



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 8.0 rispetto alla versione 7.0

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

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 8.0 (dati del 2016) rispetto alla versione 7.0 (dati del 2015) 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 7.0 SwissDRG. Le informazioni dettagliate sui diversi punti possono essere consultate nei rispettivi documenti.

1. Sviluppo del Grouper

1.1 Fondamenti per l'ulteriore sviluppo

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

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

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

1.2 Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 8.0

Per quanto riguarda i principali sviluppi vanno menzionati soprattutto la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse, l'ampia revisione delle MDC 05, 08, 16, 20 e 22, il perfezionamento a livello di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché il miglioramento della rappresentazione dei casi di medicina intensiva in Intermediate-Care Unit (IMCU) e in unità di cure intensive (UCI) per neonati, bambini e adulti.

1. Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse

All'inizio di ogni sviluppo del sistema vengono analizzati prima i casi deficitari. In questo esame i casi plausibili hanno mostrato spesso un numero di punti risorse molto elevato per trattamenti complessi in unità di cure intensive / unità di cure intermedie o per interventi multipli in parte in associazione con terapia a pressione negativa complessa e costellazioni specifiche altamente impegnative.

Di conseguenza, sono state portate a termine ampie ristrutturazioni in tutto il sistema per rappresentare questi casi in modo differenziato.

Numero molto elevato di punti risorse per trattamento complesso in unità di cure intensive / unità di cure intermedie

I casi molto costosi con numero elevato di punti risorse per terapia intensiva complessa sono distribuiti in diversi DRG di base nella MDC 15. Una rappresentazione adeguata dei casi in questione en-

tro questi DRG non è possibile. Per questo motivo è stato creato il nuovo DRG P37Z indipendentemente dal peso all'ammissione o alla nascita.

Per i lattanti con un peso all'ammissione inferiore a 1500 g è stato dimostrato che i casi con terapia intensiva impegnativa hanno un costo pari a quello dei casi con respirazione assistita a lungo termine. Entro il DRG di base P03 sono stati rivalutati i casi con numero elevato di punti risorse per terapia intensiva complessa indipendentemente dalla durata della respirazione assistita.

Nel DRG A06Z sono stati analogamente rivalutati i casi con terapia intensiva molto impegnativa (trattamento complesso in unità di cure intensive / trattamento complesso in unità di cure intermedie) > 5520 punti risorse.

Interventi in più tempi

In aggiunta alla funzione esistente "terapia a pressione negativa complessa I e II" è stata creata una nuova funzione "terapia a pressione negativa" con uso della tabella "Procedure OR specifiche senza interventi moderatamente complessi" e della condizione "operazioni specifiche in più tempi in due giorni". È stata effettuata una rivalutazione di questi casi in associazione con interventi maggiori nei DRG F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z e X33Z.

Le procedure OR specifiche in quattro tempi con terapia intensiva complessa > 1470 / 1380 punti risorse sono state classificate ora nel DRG A11A. Le procedure OR complesse in quattro tempi in associazione con costellazioni specifiche sono state rivalutate nel DRG A06Z, ed è stato possibile ottenere una migliore rappresentazione dei casi con procedure OR complesse in quattro tempi nella MDC 01 (DRG B36B).

Costellazioni altamente impegnative

Di frequente, i casi non sono rappresentabili con una caratteristica che li indichi come molto costosi. Analogamente alla funzione "procedure complicanti", è stato possibile creare la funzione "costellazioni altamente impegnative". La combinazione di diverse condizioni, per es. le trasfusioni in numero molto elevato e le dialisi a lungo termine o la necessità di trapianto d'organo con urgenza elevata (High Urgency) porta a una rivalutazione dei casi nel DRG A11A, indipendentemente dalla diagnosi principale.

Queste e altre ristrutturazioni (vedere i paragrafi sulla medicina intensiva) garantiscono una rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse più differenziata e che rispecchia meglio le prestazioni nella versione 8.0 della struttura tariffaria rispetto alla versione 7.0.

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

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

In molti DRG è stata ottenuta una migliore differenziazione dei costi sulla base dei punti risorse UCI, indipendentemente dalla durata della respirazione assistita (per es. rivalutazione della terapia intensiva altamente impegnativa a terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 5520 punti risorse nel DRG A06Z, indipendentemente dalla durata della respirazione assistita).

I casi con durata della respirazione assistita superiore a 95 ore sono classificati nel DRG di base A13, ma possono anche soddisfare la logica dei DRG di base A36, B36, F36 e T36 (indipendentemente dai punti risorse per terapia intensiva complessa). Anche dopo gli ulteriori sviluppi apportati dalle ultime versioni SwissDRG, in costellazioni specifiche è possibile una remunerazione deficitaria in caso di prestazioni supplementari. È stata quindi condotta una revisione complessa della pre-MDC e dei DRG di cure intensive nelle altre MDC. Il DRG di base A13 è stato cancellato e una serie di casi con respirazione assistita > 95 ore e con costellazione specifica impegnativa sono stati attribuiti al DRG di base A11. I casi con respirazione assistita > 95 ore sono stati rivalutati nei DRG di cure intensive specifici per organo.

Con ciò è possibile rappresentare meglio mediante la versione 8.0 del sistema DRG i casi complessi e con grande assorbimento di risorse.

