG SA cerca sempre una discussione periodica approfondita con i singoli ospedali, al fine di illustrare i problemi sistematici e sensibilizzare in merito alla qualità dei dati forniti.

Poiché sono stati usati i dati del 2019, al momento del loro caricamento non è stata eseguita di nuovo la plausibilizzazione. Tuttavia, sono stati perfezionati i controlli di plausibilità esistenti e ne sono stati introdotti di nuovi, che saranno utilizzati per le future forniture di dati.

Controlli di plausibilità migliorati sono stati applicati anche ai dati del 2019 nel successivo processo di rettifica. Per la versione 12.0 SwissDRG è stato inoltre possibile effettuare controlli di plausibilità più approfonditi sui singoli casi. Ciò ha portato all'inclusione di casi che non sono stati utilizzati nella versione 11.0 SwissDRG e all'esclusione di casi non plausibili che erano ancora inclusi nella base di calcolo

della versione precedente. L'ulteriore sviluppo ha quindi aumentato la qualità dei dati, anche se la struttura quantitativa di tutti i casi utilizzati non è cambiata molto.

2.4. Qualità dei dati della rilevazione dettagliata

In linea di principio, per poter utilizzare una rilevazione dettagliata fornita deve essere presente almeno un caso di questo ospedale, per tenere conto di questo importo nel calcolo. SwissDRG SA controllerà le rilevazioni dettagliate per quanto riguarda i medicinali, al fine di assicurare che per tutti i casi forniti in cui sono stati usati medicinali siano presenti anche corrispondenti informazioni dettagliate e viceversa. Sfortunatamente ciò non è possibile con gli impianti, in quanto non possono essere assegnati in modo univoco ai codici CHOP. Si noti inoltre che alcune prestazioni sono offerte solo da pochissimi ospedali. Per le procedure è necessario in ospedale un calcolo dei costi complesso, la cui esecuzione nella qualità desiderata comporta difficoltà per molti ospedali.

Per quanto riguarda i medicinali va anche menzionato che molte remunerazioni supplementari corrispondono al prezzo ES e che anche molti ospedali indicano questo prezzo. Queste sono indicate nel documento sui dati dettagliati delle remunerazioni supplementari. Inoltre, il documento sui dati dettagliati contiene ora i parametri di distribuzione statistici desiderati (quantili, valore medio, deviazione standard) relativi ai dati sui prezzi forniti. Grazie all'adeguamento regolare dell'ES, i prezzi validi al momento del rilevamento non sono più necessariamente attuali. I prezzi forniti vengono quindi confrontati più volte con l'ES.

Alcuni ospedali forniscono prezzi che, a quanto pare, corrispondono al prezzo dell'ES senza IVA. SwissDRG SA lo segnala agli ospedali, ma questi prezzi non possono poi essere utilizzati. Lo stesso vale anche nel caso in cui al posto del prezzo della confezione viene registrato quello della singola compressa o flaconcino. Nell'ambito dei riscontri diretti sulla rilevazione dettagliata, gli ospedali vengono messi al corrente di prezzi troppo elevati, troppo bassi o fortemente modificati (rispetto all'ES o all'anno precedente). Ciò consente agli ospedali di aumentare ulteriormente la qualità dei dati nella successiva rilevazione dettagliata.

3. Sviluppo del Grouper

3.1. Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 12.0

Per quanto riguarda i punti di sviluppo principali va menzionata la rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse che vengono trattati sia in una unità di terapia intensiva sia in Intermediate Care Station. Sulla base di nuove analisi approfondite dei dati e di numerose indicazioni degli utenti è stato possibile migliorare la rappresentazione di casi specifici con diagnostica impegnativa, casi di medicina neonatale e pediatrica e casi di trapianti. Ulteriori analisi di casi impegnativi con diagnosi secondarie specifiche hanno portato a un ulteriore sviluppo della matrice CC in associazione con split PCCL supplementari. Ancora una volta, al centro dell'ulteriore sviluppo è stato posto anche il trattamento complesso di medicina palliativa.

3.1.1 Medicina intensiva in UCI e IMCU

Le analisi hanno mostrato un deficit di rappresentazione per pochi casi con una degenza breve (basso numero di punti risorse) sia in unità di terapia intensiva che in Intermediate Care. In combinazione con la procedura «step down/step up», queste costellazioni di casi hanno potuto essere rappresentate in modo migliore a livello di sistema in altre 4 MDC:

- MDC 01: inserimento nello split per il DRG B36B con «*Terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse e trattamento complesso IMC > 196/828 punti risorse*»;
- MDC 04: nel DRG di base E90 «*Terapia intensiva complessa > 196/119 punti risorse e trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse*»;
- MDC 06: nel DRG di base G37 «*Terapia intensiva complessa > 184 punti risorse e trattamento complesso IMC > 184 punti risorse*»;
- MDC 15: inserimento nello split per il DRG P02A «*Terapia intensiva complessa > 392 punti risorse e trattamento complesso IMC > 588 punti risorse*».

3.1.2 Matrice CCL

La prosecuzione dei lavori sulla versione 11.0 per quanto riguarda la matrice CCL, le tabelle di esclusione e gli split PCCL ha portato a una nuova rappresentazione differenziata di casi impegnativi. Come risultato sono state aggiunte 18 diagnosi ICD alla matrice CCL, sono stati rivalutati 3 codici diagnostici e sono stati svalutati 2 codici. È stato inoltre possibile creare 11 ulteriori split PCCL, in particolare anche rivalutazioni per i casi con PCCL > 5. Nel complesso, questi adeguamenti garantiscono una sempre maggiore differenziazione della logica del grado di gravità. Gli split PCCL di nuova creazione sono elencati singolarmente nella sezione 3.2 «Revisione della classificazione DRG», nelle corrispondenti MDC.

3.1.3 Trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche

Secondo un richiedente, la qualità degli organi del donatore differisce in funzione del fatto che la donazione sia avvenuta a causa di una morte cerebrale primaria (DBD) o secondaria (DCD), il che influisce in modo significativo sui costi di un trapianto. È stata richiesta una verifica.

- I casi non sono identificabili nei dati, perché non esiste un codice ICD/CHOP che li contrassegni.
- Dalla verifica dei casi con ricerca di complicazioni è emersa la possibilità di rivalutare i casi con trapianto di fegato e dialisi nel DRG A01A «*Trapianto di fegato con respirazione assistita > 59 ore o con rigetto del trapianto o con altro trapianto d'organo specifico o dialisi o età < 16 anni*».

Sono state riviste le condizioni di split entro il DRG di base A04 «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, allogeneico*» e nel DRG di base A15 «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo*». È stato riscontrato che il gruppo di casi di età «< 16 anni» non era adeguatamente rappresentato.

- L'integrazione del criterio di split «età < 16 anni» per il DRG A15A si è dimostrata appropriata.
- Per la rappresentazione equivalente di questi casi, è stato creato il nuovo DRG A04A nel DRG di base A04 con il criterio di split «età < 16 anni».
- La condizione «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, almeno 14 giorni di trattamento*» nel DRG A04B è stata sostituita da «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*» in combinazione con un «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da almeno 42 giorni di trattamento*».
- Inoltre, è stato possibile rivalutare casi entro il DRG di base A15 con la condizione «*PCCL > 5*» o un «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da almeno 21 giorni di trattamento*».
- Per il DRG A15C, i casi con leucemia linfatica acuta in combinazione con una terapia con cellule CAR-T si sono rivelati un criterio di split appropriato.
- In questo modo è stato possibile rappresentare correttamente questi casi.

È stata richiesta la verifica della rappresentazione di casi con «*ripresa ritardata della funzionalità dopo trapianto*» nel DRG di base A17 «*Trapianto di rene*».