3. Ampia revisione delle MDC 05, 08, 16, 20 e 22

MDC 05 "Malattie del sistema cardiovascolare"

La differenziazione del DRG di base F98 in F98A e F98B è stata finora effettuata sulla base di età, diagnostica complessa o interventi specifici (TAVI). La remunerazione degli interventi combinati non rispecchiava l'assorbimento di risorse. Pertanto, questo DRG è stato rivisto con identificazione di nuovi criteri di split:

F98A: impianto di protesi valvolare con bypass o terapia intensiva complessa > 196 / 360 punti risorse

F98B: impianto di protesi valvolare con pace-maker o innesto aortico o età < 16 anni

F98C: impianto di protesi valvolare

È stata proseguita la revisione dei diversi DRG con casi di contenuto simile iniziata l'anno scorso. I casi simili sono stati attribuiti allo stesso DRG di base, e le condizioni di split sono state verificate e adeguate in caso di bisogno (DRG di base F08, F34, F51, F38 e F59). Mediante creazione di DRG con numero di casi elevato è stato possibile rivalutare costellazioni di casi con grande assorbimento di risorse.

MDC 08 "Malattie dell'apparato locomotore"

Nella partizione operatoria sono stati condotti ampi adattamenti. Da una parte sono stati rafforzati i criteri di split e sono state rivalutate complesse costellazioni di casi, per es. nel DRG di base I32 (definizione di un "DRG da un giorno di degenza" puro, inclusione dei codici da 99.B6.22 a 99.B6.24 "Trattamento complesso della mano, da 8 e più giorni di trattamento...", rivalutazione dei casi con diagnostica complessa "artrite, poliartrite od osteomielite, lesione dei tessuti molli dal II al III grado"). Entro i DRG per la rappresentazione delle revisioni di protesi di ginocchio e anca impiantate sono state rivalutate le sostituzioni di protesi complete. Nel DRG di base I18 "Artroscopia comprensiva di biopsia o altri interventi su ossa o articolazioni" sono stati finora raggruppati i casi con biopsie

o artroscopie delle più diverse localizzazioni. Per aumentare la validità del sistema, gli interventi sono stati spostati in base alla loro localizzazione e, inoltre, sono stati condotti ampi aggiornamenti delle tabelle.

Nella partizione medica sono state condotte ampie ristrutturazioni. Per la rappresentazione di casi impegnativi di cure intensive senza intervento chirurgico è stato creato il nuovo DRG I87Z "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse".

Molti casi con uguale assorbimento di risorse e contenuto simile sono stati finora rappresentati in diversi DRG. Così i casi con fratture femorali del DRG di base I66 "Altre malattie del tessuto connettivo, più di un giorno di degenza" sono stati spostati nel DRG di base I60 "Fratture del bacino, del collo del femore e del femore, più di un giorno di degenza", con revisione dei criteri di split.

L'insieme di casi nel DRG di base I69 "Malattie dell'osso e artropatie, più di un giorno di degenza" è stato esteso alle artropatie non specifiche. Visti i molti casi con un giorno di degenza, è stato creato il nuovo DRG di base I61 per rappresentarli.

MDC 16 "Malattie del sangue e del sistema immunitario"

In questa MDC, l'appropriata rappresentazione dei casi risulta difficoltosa. Finora non si è riusciti a ottenere una buona differenziazione dei costi sulla base delle diagnosi.

Con la creazione del nuovo DRG Q37Z ("Degenze brevi in IMC / UCI") è stato possibile rappresentare bene i casi impegnativi.

Anche i criteri di split nel DRG di base Q61 non consentivano una sufficiente differenziazione dei costi. In questo DRG di base si è dimostrata ora efficace una nuova differenziazione sulla base delle malattie concomitanti estremamente gravi.

Queste ristrutturazioni hanno migliorato notevolmente la qualità della rappresentazione dei casi.

MDC 20 "Tossicodipendenze"

I casi in questa MDC hanno dimostrato una grande disomogeneità in termini di costi e durata di degenza. In poche procedure codificate la differenziazione dei casi in base al tipo di abuso di sostanza non ha consentito di separare primariamente i costi. È stata pertanto condotta un'ampia revisione dell'intera MDC. Per la rappresentazione dei casi impegnativi con degenza in terapia intensiva o IMC è stato creato il nuovo DRG V01Z "Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe, terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse". I casi rimanenti sono stati inclusi nel nuovo DRG di base V02 "Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli", con i criteri di split "demenza o delirio e disturbi psichici a causa di disturbi della funzione cerebrale" e "dipendenza multipla o diagnosi complicante". Grazie a questa revisione si è riusciti a migliorare considerevolmente la qualità della rappresentazione dei casi.

MDC 22 "Ustioni"

Nella versione precedente era stata condotta un'ampia revisione della MDC "Ustioni". Sistematicamente erano state rese più stringenti le condizioni di split ed erano state adattate le tabelle delle procedure. Era stato possibile rivalutare soprattutto le costellazioni impegnative, per es. gli interventi multipli, i ricoveri in reparto di terapia intensiva e i trapianti di cute impegnativi.

Le ustioni più gravi sono raggruppate in base alla durata della respirazione assistita nei DRG di base

Y01, A11 e A18. Costellazioni specifiche non erano finora rappresentate in modo da coprire i costi. In collaborazione con i centri ustionati sono state condotte verifiche di singoli casi con correzioni riguardanti la classificazione dei costi in base al caso e la registrazione delle prestazioni. In questa procedura sono stati identificati casi particolarmente impegnativi con ustioni gravissime (dal 40% di SC o dal 20% di III grado) associati a setticemia o ustioni con interessamento di diverse regioni del corpo e terapia intensiva complessa > 2058 / 1932 punti risorse o bambini < 18 anni di età. Questi casi sono stati ora attribuiti al DRG A06Z.

Questa notevole rivalutazione dei casi ha tuttavia comportato che nel DRG Y01Z rimanesse ancora solo un numero molto limitato di casi con ustioni gravi. Per questo motivo il DRG Y01Z è stato cancellato, raggruppando i casi rimanenti in base all'età nei DRG A11A (età < 16 anni) o A11B.

Queste ristrutturazioni hanno portato a un miglioramento sostanziale della validità della rappresentazione e, contemporaneamente, sono stati ridotti al minimo i falsi incentivi relativi alla codifica e al raggruppamento dei casi.

1.3 Revisione della classificazione DRG

1.3.1 Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse

1.3.1.1 Terapia a pressione negativa complessa

- Per migliorare la rappresentazione delle terapie a pressione negativa complessa di lunga durata, erano state create nella versione 7.0 le funzioni "Terapia a pressione negativa complessa I" e "Terapia a pressione negativa altamente complessa II". Inoltre, c'erano casi impegnativi plausibili che nonostante ciò non venivano compresi da entrambe le funzioni. Per questo motivo è stata condotta una verifica sistematica della pre-MDC e delle MDC per organi all'inizio dello sviluppo del sistema per accertare ulteriori casi deficitari con ingente utilizzo di risorse.
 - Per poter rappresentare adeguatamente questi casi è stata creata ora la nuova funzione "Terapia a pressione negativa".
 - Il fondamento della logica è l'esistente tabella inter-MDC "Procedure OR specifiche senza sedute di irradiazione". La funzione viene definita da un trattamento a pressione negativa continuo con sigillatura sotto vuoto di durata pari o superiore a 2 giorni, con applicazione o sostituzione di un sistema per la sigillatura a pressione negativa e operazioni specifiche in più tempi in 2 differenti giorni.
 - L'inserimento è stato fatto nei DRG F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z e X33Z.

1.3.1.2 Cellule staminali, autologo

- Secondo la richiesta degli utilizzatori, il prelievo di cellule staminali per il trapianto autologo di cellule staminali era deficitario. Il DRG A42A mostra un insieme di casi disomogeneo.
 - È stata condotta una ristrutturazione del DRG di base A42 "Prelievo di midollo osseo o di cellule staminali, autologo" con revisione dei criteri di split. I casi con un trapianto autologo di cellule staminali e chemioterapia vengono dirottati nella MDC 17 con attribuzione al DRG di base R60 "Leucemia mieloide acuta, più di un giorno di degenza o prelievo autologo di cellule staminali o graft versus host disease".

1.3.1.3 Trapianto

- Casi con trapianti d'organo e un determinato numero di ore di respirazione assistita o punti risorse per terapia intensiva non erano rappresentati in modo appropriato. L'insieme di casi descritto era finora attribuito ai rispettivi DRG specifici per organo della pre-MDC.
 - I casi con trapianto d'organo e > 95 ore di respirazione assistita o terapia intensiva complessa > 196 / 552 punti risorse vengono ora raggruppati nel DRG di base A11. Questo rende possibile una remunerazione appropriata e una rappresentazione omogenea di questo insieme di casi con grande assorbimento di risorse.
- La rappresentazione dei casi di trapianti con un determinato numero di ore di respirazione assistita o punti risorse per terapia intensiva complessa non rispecchia l'assorbimento di risorse.
 - I trapianti con "> 95 ore di respirazione assistita" o "terapia intensiva complessa > 196 / 552 punti risorse" vengono ora rivalutati nel DRG A11A.
- I casi di bambini con insufficienza e rigetto di trapianto d'organo non sono remunerati in modo appropriato nel DRG di base A60.
 - La condizione di split nel DRG A60A ha potuto essere ampliata della logica "età < 16 anni".

1.3.1.4 Riabilitazione precoce

- Nel corso dei lavori di sviluppo è stato possibile identificare trattamenti riabilitativi precoci complessi specifici associati a un elevato impiego di risorse. Questo ha interessato i casi con ore di respirazione assistita e punti risorse per terapia intensiva complessa specifici che erano distribuiti in diversi DRG di base e non erano rappresentati in modo appropriato.
 - La menzionata costellazione di casi con le caratteristiche "> 95 ore di respirazione assistita" e "terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse" ha potuto essere rappresentata nel DRG di base A11, riuscendo così a conseguire una remunerazione adeguata.
- Il codice della riabilitazione neurologica precoce 93.89.10 "Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, da almeno 7 a massimo 13 giorni di trattamento" nel DRG di base B90 non ha avuto finora alcun impatto in termini di remunerazione. Questo gruppo diagnostico si è però mostrato ora parimenti costoso.
 - Inclusione del codice nel DRG di base B90.

1.3.1.5 Radioterapia

- Secondo le analisi, determinati casi nel DRG di base A93 "Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione" con punti risorse per trattamento complesso IMC/terapia intensiva complessa vengono rappresentati come sottoremunerati.
 - La condizione di split per il DRG A93A è stata ampliata con la logica "trattamento complesso IMC/terapia intensiva complessa > 184 punti risorse". In tal modo è riuscita una rappresentazione adeguata di questi casi.
- Il DRG di base A90 "Trattamento complesso IMC > 392 / 552 punti risorse, o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse per trattamento complesso IMC o riabilitazione

precoce da 14 giorni di trattamento, per malattie specifiche" mostra in aggiunta casi che hanno ugualmente ricevuto una radioterapia e non sono stati remunerati adeguatamente.

- Ampliamento della condizione di split del DRG A90A con "radioterapia > 8 sedute di irradiazione", per rappresentare questo insieme di casi in modo differenziato.