- Sono stati rivalutati i casi con un trapianto di rene e un ritardo di ripresa funzionale del trapianto.
- A tal fine sono stati inclusi i codici ICD T86.10 «*Peggioramento funzionale acuto di trapianto renale*»; T86.11 «*Peggioramento funzionale cronico di trapianto renale*» e T86.12 «*Ripresa ritardata della funzionalità dopo trapianto*» nella condizione di split del DRG A17A «*Trapianto di rene con insufficienza postoperatoria dell'organo trapiantato o età < 18 anni o trapianto ABO-incompatibile o con CC gravissime o diagnosi specifica*».

A causa di una osservazione proveniente da una procedura di richiesta sono stati esaminati casi con una valutazione per il trapianto nel DRG di base I66 «*Altre malattie del tessuto connettivo, più di un giorno di degenza*» della MDC 08.

- Sulla base dei dati è emerso che i casi con una valutazione per il trapianto di polmone sono sottorimunerati. Di conseguenza, questi casi sono stati rivalutati nel DRG I66A.

3.1.4 Neonati e pediatria

Nell'ambito di un esame differenziato dei casi con una diagnostica altamente costosa sono stati notati anche casi impegnativi all'interno della MDC 15. È emerso che determinate prestazioni, come p.es. i codici CHOP 99.A3.11-13 «*Diagnostica neuropediatrica complessa...*» e 99.A2.11 «*Diagnostica di base per complesso di sintomi non chiari nel bambino con diagnostica genetica*» e 99.A5.31 «*Accertamento complesso in caso di sospetto o prova di abuso infantile o negligenza verso neonati, lattanti, bambini e adolescenti*», mostrano un elevato consumo di risorse a causa dell'ambito stazionario e interdisciplinare e della elevata interdisciplinarietà.

- Di conseguenza, queste prestazioni sono state rivalutate nei DRG di base P05 «*Neonato, peso all'ammissione > 1999 g con procedura OR significativa o respirazione assistita > 95 ore o terapia intensiva complessa > 392 punti risorse*» e P66 «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g o peso all'ammissione > 2499 g con costellazioni specifiche o diagnostica pediatrica specifica*».

Nell'ambito della procedura di richiesta è stata sollecitata una verifica di tutti i casi nella MDC 15 con malformazioni o necrosi del tratto digerente o della parete addominale, nonché dei casi con interventi in più tempi.

- In un'analisi dei DRG all'interno della MDC 15 sono state confermate le osservazioni del richiedente, ossia che soprattutto i casi di lungodegenti o di outlier con diversi interventi generano un chiaro onere aggiuntivo che si riflette anche nei costi.
- Questi casi sono ora raggruppati nel DRG di base P02 con la condizione «*Interventi in più tempi*».
- Una rappresentazione appropriata dei casi estremamente costosi viene ottenuta attraverso i punti risorse di terapia intensiva complessa e/o trattamento complesso IMC.
- La sola rilevanza di raggruppamento delle ore di respirazione assistita si è dimostrata non più appropriata.
- Grazie a queste ristrutturazioni è stato possibile ottenere nel settore degli outlier, ma anche in tutti i DRG della MDC 15, una migliore omogeneità e una rappresentazione dei casi appropriata e adeguata ai costi.

I codici CHOP con «*riparazione di ernia diaframmatica,*» erano rappresentati in modo differente nella MDC 15.

- Le analisi hanno dimostrato che questa mappatura non è appropriata, per cui è stata condotta una equiparazione di questi codici nel DRG di base P02 «*Interventi cardiotoracici o vascolari o intervento in più tempi su neonati*».

3.1.5 Cure palliative

Per il DRG di base A97 ci è stato chiesto di verificare l'omogeneità dei costi, con particolare attenzione ai casi con una «*procedura complessa*» o con una «*procedura complicante*». Inoltre, si chiedeva di verificare anche la rappresentazione di casi con un codice CHOP da «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide...*» della MDC 17.

- È stato possibile rivalutare nel DRG A97B i casi con una «*procedura complessa o complicante*» in combinazione con un «*trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*».
- Inoltre, è emerso che i casi nel DRG di base A93 «*Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione*» presentano spesso anche trattamenti complessi di medicina palliativa e un elevato consumo di risorse. Di conseguenza, il DRG di base A93 è stato incluso nello split per il DRG A97B, anch'esso in combinazione con una «*procedura complessa o complicante*».

Nell'ambito della verifica è stato osservato anche che entro il DRG di base A97 si trovavano casi che soddisfacevano la condizione del DRG R01A «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante e CC estremamente gravi, o intervento specifico...*», ma che non erano raggruppati nella MDC 17 a causa delle prestazioni di medicina palliativa.

- Con l'inclusione del DRG R01A come criterio di split per il DRG A97B è stato possibile ottenere un miglioramento della rappresentazione di questi casi.
- Inoltre, sono stati rivalutati nel DRG A97E anche i casi con la condizione del DRG R01B «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante o CC estremamente gravi, con procedura specifica o età < 18 anni*».

Un richiedente fa riferimento a una sottorimunerazione di casi con un trattamento complesso di medicina palliativa e un contemporaneo trattamento complesso per la terapia del dolore.

- La rappresentazione dei casi con una terapia del dolore multimodale in combinazione con un trattamento di medicina palliativa nel DRG di base A97 «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*» si è dimostrata appropriata.
- Tuttavia, i casi con un *concomitante «trattamento complesso del dolore acuto da 14 e più giorni di trattamento»* mostravano una sottorimunerazione e ora sono rivalutati nel DRG A97A.

3.2. Revisione della classificazione DRG

3.2.1. Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC

Un gran numero di ristrutturazioni inter-MDC all'interno della pre-MDC sono già elencate al punto 3.1 «Panoramica sui principali punti di sviluppo». Si tratta di ristrutturazioni nel campo della medicina dei trapianti e della medicina palliativa.

Radioterapia

Dopo la rettifica dei costi a causa delle nuove remunerazioni supplementari, nei DRG A93B «*Radioterapia, più di 19 sedute di irradiazione o CC estremamente gravi*» e A93C «*Radioterapia, più di 8 irradiazioni*» non è stata più rilevata alcuna differenza di costo.

- Condensazione dei DRG A93C e A93B nel DRG A93B.
- Inserimento della condizione «*CC estremamente gravi*» nel nuovo DRG A93B.
- Eliminazione del DRG A93D.

3.2.2. Altre ristrutturazioni inter-MDC

Isolamento

Nell'ambito della procedura di richiesta del 2021 è stata sollecitata la verifica inter-MDC di tutti i tipi di isolamento del gruppo CHOP 99.84 «*Isolamento*», in particolare nella MDC 04. Inoltre, è stata richiesta anche la verifica concreta per l'ammissione dei gruppi CHOP da 99.84.2 «*Isolamento da goccioline, secondo il numero di giorni di trattamento*» a 99.84.5 «*Isolamento protettivo in stanza speciale, secondo il numero di giorni di trattamento*» nel DRG di base E77 «*Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio*». Tuttavia, le analisi hanno anche dimostrato che in molte posizioni alcuni tipi di isolamento non hanno proprietà di separazione dei costi. Mediante analisi inter-MDC dei DRG è stato possibile identificare casi estremamente costosi in singoli DRG con agenti multiresistenti. A seguito di queste analisi sono stati inoltre identificati nuovi split PCCL. Con le seguenti ristrutturazioni è stato possibile migliorare notevolmente la rappresentazione di questi casi altamente costosi.

- I codici CHOP 93.59.51-*53 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti,...*» da 7 giorni di trattamento sono raggruppati nei DRG da T60A a T60C.
- I codici CHOP 93.59.52-*53 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti,...*» da 14 giorni di trattamento sono raggruppati nel DRG T60A.
- Adeguamento delle condizioni di split nel DRG di base A15 con uno split pediatrico < 16 anni, isolamento protettivo o uno split PCCL > 5 per il nuovo DRG A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo, con CC gravissime o età < 16 anni o isolamento specifico*».
- Split PCCL > 5 per il nuovo DRG A07B «*Respirazione assistita > 499 ore con procedura OR complessa o politrauma o terapia a pressione negativa complessa, con CC gravissime*».
- Split PCCL > 5 per il DRG E36C «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa > 196/184 punti risorse con procedura OR complessa o CC gravissime*».

- Split PCCL > 5 per il DRG F36A «*Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare con terapia intensiva complessa > 784/1380 punti risorse o intervento altamente complesso e respirazione assistita > 95 ore con costellazione specifica, o terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse con procedura OR complessa o terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse o intervento vascolare complesso con macchina cuore-polmone o endoarteriectomia polmonare, e CC gravissime*».
- Split PCCL > 5 per il nuovo DRG T36A «*Malattie infettive e parassitarie con terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse o procedura OR complessa, e CC gravissime*».
- Split PCCL > 3 per il nuovo DRG T64A «*Altre malattie infettive e parassitarie con CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza*».
- I casi con grande assorbimento di risorse del DRG di base W01 con un PCCL > 5 sono ora raggruppati nel DRG W36Z «*Politrauma, terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse o riabilitazione neurologica precoce da 14 giorni di trattamento o costellazione specifica con CC gravissime*».

DRG da un giorno di degenza

Un richiedente ha sollecitato una revisione urgente inter-MDC dei casi da un giorno di degenza con considerazione di procedure specifiche.

- Le analisi hanno confermato la sottorimunerazione in singoli DRG. Mediante le seguenti ristrutturazioni è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata dei casi con un giorno di degenza con grande assorbimento di risorse:
- Nuova condizione di split nel DRG di base G86, grazie alla quale sono stati rivalutati i casi che presentano come diagnosi principale un «*ascesso nella regione anale e rettale*». Questi vengono ora raggruppati nel DRG G86A «*Malattie e disturbi dell'apparato digerente e diagnosi complicante, un giorno di degenza*».
- Nuova condizione di split nel DRG di base N86. I casi con una «*malattia infiammatoria di vulva e vagina*» sono raggruppati nel nuovo DRG N86A «*Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile e diagnosi complicante, un giorno di degenza*».
- Nuova condizione di split nel DRG di base T86. I casi con una «*setticemia*» e trasferimento dopo 1 giorno di degenza vengono raggruppati nel nuovo DRG T86A «*Malattie infettive e parassitarie con setticemia e trasferito, un giorno di degenza*».
- Nuova condizione di split nel DRG di base Z86; i casi con DS «*Esiti di trapianto d'organo*» sono raggruppati nel nuovo DRG Z86A «*Fattori che influenzano lo stato di salute, e altro ricorso ai servizi sanitari ed esiti di trapianto d'organo, un giorno di degenza*».

Terapia a pressione negativa e sbrigliamento

Le analisi hanno dimostrato che la tabella OR nella funzione globale «*terapia a pressione negativa*» con l'elenco dello «*sbrigliamento, secondo la localizzazione*» non è completa.

- Sulla base dei dati è stato possibile integrare nella tabella i due codici CHOP 77.67.20 «*Sbrigliamento della tibia*» e 77.67.21 «*Sbrigliamento della fibula*».
- Il codice CHOP 77.66.20 «*Sbrigliamento della rotula*», invece, non ha potuto essere inserito.
- Rappresentazione appropriata di questi casi.

Interventi gastrointestinali

Nella tabella OR della funzione globale «*procedure OR complesse*» non sono elencati determinati interventi al tratto gastrointestinale.

- È stata effettuata l'integrazione dei codici CHOP mancanti 44.31.1- «*Bypass gastrico prossimale,...*», 44.31.4- «*Bypass gastrico Roux-en-Y,...*» e 45.97.1- «*Nuova confezione di anastomosi al piede d'ansa del tenue,....*».
- In questo modo i casi sono rappresentati in modo appropriato.

3.2.3. Malattie del sistema nervoso MDC 01

Secondo un richiedente, i casi con una spasticità alla mano, p.es. dopo lesione cerebrale in caso di trauma, lesione del motoneurone superiore o lesioni midollari cervicali, e un *«trattamento complesso della mano»* sono generalmente sottorimunerati nella struttura tariffaria. È stata richiesta una verifica per la creazione di un DRG di base separato con split basato sui giorni di trattamento.

- Le analisi non hanno mostrato una generale sottorimunerazione di questi casi.
- I casi nel DRG di base B71 *«Malattie dei nervi cranici e periferici, ...»* presentano tuttavia un elevato consumo di risorse.
- Inclusione della condizione di split *«trattamento complesso della mano, da 7 giorni di trattamento»* nel DRG B71B e di conseguenza rappresentazione adeguata di questi casi nella MDC 01.
- Per la creazione di un DRG di base separato il numero di casi è troppo basso e la rappresentazione nella struttura tariffaria è attualmente appropriata.

In una richiesta è stato osservato che il codice ICD G40.9 *«Epilessia non specificata»* avrebbe una valutazione superiore rispetto alle diagnosi principali esattamente definite e particolari, ed è stata sollecitata una verifica della logica del Grouper.

- Le analisi hanno confermato una sovrarimunerazione di questi casi.
- È stato incluso il codice ICD G40.9 *«Epilessia non specificata»* nel DRG di base B76 *«Crisi epilettiche o video-EEG o trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento, più di un giorno di degenza»*.
- L'inclusione di altri codici ICD G40 *«epilessia»* come G40.09, G40.6, G40.7 e G41.9 nel DRG di base B76 ha permesso di aumentare l'omogeneità medica nel DRG di base B76 e di ottenere una rappresentazione appropriata dei casi.
- I codici CHOP 99.A6.1* *«Diagnostica neurologica complessa...»* sono ora raggruppati come condizione singola nel DRG B76E o B76F.
- Rappresentazione adeguata di questi casi nel DRG di base B76.

Un richiedente ha richiesto l'inclusione del codice CHOP 93.89.1J *«Riabilitazione precoce neurologico-neurochirurgica, fino a 6 giorni di trattamento»* per il DRG B70A.

- Questo codice CHOP non è adatto come variabile di separazione dei costi, in quanto non vi è alcuna indicazione minima dei giorni di trattamento e quindi non è riconoscibile alcuna differenza di costo.
- Tuttavia, le analisi hanno mostrato che i casi con limitazioni funzionali motorie da gravi a molto gravi (codici ICD U50.4 e U60.5) e un indice Barthel per la riabilitazione precoce a partire da 76 punti (codici ICD U52.2 e U52.3) non sono rappresentati in modo appropriato nel DRG B70C.
- I casi vengono ora raggruppati nel DRG B70A *«Apoplessia con trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto > 72 ore, con diagnosi complicante o grave disturbo funzionale motorio o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza»*.

Le analisi hanno dimostrato che le condizioni di split nel DRG B03A non sono più appropriate.

- Nuova assegnazione dei casi con bambini < 16 anni in un nuovo DRG B03B *«Interventi operatori per para- o tetraplegia, malattia cerebrale e interventi per paralisi cerebrale, distrofia muscolare, neuropatia o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale, età < 16 anni»*.
- In tal modo è stato possibile migliorare la corretta rappresentazione di tutti i casi nel DRG di base B03 *«Interventi operatori per para- o tetraplegia, malattia cerebrale e interventi per paralisi cerebrale, distrofia muscolare, neuropatia, o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale»*.