1.3.1.6 Trattamento complesso di medicina palliativa

- Nel corso dei lavori di sviluppo è stato possibile identificare trattamenti complessi specifici di medicina palliativa associati a un elevato impiego di risorse. Questo ha interessato i casi con ore di respirazione assistita e punti risorse per terapia intensiva complessa specifici che erano distribuiti in diversi DRG e non erano rappresentati in modo appropriato.
 - La menzionata costellazione di casi con le caratteristiche "> 95 ore di respirazione assistita" e "terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse" ha potuto essere rappresentata nel DRG di base A11, riuscendo così a conseguire una remunerazione adeguata.
- Con i dati del 2016 sono state trasmesse per la seconda volta a SwissDRG SA le informazioni su costi e prestazioni per il "trattamento complesso di medicina palliativa specializzato". Una nuova analisi dei dati, come già nel 2015, non ha evidenziato alcuna sottoremunerazione di questi casi nel DRG di base A97 indipendente dalle diagnosi principali rispetto al "trattamento complesso di medicina palliativa".
 - Entrambi i codici rimangono equiparati nella versione 8.0 della struttura tariffaria e con ciò sono rappresentati adeguatamente.
- Le analisi hanno dimostrato tuttavia una sottoremunerazione per specifiche combinazioni di interventi.
 - I trattamenti complessi specializzati o di medicina palliativa in associazione con terapie intensive "> 95 ore di respirazione assistita" o "terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse" vengono rivalutati nel DRG di base A11.
 - I casi con "trattamento complesso specializzato / di medicina palliativa > 7 giorni di trattamento" e una procedura complicante sono raggruppati ora nel DRG A97B.
 - I casi con "trattamento complesso specializzato / di medicina palliativa" e altre condizioni, nonché con un disturbo funzionale motorio grave o un intervento in più tempi sono ora classificati nel DRG A97A.
 - I casi con un intervento endoscopico supplementare durante il ricovero vengono rivalutati entro il DRG di base A97.
 - Il gruppo diagnostico "trattamento complesso specializzato / di medicina palliativa > 7 giorni di trattamento" con paraplegia o tetraplegia è remunerato in modo appropriato nel DRG A97F della versione 8.0.

1.3.1.7 Trattamento riabilitativo precoce geriatrico complesso

- I casi di trattamento riabilitativo acuto geriatrico con un contemporaneo intervento endoscopico sono sottoremunerati nel DRG di base A95.
 - È stata effettuata una rivalutazione di questi casi entro il DRG di base A95 "Riabilitazione geriatrica acuta senza procedura specifica"

1.3.1.8 Politrauma

- Mediante l'esistente funzione "politrauma" vengono classificati casi meno impegnativi del politrauma e non il politrauma vero e proprio.
- È stata condotta una revisione della funzione. Per soddisfare la logica sono ora necessarie una diagnosi principale e due diagnosi secondarie da tabelle diverse. In aggiunta è stata condotta una correzione delle tabelle basate sulla localizzazione, e queste tabelle influenzano la logica solo come diagnosi secondarie. In tal modo è stata resa più stringente la classificazione come politrauma, che ora consegue una rappresentazione adeguata.

1.3.2 Altre ristrutturazioni inter-MDC

- È stato dimostrato che in diverse MDC i gruppi diagnostici con un'ampia "diagnostica neurologica complessa" causano costi più elevati:
 - Considerazione della diagnostica neurologica complessa nei DRG B68A, B69C, B70B, B70E, B72B, B76D, B77A, D61A e D68A.
 - È stata condotta una considerevole rivalutazione dei casi in cui è necessaria una diagnostica complessa.
 - Oltre a ciò, nel DRG di base E63 è stato rivalutato il gruppo diagnostico con una diagnostica neurologica complessa o una diagnostica cardiologica invasiva nel DRG E63A.
- Le adesiolisi erano finora valutate in modo differente in base alla localizzazione. Con la ristrutturazione nelle MDC corrispondenti sono stati ottenuti i risultati seguenti:
 - Equiparazione dei codici per l'adesiolisi in tutte le MDC.
 - Riduzione al minimo del potenziale conflitto nella codifica.
- Con l'annuale fornitura dei dati vi sono anche sempre gruppi diagnostici che portano ai DRG di base 901 e 902 "Procedura OR (estesa) non correlata con la diagnosi principale". Questo è il caso di combinazioni specifiche di diagnosi principali e procedura e dovrebbe condurre ai DRG 901 e 902 solo in casi eccezionali. Per questo motivo sono stati condotti una verifica e un adeguamento accurati:
 - Diversi codici OR vengono integrati in altre MDC.
 - Le diagnosi principali vengono spostate in altre MDC.
 - L'attribuzione dei codici OR nel DRG di base 901 o 902 viene adeguata.
- Sono state condotte analisi su tutte le MDC per verificare se gli split PCCL esistenti (principalmente PCCL > 2) sono sempre adatti come separatori di costi.
 - In diversi DRG è stato condotto un rafforzamento delle condizioni di split mediante innalzamento del PCCL da > 2 a > 3.
 - In alcuni DRG, i PCCL non vengono considerati come criterio di split.
- I casi con terapia intensiva impegnativa specifica (logica del DRG di base A11) e impianto di una pompa cardiaca sono sopravvalutati nel DRG di base A07 "Respirazione assistita > 499 ore o altre costellazioni impegnative".
 - La logica è stata rimossa dal DRG di base A07, per cui questi casi rientrano ora nel DRG di base A11 "Respirazione assistita > 249 ore, o respirazione assistita > 95 ore o terapia inten-

siva complessa > 196 / 552 punti risorse con costellazioni specifiche, o costellazioni altamente impegnative, o ustioni gravi" e sono qui rappresentati in modo appropriato.

- A causa della variazione della definizione di setticemia e dei criteri diagnostici è sorta la necessità di un adeguamento del Grouper.
- È stata condotta la rimozione dei codici CHOP "R65.-! Sindrome della risposta infiammatoria sistemica (SIRS)" dalla matrice CC e da tutte le tabelle utilizzate per la definizione delle MDC o dei DRG, come codici diagnostici rilevanti ai fini del raggruppamento.
- I codici della tabella diagnostica "Setticemia" della MDC 18b sono stati rivalutati mediante integrazione nella funzione "procedure complicanti" e nella funzione "procedure complesse pre-MDC".