In una richiesta è stata chiesta la verifica del codice CHOP 03.6 «*Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*» in combinazione con il codice ICD G95.0 «*Siringomielia e siringobulbia*» come diagnosi principale o secondaria.

- Le analisi hanno confermato una sottorimunerazione di questa costellazione di casi nel DRG B03C.
- Inserimento del codice CHOP 03.6 «*Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*» nella tabella B03-5 per il DRG B03C «*Interventi operatori per para- o tetraplegia, malattia cerebrale e interventi per paralisi cerebrale, distrofia muscolare, neuropatia o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale, e procedura complicante, età > 15 anni*».
- Rappresentazione di questi casi adeguata ai costi nel nuovo DRG B03C.

Un richiedente ha chiesto la verifica di un altro DRG all'interno del DRG di base B81 «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso, più di un giorno di degenza*» con casi che presentano come diagnosi principale F03 «*Demenza non specificata*» o F01.9 «*Demenza vascolare, non specificata*», poiché nel DRG B81C sono sottorimunerati.

- Sulla base della richiesta sono state verificate e simulate diverse costellazioni.
- Non sono stati rilevati costi aggiuntivi in relazione alle diagnosi indicate dal richiedente e quindi non è stata effettuata alcuna rivalutazione.
- Tuttavia, le analisi hanno evidenziato costi aggiuntivi per i casi con un PCCL > 3.
- I casi con un PCCL > 3 sono ora raggruppati nel DRG B81B «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso con diagnosi complessa o diagnostica neurologica complessa o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza, età > 15 anni*».
- Miglioramento delle immagini nel DRG di base B81.

Un richiedente ha descritto la svalutazione di interventi endovascolari intracranici in caso di concomitanti interventi extracranici.

- Le analisi hanno confermato una rappresentazione inappropriata di casi con interventi endovascolari eseguiti in concomitanza su vasi intracranici ed extracranici.
- Allo stesso tempo, sono state notate procedure che non sono rappresentate nella tabella degli interventi endovascolari intracranici.
- Inclusione di tutti i codici CHOP del gruppo CHOP 39.72.1 «*Embolizzazione selettiva di vasi intracranici*» nella tabella degli interventi endovascolari intracranici.
- Ulteriore criterio di split con interventi endovascolari su vasi intracranici ed extracranici per il DRG di base B01 «*Procedure OR complesse in più tempi per malattie e disturbi del sistema nervoso o chirurgia dell'epilessia con video-EEG invasivo preoperatorio o interventi extracranici e intracranici*».
- I casi con interventi endovascolari su vasi intracranici ed extracranici e una terapia intensiva complessa sono raggruppati nel DRG B01A «*Procedure OR complesse in più tempi o interventi extracranici e intracranici per malattie e disturbi del sistema nervoso, con terapia intensiva complessa > 196/184 punti risorse*».
- Lo split per il DRG B20D non poteva più essere mantenuto a causa del basso numero di casi, motivo per cui i precedenti DRG B20D e B20E sono stati condensati ed è stato creato un nuovo DRG B20D «*Interventi intracranici specifici o complessi o intervento maggiore alla colonna vertebrale*».

Nell'ambito della procedura di richiesta è stata chiesta la verifica della logica del Grouper nel DRG di base B70 «*Apoplessia*». Secondo il richiedente, il trattamento neurologico complesso riduce il cost weight. I casi con apoplessia, con diagnosi complicante o limitazioni funzionali motorie gravi e un trattamento neurologico complesso sono sottorimunerati.

- Le analisi non hanno mostrato alcuna sottorimunerazione di queste costellazioni di casi.

- Tuttavia, le analisi hanno mostrato una sovrarimunerazione di casi con trombolisi e un giorno di degenza nel DRG B70I.
- Questi casi sono ora raggruppati nel DRG B70J «*Apoplessia con trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto da > 23 ore a < 48 ore o trombolisi, un giorno di degenza*».

Finora le malattie tubercolari che interessano il sistema nervoso erano rappresentate, come tutte le altre malattie tubercolari, nella MDC 04 «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio*».

- A causa dell'omogeneità medica, i quattro codici ICD sono stati inseriti nella MDC 01 «*Malattie e disturbi del sistema nervoso*» e nel DRG di base B72 «*Infezione del sistema nervoso eccetto meningite virale*».
 - A17.0 «*Meningite tubercolare*»
 - A17.1 «*Tuberculoma meningeo*»
 - A17.8 «*Altre forme di tubercolosi del sistema nervoso*»
 - A17.9 «*Tubercolosi del sistema nervoso non specificata*»
- Queste diagnosi sono in tal modo rappresentate nella MDC 01 in modo corretto e adeguato alle risorse impiegate.

3.2.4. Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03

Sulla base di una richiesta, nel DRG di base D13 «*Tonsillectomia o adenectomia eccetto che per neoplasia maligna*» è stato riesaminato il criterio di split dell'intervento in più tempi.

- È stato dimostrato che i casi con interventi in più tempi presentano considerevoli costi aggiuntivi. Per questo motivo è stato introdotto un nuovo D13A con il criterio di split degli interventi in più tempi, che ha consentito quindi una appropriata rappresentazione dei casi.

3.2.5. Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04

Un richiedente ha segnalato la sottorimunerazione di casi nel DRG E65C «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva con broncoscopia rigida, più di un giorno di degenza*» e ha chiesto una rivalutazione mediante split PCCL o nuovo raggruppamento nel DRG E64B.

- Nelle analisi non è stato possibile individuare un separatore di costi nel DRG E65C.
- Tuttavia, nel DRG E65E i costi aggiuntivi erano riconoscibili con un PCCL > 2.
- Il DRG E65E è stato diviso e casi con un PCCL > 2 sono raggruppati nel nuovo DRG E65E «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva con CC gravi ed età > 15 anni, più di un giorno di degenza*».
- Rappresentazione appropriata di questi casi.

Nell'ambito della procedura di richiesta è stato sollecitato il riesame di casi sottorimunerati nei DRG E77C, E77D ed E77E o la rivalutazione di singoli codici ICD «*Polmonite*».

- Le analisi hanno mostrato una sottorimunerazione di casi con un PCCL > 4.
- Uno split PCCL > 4 è stato inserito per il DRG E77A «*Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio con diagnosi complicante... o CC gravissime, più di un giorno di degenza*».

3.2.6. Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05

Il codice CHOP 38.15.30 «*Endarteriectomia dell'arteria polmonare*» è stato descritto da un richiedente come molto costoso, poiché questo intervento deve essere eseguito con arresto circolatorio totale (per i codici CHOP per la circolazione extracorporea a meno di 26 °C si veda di seguito). Finora l'intervento era rappresentato nel DRG di base F37 «*Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare con*

terapia intensiva complessa > 184 punti risorse o trattamento complesso IMC > 196/360 punti risorse», dove secondo il richiedente non era remunerato in modo adeguato alle risorse impiegate.

- Le analisi hanno potuto confermare i costi aggiuntivi per questa costellazione.
- Inserimento del codice 38.15.30 «*Endarteriectomia dell'arteria polmonare*» in combinazione con i seguenti codici CHOP per la circolazione extracorporea a meno di 26 °C nel DRG di base F36.
 - 39.61.13 «*Circolazione extracorporea [CEC] convenzionale in ipotermia marcata (da 20 a meno di 26 °C)*».
 - 39.61.14 «*Circolazione extracorporea [CEC] convenzionale in ipotermia profonda (meno di 20 °C)*».
- Inserimento del codice CHOP 38.15.30 «*Endarteriectomia dell'arteria polmonare*» separatamente nel DRG F36B «*Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare con terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse con procedura OR complessa o terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse o intervento vascolare complesso con macchina cuore-polmone o endoarteriectomia polmonare*».
- Rappresentazione di questi casi adeguata alle risorse impiegate nel DRG F36B.

I casi con un codice con «*rimozione di valvola cardiaca protesica e impianto di valvola cardiaca protesica*» con accesso endovascolare o apicale non vengono rappresentati allo stesso modo di un «*impianto di valvola cardiaca protesica*».

- Rivalutazione dei codici CHOP mancanti 35.H2.2-; 35.H2.3-; 35.H4.2- e 35.H4.3- nella tabella del DRG di base F98 «*Intervento endovascolare sulle valvole cardiache*».
- Nessun spostamento di casi, ma dal punto di vista medico ed economico è corretto rappresentare questi casi come un semplice «*impianto di valvola cardiaca protesica*».

Alcuni casi del DRG di base F98 «*Intervento endovascolare sulle valvole cardiache*» e del DRG di base F51 «*Inserzione endovascolare di stent nell'aorta...* » soddisfano le logiche di entrambi i DRG di base nonostante le considerevoli differenze di costo.

- Nella versione 12.0, i codici CHOP del DRG di base F98 sono esclusi dalla logica del DRG di base F51. I casi sono raggruppati quindi nel corretto DRG di base in funzione del consumo di risorse.

Nella MDC 17 «*Neoplasie ematologiche e solide*» non sono rappresentati adeguatamente casi con diagnosi principale del gruppo ICD S35.- «*Traumatismo di vasi sanguigni...*». Anche nella MDC 21B «*Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci*», la diagnosi principale con codice ICD C79.84 «*Altro tumore maligno secondario del cuore*» non è adeguatamente raggrupata.

- Rimozione delle diagnosi principali dalle MDC 17 e MDC 21B.
- Inclusione dei codici nella tabella delle diagnosi principali della MDC 05 e nel DRG di base F75 «*Altre malattie del sistema cardiovascolare, più di un giorno di degenza*» nella partizione medica.

L'angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) in combinazione con una diagnostica per immagini endovascolare (37.2A.11 «*Diagnostica per immagini endovascolare di vasi coronarici tramite ultrasuoni*» o 37.2A.12 «*Diagnostica per immagini endovascolare di vasi coronarici tramite tomografia ottica a coerenza di fase*») viene raggrupata ora nel DRG F24C ed è adeguatamente remunerata. Secondo il richiedente, la procedura mediante «*rotablazione*» sarebbe ancora più costosa e non è stata presa in considerazione nella rivalutazione delle procedure.

- Le analisi hanno rivelato che il codice CHOP 00.66.30 «*Angioplastica coronarica [PTCA] per rotablazione*» può essere equiparato alle altre procedure nel DRG di base F24 «*Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)*» e con ciò può essere remunerato in modo appropriato.

3.2.7. Malattie dell'apparato digerente MDC 06

È stata richiesta un'analisi di omogeneità nei DRG G12B e G12C, a causa di casi non adeguatamente remunerati che comportano un trattamento con grande assorbimento di risorse in questi stessi DRG. Non sono stati nominati trattamenti concreti.

- Nell'ambito delle analisi è stato possibile identificare un gruppo di casi che presenta sistematicamente costi più elevati e una durata di degenza più prolungata. Si tratta di casi con interventi in più tempi specifici.
- In tal modo sono state ampliate le condizioni per il DRG G12A. Il DRG G12A recita ora «*Altre procedure OR sull'apparato digerente con procedura OR complessa e CC gravi, o riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento o CC estremamente gravi o interventi specifici in più tempi*».

3.2.8. Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07

In una richiesta è stato indicato che nel DRG H33Z, i casi con neoplasia maligna o con pancreatite grave hanno un consumo di risorse superiore alla media di tutti i casi in questo DRG.

- Le analisi dei casi hanno potuto confermare questa osservazione.
- Con uno split del DRG H33Z è possibile in futuro contribuire a una remunerazione adeguata alle risorse impiegate per questi casi.
- La descrizione del nuovo DRG H33A è ora «*Procedure OR complesse in più tempi o terapia a pressione negativa complessa o terapia a pressione negativa con intervento specifico o intervento su pancreas o fegato con terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse per trattamento complesso IMC, con neoplasia maligna o pancreatite grave*».
- Inoltre, è stato dimostrato anche che una durata della respirazione assistita > 95 ore non è più adatta come criterio di inclusione nel DRG di base H33. È stato possibile sostituirla con le condizioni del DRG di base H01 («Interventi su pancreas e fegato ...») in combinazione con gli esistenti punti risorse per terapia intensiva complessa > 196/360.
- I criteri di inclusione per il DRG di base H33 sono stati inoltre ampliati con una logica step-up di punti risorse specifici per terapia intensiva complessa (>185) e trattamento complesso IMC (<185).

Nella procedura di richiesta ci è stato chiesto di verificare, sulla base dei dati, la rappresentazione dei casi con il codice CHOP 99.B1.1- «*Trattamento epatico complesso, secondo i giorni di trattamento*» e, se necessario, di svalutarla.

- Le analisi hanno mostrato un quadro diverso. I casi presentavano un elevato consumo di risorse e non sono rappresentati in modo appropriato nella versione 11.0.
- I codici CHOP sono stati rimossi dai DRG di base H60 e H87. La condizione ha potuto essere inclusa nel DRG di base H37. Questi casi risultano quindi rappresentati in modo adeguato.

3.2.9. Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08

Nei dati del richiedente, i casi che comportano un intervento in più tempi sono più onerosi rispetto ai casi che comportano un solo intervento. È stata chiesta la verifica della rappresentazione di questi casi nel DRG di base I12 «*Infezione/infiammazione di ossa e articolazioni con miscelanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo*».

- Sulla base dei dati raccolti a livello nazionale non vi è alcun indizio che indichi una sottorimunerazione.

- Tuttavia, i casi con una «*terapia a pressione negativa*» mostrano costi più elevati.
- Grazie all'inclusione della condizione di split per il DRG I12B «*Infezione/inflammatione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC gravi o revisione del ginocchio o terapia a pressione negativa*» la rappresentazione è ora adeguata.

Un richiedente ha fatto presente che nella tabella per il DRG I13B è rappresentato solo il codice ICD M10.09 «*Gotta idiopatica: localizzazione non precisata*». Allo stesso tempo, ha chiesto anche di verificare l'inclusione di diagnosi non traumatiche come le neoplasie primarie o secondarie dell'osso.

- L'inclusione di ulteriori codici del gruppo ICD M10.- non ha dato risultati positivi per i casi nel DRG di base I13 «*Interventi su omero, tibia, perone e caviglia*».
- La rimozione del codice ICD M10.09 «*Gotta idiopatica: localizzazione non precisata*» dal DRG di base I13 si è invece dimostrata appropriata.
- Inoltre, è stato possibile introdurre una nuova tabella per il DRG I13B con i codici ICD per «*neoplasie maligne del tessuto connettivo*».

I casi con «*impianti personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini*» dei codici CHOP 00.9A.61-64 sono raggruppati nel DRG I15A «*Interventi chirurgici sul cranio cerebrale e facciale con procedura specifica, età < 16 anni*». Tuttavia, i casi con un codice CHOP «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio / splanocranio...*» sono raggruppati nel DRG I15B. Secondo le indicazioni di codifica, il codice CHOP 00.9a.6- è un codice aggiuntivo e non deve essere utilizzato, se le informazioni sono già incluse nel codice.