1.3.3 Malattie del sistema nervoso MDC 01

- I casi con un intervento combinato "neurostimolatore" e "pompa per infusione di medicinali" sono sottoremunerati.
- Inclusione della tabella "Pompa per infusione di medicinali" nello split per il DRG B21B "Impianto di neurostimolatore per stimolazione cerebrale, sistema monoelettrodo o pompa per infusione di medicinali". In tal modo è riuscita una remunerazione appropriata di questi interventi combinati.
- Il DRG B22A "Impianto di pompa per infusione di medicinali e procedura OR complessa o radioterapia o chemioterapia" mostra un minimo numero di casi.
- Condensazione dei DRG B22A/B nel DRG B22Z "Impianto di pompa per infusione di medicinali".
- I casi con un intervento combinato di impianto di neurostimolatore e pompa per infusione di medicinali si sono dimostrati sottoremunerati nel sistema. Tuttavia, il DRG B22A "Impianto di pompa per infusione di medicinali e procedura OR complessa o radioterapia o chemioterapia" ha mostrato numeri troppo esigui di casi per un calcolo valido, per cui è stata necessaria una ristrutturazione:
- Inclusione della tabella "Pompa per infusione di medicinali" nello split per il DRG B21B "Impianto di neurostimolatore per stimolazione cerebrale, sistema monoelettrodo o pompa per infusione di medicinali".
- Condensazione dei DRG B22A/B nel DRG B22Z "Impianto di pompa per infusione di medicinali".
- Contemporaneamente, anche i casi con impianto di un generatore d'impulsi (neurostimolatore intracranico) nel DRG B21D non sono rappresentati adeguatamente.
- Rivalutazione dei casi senza impianto di elettrodo nel DRG B21C.
- È stata rilevata una disomogeneità dei costi nel DRG di base B68 "Sclerosi multipla", con una sottoremunerazione dei casi nel DRG B68B.
- Split del DRG B68B con la diagnosi ICD G35.0 "Prima manifestazione di sclerosi multipla".
- I casi nel DRG di base B67 "Morbo di Parkinson" per i quali è stato condotto un "Trattamento complesso multimodale per malattie motorie extrapiramidali" (codice CHOP 99.b4.10-12) si sono dimostrati impegnativi:

- Inclusione del "Trattamento complesso multimodale per malattie motorie extrapiramidali, da 7 giorni di trattamento" nel DRG B67A con sensibile rivalutazione del gruppo diagnostico.
- Le malattie del midollo spinale sono state finora distribuite in diversi DRG con basso numero di casi. Per ottenere numeri di casi più elevati e una rappresentazione chiara dei casi è stata condotta una condensazione dei diversi DRG:
 - La logica del DRG B86Z è stata integrata nel DRG B60Z e il DRG B86Z è stato cancellato.
- Lo stesso problema si è posto per i DRG per la rappresentazione delle paralisi e delle distrofie muscolari:
 - Il DRG di base B06 è stato incluso nel DRG di base B17 e il DRG di base B06 è stato cancellato.
- Interventi specifici che possono risultare necessari durante l'esecuzione della terapia dell'ictus non erano finora rappresentati nella MDC 01:
 - Sono state incluse procedure specifiche quali pace-maker / defibrillatore nel DRG di base B39 "Trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto con procedura specifica".

1.3.4 Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04

- In bariatrica vi era il problema di una remunerazione deficitaria in caso di impiego di risorse supplementare. I casi con intervento bariatrico e procedura secondaria non bariatrica non erano interessati dallo spostamento degli "Interventi per obesità con ipoventilazione alveolare" e quindi non erano classificati nella chirurgia bariatrica nella MDC 06 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente). È stata condotta una verifica di tutti gli spostamenti alla bariatrica.
 - Lo spostamento degli "Interventi per obesità con ipoventilazione alveolare" è stato adeguato. Per gli interventi bariatrici, la logica viene ora soddisfatta in associazione con gli interventi concomitanti.
- Nel DRG di base E63 "Apnea nel sonno o polisonnografia cardiorespiratoria fino a 2 giorni di degenza", i casi con diagnostica neurologica complessa non erano rappresentati in modo appropriato.
 - È stata effettuata la rivalutazione di questo gruppo diagnostico e l'identificazione di diagnostica cardiologica invasiva specifica come ulteriore separatore di costi nel DRG E63A "Apnea nel sonno o polisonnografia cardiorespiratoria fino a 2 giorni di degenza, diagnostica neurologica complessa o diagnostica cardiologica invasiva specifica o età < 16 anni".
- Il DRG di base E75 "Altre malattie dell'apparato respiratorio" ha mostrato una disomogeneità di costi. I criteri di split non avevano più un potere separatore sufficiente.
 - Per migliorare l'omogeneità è stato creato il DRG E75D esplicito da un giorno di degenza. Inoltre, è stato adeguato lo split pediatrico del DRG E75A "età < 18 anni".
- Il DRG di base E77 "Altre Infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio" ha mostrato una disomogeneità del numero di casi. Sono stati verificati tutti i criteri di split applicati finora.

- La conseguenza è stata una rivalutazione dei casi con punti risorse per terapia intensiva complessa > 196 / 119 nel DRG E77A. Oltre a ciò, è stato rimosso l'esistente criterio di split del DRG E77E "tetraplegia / paraplegia". Questi casi sono stati rivalutati e ora sono stati raggruppati in base alla soddisfazione di altre condizioni di split nei DRG E77A, E77B o E77C.