- Inclusione dei codici CHOP 02.05.11/20/30 «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio...*» e 76.92.21/31 «*Inserzione di impianto CAD nello splanocranio...*» nel DRG I15A «*Interventi chirurgici sul cranio cerebrale e facciale con procedura specifica, età < 16 anni*».

Nel corso dell'anno, negli scambi avvenuti con gli utilizzatori abbiamo ricevuto l'indicazione secondo la quale il codice CHOP 79.37.40 «*Riduzione aperta di frattura semplice di altre ossa tarsali e metatarsali, con fissazione interna*» sarebbe sopravvalutato.

- Le analisi hanno dimostrato che il suggerimento è corretto. Il codice CHOP è stato rimosso dalla tabella per il DRG I20A «*Interventi sul piede con interventi multipli altamente complessi o con intervento altamente complesso con diagnosi complessa o intervento multiplo in un solo tempo operatorio o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza*».

In un'altra richiesta è stata chiesta la verifica del DRG di base I20 «*Interventi sul piede*», poiché il richiedente ha riscontrato nei propri dati una generale sottorimunerazione di questi casi. In particolare, sarebbero interessati i casi con un piede piatto/cavo e interventi impegnativi specifici. È stata richiesta anche la verifica di oltre 40 codici CHOP.

- Dalle analisi non è emersa una generale sottorimunerazione di questi casi.
- I dati di diverse istituzioni mostrano un quadro molto eterogeneo sia nei dati sulle prestazioni che nei dati sui costi.
- Tuttavia, i casi con una diagnosi ICD M21.4 / M21.61 / Q66.5 «*Piede piatto*» e M21.60 «*Piede cavo*» mostrano un elevato consumo di risorse.
- Rivalutazione dell'intervento con un codice ICD per «*piede piatto*» o «*piede cavo*» in combinazione con codici CHOP specifici e con un codice per gli interventi in più tempi 84.A1.22/23/24 «*Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 e più raggi metatarsali e digitali*» nel DRG di base I20.

I casi con «*impianto di protesi verticali espandibili in titanio [VEPTR]*» o «*impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale (growing rod)*» non sono rappresentati adeguatamente nel DRG I09B.

- Questi codici CHOP sono stati rivalutati per la versione 12.0 nel DRG I09A «*Fusione vertebrale con CC estremamente gravi o intervento complesso o sostituzione di corpo vertebrale da 4 impianti con intervento specifico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*».

Le endoprotesi articolari speciali sono considerevolmente sottorimunerate in caso di difetti ossei estesi, a differenza delle neoplasie ossee maligne.

È stata richiesta la verifica della rappresentazione di «*protesi modulari*», in particolare nei DRG di base I04 e I12.

- I due codici CHOP 81.A1.12 «*Protesi modulare*» e 81.A1.13 «*Protesi a stelo lungo*» hanno potuto essere inseriti in una tabella separata e rivalutati negli split per i DRG I04; I43B e I46B.
- Nel DRG di base I12, i dati non hanno mostrato alcuna evidenza di una sottorimunerazione di questi casi.

Un richiedente ha fatto presente che i casi di pazienti che necessitano di un accertamento per trapianto di polmone, ma che non presentano una diagnosi principale riguardante il polmone, non vengono raggruppati nel DRG di base E60 «*Fibrosi cistica (mucoviscidosi) o altre malattie polmonari con valutazione per il trapianto o ARDS*» e sono sottorimunerati. Sono state elencate diverse diagnosi principali da parte del richiedente.

- Le analisi hanno mostrato una sottorimunerazione unicamente con le costellazioni di casi indicate dal richiedente nel DRG I66B.
- Questi casi sono ora raggruppati nel DRG I66A «*Altre malattie del tessuto connettivo con CC estremamente gravi o valutazione per trapianto di polmone, più di un giorno di degenza*», dove è garantito un rimborso adeguato ai costi.
- Tutte le altre diagnosi principali in combinazione con una valutazione per trapianto di polmone, menzionate dal richiedente, presentavano un numero di casi troppo basso e non hanno potuto essere prese in considerazione.

3.2.10. Malattie dell'apparato urinario MDC 11

È stata richiesta una verifica dell'omogeneità nel DRG L64A per quanto riguarda i codici CHOP 57.19.2* «*Altra cistotomia, cistotomia (sovrappubica)*» come separatore dei costi. I casi con questo codice vengono assegnati ai DRG senza partizione operatoria, p.es. al DRG di base L64.

- Le analisi hanno dimostrato che questi casi mostrano elevati costi di sala operatoria e anestesia. Per questo motivo è stato opportuno inserire questi codici CHOP in un DRG operatorio, analogamente ad altri interventi equiparabili.
- Il DRG di base L06 «*Interventi minori sulla vescica*» si è rivelato idoneo e i casi saranno in futuro remunerati in modo adeguato in questo DRG.

3.2.11. Apparato genitale femminile MDC 13

Le adesiolisi con diverse condizioni supplementari ma con struttura dei costi simile sono state distribuite finora su più DRG.

- Tutte le adesiolisi peritoneali (chirurgiche a cielo aperto o laparoscopiche) sono raggruppate nei due DRG di base:
 - N02 «*Interventi su utero e annessi o linfadenectomia radicale per neoplasia maligna dell'apparato genitale femminile*» e

- N05 «Ovariectomia e interventi complessi sulle tube eccetto che per neoplasia maligna».
- In questi DRG i casi sono rappresentati in modo appropriato.

Le diverse tipologie di asportazione dei linfonodi con differenti condizioni supplementari ma con struttura dei costi simile erano finora distribuite su più DRG.

- Tutte le asportazioni di linfonodi (40.3X.- [«Linfoadenectomia regionale...»], 40.5.- [«Asportazione radicale...»] e 40.2.- [«Asportazione semplice...»]) sono raggruppate nei DRG (di base), nei quali sono rappresentate correttamente.
 - N02B «Interventi su utero e annessi o linfoadenectomia per neoplasia maligna su utero, cervice o vulva»
 - N04 «Isterectomia o altri interventi specifici eccetto che per neoplasia maligna»

È stato chiesto di rivalutare i codici CHOP 70.4X.20 «Colpectomia, totale» e 70.4X.30 «Colpectomia, allargata (radicale)», poiché finora non sono sufficientemente rappresentati nel DRG N06B.

- È stato possibile rivalutare i codici del DRG N06B nel DRG N06A «Interventi ricostruttivi complessi sull'apparato genitale femminile, con CC gravi o procedura complicante».
- In questo DRG vengono remunerati in modo appropriato.

In una richiesta, la riparazione del pavimento pelvico con accesso laparoscopico è stata descritta come un intervento estremamente complesso e impegnativo.

- È stato possibile identificare codici CHOP idonei come separatori di costi, tra cui in particolare gli interventi ricostruttivi con innesto o protesi:
 - 69.22 «Altra sospensione uterina»
 - 70.53 «Riparazione di cistocele e rettocele con innesto o protesi»
 - 70.54 «Riparazione di cistocele con innesto o protesi»
 - 70.55 «Riparazione di rettocele con innesto o protesi»
 - 70.63 «Costruzione della vagina con innesto o protesi»
 - 70.64 «Ricostruzione della vagina con innesto o protesi»
 - 70.78 «Sospensione e fissazione della vagina con innesto o protesi»
- Le simulazioni hanno tuttavia dimostrato che il tipo di accesso, laparoscopico o chirurgico a cielo aperto, non comporta una differenza sistematica dei costi.
- È stato creato un nuovo DRG N06B «Interventi ricostruttivi complessi sull'apparato genitale femminile con intervento specifico», nel quale questi casi vengono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

I due codici CHOP 68.29.12 «Asportazione o distruzione di lesione dell'utero, per via vaginale» e 68.29.15 «Asportazione o distruzione di lesione dell'utero, isteroscopica» sono rilevanti ai fini del raggruppamento in diversi DRG, ma dal punto di vista medico e dei costi sono equivalenti.