1.3.5 Malattie della circolazione sistemica MDC 05

- Insieme di casi simili erano finora rappresentati nei DRG di base F08 "Interventi maggiori di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone, con procedure complicanti o aneurisma toraco-addominale", F51 "Inserzione endovascolare di stent nell'aorta" e F34 "Altri interventi maggiori di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone".
 - Per ottenere una rappresentazione più chiara e omogenea di questi insiemi di casi è stato cancellato il DRG di base F08, e l'insieme di casi risultante è stato raggruppatto nei DRG di base F51 e F34.
- Le analisi hanno dimostrato una distribuzione disomogenea di diversi insiemi di casi con impianto endovascolare di protesi valvolare cardiaca e una remunerazione non commisurata all'impiego di risorse. La precedente differenziazione sulla base di età, diagnostiche complesse e TAVI non consentiva la rappresentazione degli interventi combinati.
 - Nel corso del perfezionamento sono stati rielaborati i criteri di split del DRG di base F98 e sono stati creati nuovi criteri di split. Nel DRG F98A sono ora raggruppati casi con operazione supplementare di bypass o con trattamenti specifici impegnativi di terapia intensiva. Al DRG F98B sono stati ora attribuiti casi con impianto di pace-maker o innesto aortico, nonché età infantile. Il DRG F98C contiene tutti i casi rimanenti con impianto endovascolare di protesi valvolare cardiaca.
- Le analisi hanno indicato la rappresentazione di un simile insieme di casi nei DRG di base F38 "Interventi moderatamente complessi di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone" e F59 "Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi".
 - Nel corso dello sviluppo del sistema è stato possibile riunire i menzionati DRG di base e raggiungere una rappresentazione più omogenea. A questo scopo è stato cancellato il DRG di base F38 e l'insieme di casi è stato integrato nel DRG di base F59. Oltre a ciò, sono stati rielaborati i criteri di split del DRG di base F59 e questi sono stati oltretutto differenziati nei DRG da F59A a F59G. I criteri di split del DRG F59A sono stati resi più stringenti mediante integrazione delle funzioni "terapia a pressione negativa" e "procedure OR complesse in più tempi". Il DRG F59C rende possibile il raggruppamento dei casi con "inserimento di stent in più tempi" o "angioplastica". Il DRG F59D rende possibile il raggruppamento di "endoarteriectomie dei vasi delle estremità inferiori". I criteri di split del DRG F59E sono stati ampliati con procedure specifiche (per es. ablazione a radiofrequenza attraverso l'a. renale, trombolisi percutanea-transluminale selettiva con o senza guida ecografica). Oltre a ciò, i criteri di split del DRG F59F sono stati ampliati con le condizioni "inserimento di stent multipli" e "inserimento di stent extralunghi".
- Un insieme di casi con contenuto simile riguardante la sostituzione del generatore di impulsi del defibrillatore era rappresentato finora in diversi DRG di base: DRG di base F10 "Sostituzione del generatore di impulsi di defibrillatore automatico (AICD), stimolazione monocamerale" e F02 "Sostituzione del generatore di impulsi di defibrillatore automatico (AICD), stimolazione bicamerale o tricamerale".

- Nel corso dello sviluppo del sistema è stato cancellato il DRG di base F10 e l'insieme di casi è stato rappresentato nel DRG di base F02. Grazie a questa misura è stato possibile raggiungere una migliore omogeneità dei costi.
- L'insieme di casi del DRG di base F21 "Altre procedure OR per malattie circolatorie" si presentava disomogeneo, soprattutto per quanto riguarda la durata di degenza.
- Nel corso del perfezionamento sono stati cambiati i criteri di split, in modo che i casi con interventi di chirurgia plastica e PCCL > 3 sono stati attribuiti al DRG F21A, i casi con PCCL > 3 senza interventi di chirurgia plastica sono stati attribuiti al DRG F21B, mentre tutti i casi rimanenti sono stati raggruppati nel DRG F21C.
- Nelle analisi è stato possibile accertare che i criteri di split del DRG di base F28 non avevano più alcun potere di separazione dei costi.
- I criteri di split del DRG F28 hanno potuto essere resi più stringenti nel corso dello sviluppo del sistema. Un PCCL > 3 viene raggruppato ora nel DRG F28A, per cui può essere ottenuta una maggiore omogeneità e viene resa possibile una remunerazione appropriata.
- Nell'ambito delle analisi, è stato dimostrato che i criteri di split del DRG di base F67 "Ipertensione" non hanno più potere di separazione dei costi.
- Nel corso del perfezionamento è stato cancellato il DRG F67C. I casi con più di un giorno di degenza e PCCL > 3 vengono ora raggruppati nel DRG F21B.
- I criteri di split del DRG di base F72 "Angina pectoris instabile" hanno dimostrato di non avere più potere di separazione dei costi, per cui non si aveva una distribuzione omogenea del gruppo diagnostico.
- I criteri di split del DRG F72A hanno potuto essere resi più stringenti mediante aumento a > 3 del valore PCCL, ed è stata raggiunta una migliore separazione dei costi tra il DRG F72A e il DRG F72B.
- La "Sostituzione del generatore di impulsi di defibrillatore automatico (AICD)" era finora rappresentata nei DRG di base F10 e F02.
- È stata condotta una riunione della sostituzione del generatore di impulsi di defibrillatore automatico nel DRG di base F02 e una cancellazione del DRG di base F10.
- È stato creato uno split A con defibrillatore bicamerale e tricamerale.
- È stato creato uno split B con defibrillatore monocamerale.