- In una ristrutturazione sono stati equiparati a causa dell'omogeneità dal punto di vista medico ed entrambi sono stati integrati nel DRG N23Z «Altri interventi ricostruttivi sull'apparato genitale femminile».

3.2.12. Gravidanza, parto e puerperio MDC 14

Nell'ambito delle procedure di richiesta del 2021 è stata chiesta la verifica del DRG di base O50 «Trattamento ospedaliero prima del parto da 7 giorni di trattamento» per quanto riguarda le differenze di costo in caso di trattamento di lunga durata prima del parto.

- L'analisi dei dati del 2019 ha evidenziato una netta sottorimunerazione dei casi con trattamento ospedaliero prima del parto > 56 giorni di trattamento nel DRG O50A.
- Il DRG O50A è stato splittato, per cui è stato creato il nuovo DRG O50A «*Trattamento ospedaliero prima del parto da 56 giorni di trattamento con costellazione specifica*».
- Rappresentazione appropriata di questi casi costosi.

Le analisi hanno mostrato che le procedure associate al parto vaginale sono rappresentate in modo incompleto nel DRG di base O02 «*Parto vaginale con intervento impegnativo o procedura specifica con diagnosi specifica*».

- I seguenti codici CHOP sono stati inseriti nel DRG di base O02, tabella O02-5:
 - 70.71 «*Sutura di lacerazione della vagina*»
 - 70.76 «*Imenorrafia*»
 - 70.77 «*Sospensione e fissazione della vagina*»
 - 70.78 «*Sospensione e fissazione della vagina con innesto o protesi*»
 - 70.79.10 «*Altra colporrafia vaginale con plastica del pavimento pelvico*»
 - 71.71 «*Sutura di lacerazione della vulva o del perineo*»
 - 85.20 «*Asportazione o distruzione di tessuto della mammella, NAS*»
 - 85.21 «*Asportazione locale di lesione della mammella*»
- In questo modo è possibile ottenere una rappresentazione appropriata dei casi e un miglioramento dell'omogeneità medica.

3.2.13. Neonati MDC 15

Tutte le ristrutturazioni sono elencate al punto di sviluppo principale 3.1.4 «Neonati e pediatria».

3.2.14. Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16

Un richiedente ha segnalato una sottorimunerazione di casi nel DRG di base Q60 «*Malattie del sistema reticoloendoteliale e immunitario e disturbi della coagulazione, più di un giorno di degenza*» e ha chiesto una verifica, in particolare per determinati ICD come diagnosi secondaria o per possibili split PCCL.

- Nelle analisi non è stato possibile attribuire proprietà di separazione dei costi ai codici ICD elencati dal richiedente e anche possibili split PCCL non hanno portato a una rappresentazione adeguata dei casi con grande assorbimento di risorse.
- Invece, le analisi hanno mostrato che i casi con età < 16 anni e durata di degenza più breve mostrano costi giornalieri più elevati.
- Mediante split del DRG Q60B e rivalutazione dei casi con «età < 16 anni» è stato possibile ottenere una migliore differenziazione e omogeneità all'interno del DRG di base Q60.
- Questi casi sono ora raggruppati nel nuovo DRG Q60B «*Malattie del sistema reticoloendoteliale e immunitario e disturbi della coagulazione, età < 16 anni, più di un giorno di degenza*».

I casi con punti risorse per trattamento complesso IMC sono eccessivamente remunerati nel DRG Q37A «*Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario...*».

- È stata quindi rimossa la condizione di split «*trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse*» dallo split per il DRG Q37A.
- I casi vengono raggruppati in modo adeguato alle risorse impiegate nel DRG Q37B.

3.2.15. Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

Nel DRG R63D «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza, età < 18 anni*» è stata descritta la sottorimunerazione di casi con chemioterapia di intensità elevata.

- In seguito alle analisi è stato possibile implementare un nuovo split del DRG R63D con il codice CHOP 99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*». Ciò migliora l'omogeneità dei casi pediatrici.

Per la terapia della leucemia, ci sono diversi motivi per scegliere un catetere Port-a-Cath o Broviac. L'impianto di un catetere Port-a-Cath (codice 39.9A.11 «*Impianto o sostituzione di sistema di cateterismo a permanenza totalmente impiantabile*») e di un catetere Broviac (codice 38.93.11 «*Impianto e sostituzione di sistema di cateterismo venoso a permanenza per uso a lungo termine*») dovrebbero pertanto essere equiparati e dovrebbero portare in modo uniforme al DRG R63A.

- Non sono riconoscibili differenze nell'onere di trattamento e nei costi.
- Il codice 38.93.11 è stato incluso in tutte le tabelle in cui viene utilizzato anche il catetere Port-a-Cath come condizione di split:
 - Funzione «*procedure complicanti*» (→ quindi tra l'altro nel DRG R63A)
 - MDC 09 DRG J11
 - MDC 17 DRG R62A e R65B

Le analisi hanno mostrato una rappresentazione inappropriata di alcune misure diagnostiche specifiche o complesse nella MDC 17.

- Sono interessati soprattutto i codici CHOP da 99.A1.11 a 99.A1.13 «*Diagnostica complessa per malattie ematologiche non maligne...*» e i codici CHOP 99.A0.11 e 99.A0.12 «*Diagnostica complessa per malattie ematologiche maligne...*».
- Inclusione di questi codici e loro rivalutazione nella funzione «*procedure complicanti*».
- Rivalutazione di questi codici mediante raggruppamento nel DRG R65A «*Neoplasie ematologiche e solide con diagnostica complessa per neoplasia maligna o età < 18 anni, un giorno di degenza*».
- Rappresentazione appropriata delle misure diagnostiche con elevato assorbimento di risorse.

3.2.16. Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

Per identificare i casi da correggere contenenti prestazioni che possono comportare rimunerazioni supplementari, sono stati usati i codici CHOP o ATC della definizione delle rimunerazioni 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 nelle componenti di costo con un importo totale di CHF 104'930'039.90 per 22'695 casi dei dati di calcolo.

3.2.17. Nuove rimunerazioni supplementari

Sono state ora stabilite le rimunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Daratumumab (per via sottocutanea)
- Trastuzumab e pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigene neparvovec (Luxturna)

Sono state cancellate le rimunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir e ledipasvir

- Elbasvir e grazoprevir

Per la seguente remunerazione supplementare ha potuto essere definito un nuovo modo di somministrazione:

- Abatacept (per via intratecale)
- Trastuzumab (per via intratecale)
- Plerixafor (per via endovenosa)
- Asparaginasi (per via endovenosa)

Per le seguenti remunerazioni supplementari è stato introdotto un ampliamento verso l'alto delle classi di dosi:

- Amfotericina B
- Tocilizumab
- Rituximab
- Immunoglobulina antitimocitaria (coniglio)
- Blinatumomab
- Asparaginasi
- Ibrutinib
- Enzalutamide
- C1-inibitore, ricavato dal plasma
- Iloprost
- Treprostinil
- Foscarnet
- Venetoclax

Per le seguenti remunerazioni supplementari è stato introdotto un ampliamento verso il basso delle classi di dosi:

- Posaconazolo
- Immunoglobulina antilinfocitaria (equino)
- Ustekinumab
- Macitentan
- Isavuconazolo
- Pazopanib
- Iloprost
- Treprostinil
- Palbociclib
- Venetoclax

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state spostate le classi di dosi:

- Fibrinogeno, umano
- Abatacept
- Bosentan
- Tocilizumab
- Ustekinumab
- Posaconazolo
- Glucarpidasi

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state create o ampliate verso il basso classi di dosi pediatriche:

- Immunoglobulina anti-epatite B
- Tocilizumab
- Ruxolitinib

Per la seguente remunerazione supplementare è stata cancellata una classe di dosi verso il basso e allo stesso tempo è stata adeguata una classe di dosi per adulti a classe pediatrica:

- Caspofungina

La remunerazione supplementare «*Impianto di pompa assiale endovasale per assistenza circolatoria*» è stata differenziata e viene ora calcolata e attribuita separatamente per le pompe del ventricolo sinistro (CHOP 37.6A.41) e del ventricolo destro (CHOP 37.6A.42).