1.3.6 Malattie dell'apparato digerente MDC 06

- Le analisi effettuate sul DRG di base G67 "Miscellanea di malattie dell'apparato digerente o emorragia gastrointestinale o ulcera peptica" hanno mostrato che i criteri di split non sono più efficaci come separatori dei costi.
- La verifica e la ristrutturazione dei criteri di split entro il DRG di base G67 hanno conseguito una remunerazione delle prestazioni commisurata all'impiego di risorse.
- Nella MDC 06 si trovano numerosi DRG con numeri di casi elevati, per cui è risultata opportuna una verifica delle esistenti condizioni di split.
- I DRG G67C/D non hanno più presentato differenze di costi, per cui i DRG sono stati condensati.

- È stato attuato un ampliamento delle condizioni di split nel DRG G26A mediante la funzione "interventi complessi".
- Nel DRG di base G48 "Colonscopia con CC gravi o intervento complicante o età < 15 anni o con diagnosi complicante" si sono osservati molti casi low outlier e il gruppo diagnostico con chiusura di fistola dell'intestino tenue non era rappresentato in modo appropriato.
 - È stata effettuata l'inclusione della procedura "chiusura di fistole dell'intestino tenue" nel DRG G48A.
 - È stato introdotto il DRG G48D da un giorno di degenza.
- Gli interventi per ernia bilaterali con o senza trapianto erano rappresentati finora in modo differenziato nei DRG G09B e G09C. Adesso non erano più dimostrabili differenze di costi tra i due DRG.
 - È stata effettuata la condensazione dei due DRG e la rappresentazione degli interventi per ernia bilaterale nel DRG G09B.
- Sono stati verificati e riuniti anche i DRG con basso numero di casi.
 - È stata effettuata l'inclusione del DRG G04Z nel DRG G16Z e del DRG G10Z nel DRG G02B.
 - Questo ha portato a un calcolo migliore grazie al più elevato numero di casi e a una chiara rappresentazione dei gruppi diagnostici.
- Per alcuni interventi vengono condotte contemporaneamente procedure che però non comportano un aumento dell'impiego di risorse complessivo. La codifica dei codici 47.11 "Appendicectomia incidentale, nel corso di laparoscopia per altre ragioni" oppure 47.19 "Altra appendicectomia in corso di altro intervento" comportava un aumento della remunerazione con contemporanea esecuzione di altri interventi.
 - Questi codici non vengono più considerati in caso di contemporanea esecuzione di un altro intervento.

1.3.7 Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07

- Nel DRG H41A è stato possibile identificare un insieme di casi con uso intensivo di risorse.
 - È stato condotto uno split del DRG H41A con la condizione "terapia intensiva complessa > 196 / 360 punti risorse" che ha consentito una migliore rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse nel sistema.
- Gli interventi sul fegato in due tempi sono risultati sottoremunerati nel sistema. Per tale motivo è stata condotta l'inclusione dei codici CHOP.
 - È stato eseguito l'inserimento dei codici 50.2b.11 "Transezione del fegato e legatura di rami della vena porta, ALPPS, prima fase, chirurgia a cielo aperto" e 50.2b.12 "Transezione del fegato e legatura di rami della vena porta, ALPPS, prima fase, per via laparoscopica" nella funzione "procedure OR complesse".
 - Oltre a ciò, è stata eseguita una rivalorizzazione degli interventi mediante integrazione nel DRG H01A, che ha ottenuto una rappresentazione appropriata di questi casi.
- Nel DRG di base H60 "Cirrosi epatica ...", avevamo identificato un insieme di casi con grande assorbimento di risorse.

- È stata condotta una rivalorizzazione dei casi con "trattamento complesso della cirrosi epatica a partire da 14 giorni o assistenza epatica extracorporea" nel DRG H60A.
- Per la rappresentazione delle malattie epatiche (DRG di base H63) è stata presentata una richiesta di introduzione di uno split PCCL > 5 o > 6.
- Uno split PCCL > 5 o > 6 non è tecnicamente possibile al momento.
- Nel DRG di base H63, il PCCL ha dimostrato di non possedere alcun potere di separazione dei costi, ma è stato possibile uno split con "diagnosi specifiche" (le diagnosi della tabella sull'emofilia).

1.3.8 Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08

- I casi entro la MDC 08 con "terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC < 196 / 184 e < 393 / 553 punti risorse" non sono remunerati in modo appropriato.
- È stato condotto un ampliamento dello split nel DRG I02A con casi con "terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse".
- Inoltre, è stata condotta una rivalutazione dei casi con "terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC < 196 / 184 punti risorse e procedura operatoria complessa" nel DRG di base I95 "Impianto di endoprotesi tumorale o procedura complessa in più tempi o terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse con procedura complessa".
- La remunerazione dei casi con diagnosi "osteomielite" e rimozione / impianto di protesi di ginocchio nel DRG di base I04 non è appropriata.
- Sono stati eseguiti l'inclusione di queste diagnosi nella tabella delle "neoplasie maligne / infezioni" nonché un ampliamento e adeguamento della logica nel DRG di base I04 "Revisione o sostituzione del ginocchio con diagnosi complicante o artrodesi".
- Diverse tabelle nel DRG di base I06 "Interventi complessi alla colonna vertebrale con intervento di correzione complesso" hanno una sovrapposizione di contenuti.
- Gli interventi alla colonna vertebrale in combinazione con "dissezione del collo" non hanno mostrato casi per anni.
- Sono stati condotti ampi aggiornamenti delle tabelle ed è stata rimossa la tabella per gli interventi di "dissezione del collo". Inoltre, in questa operazione è stata anche semplificata la logica del DRG di base I06.
- I criteri di split per i DRG I06A e I06B sono stati ampliati.
- I pazienti con una paresi cerebrale non sono rappresentati in maniera appropriata nel DRG di base I08 "Altri interventi su anca e femore".
- Ampliamento della condizione di split per il DRG I08B "Altri interventi su anca e femore, CC estremamente gravi con intervento multiplo o procedura complessa, **o diagnostica complessa**, età > 11 anni". Questo comporta una rivalutazione di questi casi.
- Le fusioni di corpi vertebrali con degenza in reparto di terapia intensiva o Intermediate Care sono sottoremunerate nel DRG di base I09.
- Per il DRG I09A è stata inclusa la condizione "terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse". In tal modo i casi risultano remunerati appropriatamente.