Poiché nel catalogo CHOP 2020 i codici per le seguenti procedure sono differenziati verso l'alto, è stato chiesto agli ospedali il numero esatto di ore per i casi interessati. Di conseguenza, i dati del 2019 per queste remunerazioni supplementari sono già stati rettificati correttamente in base alla CHOP 2020. Ciò pone le basi per garantire una rappresentazione differenziata delle remunerazioni supplementari nella versione pianificazione 1.1. Le seguenti remunerazioni supplementari sono interessate da questa differenziazione:

- Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO)
- Durata del trattamento con contropulsatore aortico (IABP)
- Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (incluso intracardiaco)
- Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare
- Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare
- Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare

Oltre a ciò non sono state soppresse o ridefinite remunerazioni supplementari per le procedure, i prodotti ematici, gli impianti o i cuori.

3.2 Visione d'insieme sulla procedura di richiesta

Nel 2021, mediante la procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 108 domande per il perfezionamento del sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. Di queste domande ne sono state implementate 48. Questo corrisponde a un tasso di implementazione del 47%. Questa percentuale relativamente bassa può essere spiegata dal fatto che una parte delle richieste è stata presentata sulla base del catalogo CHOP 2020, risultando non calcolabile a causa dell'utilizzo dei dati del 2019, oppure sono state presentate richieste per remunerazioni supplementari che non hanno potuto essere elaborate con i dati del 2019. Inoltre, sono state ripresentate richieste dell'anno 2020 che non hanno potuto essere implementate a causa della situazione dei dati invariata.

3.3 Conclusioni

Con lo sviluppo della versione 12.0 SwissDRG è stata elaborata una struttura tariffaria differenziata il cui uso consente una remunerazione appropriata e commisurata alle prestazioni in funzione della gravità dei casi per tutte le categorie ospedaliere. Sebbene anche la versione 12.0 sia stata sviluppata sulla base dei dati del 2019, con le ristrutturazioni è stato possibile ottenere miglioramenti della rappresentazione in singole MDC e un aumento della qualità complessiva del sistema.

A questo proposito, le basi sono state ancora una volta ristrutturazioni per il miglioramento della rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse nel settore della medicina intensiva e del trapianto di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche. È stata valutata in modo intensivo l'assegnazione dei casi con trattamento di agenti patogeni multiresistenti. Queste simulazioni hanno portato a un perfezionamento della matrice CC per i codici ICD U80 - U85 «Agenti infettivi resistenti a determinati antibiotici o chemioterapici» in associazione con split PCCL supplementari per casi molto impegnativi con comorbilità gravissime. All'interno della MDC 18B «Malattie infettive e parassitarie» sono stati rivalutati casi con un trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti (DRG T60A e T60C).

4. Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dettagliato è descritto nel documento «Metodo di calcolo». Il metodo di calcolo della versione 12.0 rimane invariato rispetto a quello usato per la versione 11.0.

4.1. Determinazione dei cost-weight

Per la versione 12.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1077 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 23 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno precedente a causa del basso numero di casi. Per 6 altri DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2019/2018/2017). I casi degli anni precedenti hanno potuto essere utilizzati solo a condizione che fosse possibile operare una netta distinzione nei dati dell'anno precedente. Questa condizione è soddisfatta soprattutto se non è stata effettuata alcuna ristrutturazione nei DRG interessati.

4.2. Calcolo del valore di riferimento

Il numero di casi del rilevamento dati SwissDRG (il rilevamento 2020 dei dati del 2019 comprende il 92,4% dei casi di tutta la Svizzera compresi nell'ambito di applicazione di SwissDRG) 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 lo stesso anno di dati la somma dei cost-weight effettivi (case mix) dei casi raggruppati con la versione 12.0 corrisponda alla somma dei cost-weight effettivi di questi casi raggruppati con la versione 11.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Versione 12.0}}^{\text{Dati 2019}} = \text{Casemix}_{\text{Versione 11.0}}^{\text{Dati 2019}}$$

Il valore di riferimento per la versione 12.0 SwissDRG è pari a CHF 10'314. Per la versione 11.0 è stato calcolato un valore di riferimento di CHF 10'275.

4.3. Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni per la versione 12.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 11.0.

Per 556 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 mediante adeguamento del fattore dei costi marginali o calcolato 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 (il fattore dei costi marginali viene aumentato da 0,7 a 1,0).

Per la versione 12.0 risultano 190 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 189 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 11.0.

Allegato A: cifre chiave dello sviluppo del sistema

Introduzione

Nel seguente allegato vengono riportate le più importanti cifre chiave, p.es. l'erosione dei dati per lo sviluppo del sistema della versione 12.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

Per la versione 12.0, come già per la versione 11.0, sono stati utilizzati i dati del 2019. I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 182 ospedali somatici acuti. Il campione degli ospedali della rete SwissDRG è di 141.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 12.0 Dati 2019	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
Ospedali della rete	141	141	131
Dati complessivi	182	182	176

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'182'252 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti al 92,4% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 12.0 Dati 2019	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'190'448	1'190'448	1'176'405
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'182'252	1'182'252	1'172'590
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'279'234	1'279'234	1'339'647
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'278'953	1'278'953	1'278'241

Per la versione 12.0 sono stati esclusi 24'830 casi privati o semiprivati da quelli forniti. 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 11.0 erano stati esclusi 24'933 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 85'728 casi (7,4% dell'insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l'altro sono stati esclusi completamente 6 ospedali/cliniche. Inoltre, in vari ospedali sono state effettuate esclusioni parziali chiaramente distinguibili. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 12.0. Ciò ha consentito di utilizzare il 90,0% dei casi inviati a SwissDRG SA per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 12.0 è stato basato su 1'070'953 casi dell'anno 2019 oltre a 940 casi dell'anno 2018 e a 122 casi dell'anno 2017.

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG	
1'279'234	1'190'448	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'278'953	1'182'252	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'156'681	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 6 ospedali)
	1'070'953	Casi plausibili 2019 (dati di calcolo)
		+ 940 casi dai dati 2018 + 122 casi dai dati 2017

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 12.0 Dati 2019*	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
DRG totali	1077	1063	1068
DRG fatturabili	1073	1059	1064
DRG per case per partorienti	8	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	156	156	135
Rimunerazioni supplementari non valutate, allegato 3	1	1	1

*Per l'ulteriore sviluppo delle remunerazioni supplementari sono stati utilizzati i dati del 2020.

Validità del sistema

La validità della struttura tariffaria SwissDRG viene misurata sulla base della riduzione della varianza (R^2). La R^2 è una misura della parte 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 totale 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:

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

p : numero di DRG

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

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

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 10.0, 11.0 e 12.0, basati sui dati del 2019. La tabella 5 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 .

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2019

Versione del Grouper	Anno di dati	Tutti i casi	Inlier (in base a V12.0)
V12.0	2019	0,757	0,854
V11.0	2019	0,755	0,851
V10.0	2019	0,716	0,812

Nota:

R² è un parametro tecnico che viene considerato per il miglioramento e l'ulteriore 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.