- La rappresentazione dei casi con codice CHOP 81.64.00 "Artrodesi o rifusione di 9 e più vertebre, NAS" o 84.51.11 "Inserzione di gabbie intercorporee, 2 segmenti" non corrisponde ai costi effettivi.
 - Svalutazione di questi casi entro i DRG di base I06 e I09. In tal modo è riuscita una rappresentazione adeguata di queste prestazioni.

- I casi con "osteosintesi/impianto di sistema interno di allungamento o trasporto di ossa (non) motorizzato" sono raggruppati con l'aiuto di altri codici nel DRG di base I08, dove sono eccessivamente remunerati. Questa procedura genera contemporaneamente anche un compenso supplementare.
 - Adeguamento della logica nel DRG di base I08, per cui questi casi rimangono nel DRG di base I11 "Ricostruzione per malformazione o allungamento di arti", dove sono rappresentati in modo appropriato.

- È stata presentata una richiesta di rivalutazione dei casi con il codice CHOP 79.36.12 "Riduzione aperta di frattura semplice della tibia prossimale, con altra fissazione interna" entro il DRG di base I13 "Interventi su omero, tibia, perone e caviglia".
 - È stata creata una nuova tabella nel DRG I13B "Interventi su omero, tibia, perone e caviglia, con intervento multiplo, intervento bilaterale specifico o **procedura**/diagnostica **complessa**" con i codici CHOP da 79.36.10 a 79.36.14 "Riduzione aperta di frattura semplice / pluri-frammentaria della tibia prossimale, ...". In tal modo è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.

- Nelle analisi, il DRG di base I18 "Artroscopia comprensiva di biopsia o altri interventi su ossa o articolazioni" non risulta più idoneo a rappresentare un DRG sovraordinato per tutti gli interventi artroscopici.
 - È stata condotta l'attribuzione dei codici CHOP per "denominazione anatomica" e "dati sui costi" ai corrispondenti DRG per organo entro la MDC 08.
 - Questo rende possibile una rappresentazione medica e con omogeneità dei costi per questi casi.

- Con i dati del 2016, il DRG I20C "Interventi sul piede con intervento complesso..." ha mostrato un insieme di casi disomogeneo.
 - I criteri di split entro il DRG di base I20 sono stati rielaborati in seguito a ulteriori analisi e sono stati attribuiti in modo appropriato ai DRG in base ai costi e alla durata di degenza.

- "Rimozione di dispositivo impiantato da altre ossa specificate, escluse quelle facciali, rimozione di sostituto osseo (parziale) dalla colonna vertebrale" e "Rimozione di materiale di osteosintesi dalla colonna vertebrale" sono rappresentati in modo differente".
 - I codici sono stati equiparati adeguatamente nel DRG di base I23 "Interventi specifici eccetto che su anca e femore".
 - Questo adeguamento porta a una riduzione dei falsi incentivi.

- I casi con "rottura dei tendini del quadricipite" non sono rappresentati in modo appropriato nel DRG di base I27 "Interventi sui tessuti molli".
 - Sono stati condotti ampi aggiornamenti delle tabelle entro il DRG di base I27 con nuova attribuzione dei codici CHOP in base alla denominazione anatomica e ai costi per caso.

- I criteri di split entro il DRG di base sono stati rielaborati.
- Questo adeguamento comporta una appropriata rivalutazione dei casi con una "rottura del tendine del quadricipite" nel DRG di base I30 "Interventi complessi sul ginocchio".
- È stata presentata una richiesta di rivalutazione dei casi con inserzione di impianto acellulare nel ginocchio o nella caviglia a causa degli elevati costi dei materiali.
- Rivalutazione dei casi con il codice CHOP "Perforazione subcondrale con inserzione di impianto acellulare, al ginocchio / alla spalla / alla caviglia" entro i DRG di base I29 (interventi sulla spalla), I20 (interventi sulla caviglia), I30 e I18 (interventi sul ginocchio).
- A causa di un'indicazione ricevuta nel corso dell'anno viene condotta la verifica della rappresentazione degli interventi sulla spalla senza lussazione recidivante nel DRG di base I29 "Interventi complessi su scapola, clavicola, coste o spalla".
- Come risultato è stato possibile equiparare gli interventi con e senza lussazione della spalla recidivante nel DRG I29B.
- Sono stati analizzati i costi disomogenei nel DRG di base I30 "Interventi complessi sul ginocchio".
- È stato condotto un ampio aggiornamento delle tabelle entro il DRG di base e una revisione dei criteri di split per il DRG I30A "Interventi complessi sul ginocchio con intervento specifico o età < 16 anni".
- Per la versione 7.0 erano già state condotte ampie ristrutturazioni nel DRG di base I32 "Interventi su polso e mano". In risposta a una richiesta sono stati verificati di nuovo casi specifici sulla base dei nuovi dati.
- Per la versione 8.0 è stato possibile creare il DRG I32D da un giorno di degenza.
- I casi con un "trattamento complesso alla mano di 8 e più giorni" o con una diagnosi per es. di "artrite, poliartrite od osteomielite" e i casi con "lesione dei tessuti molli dal II al III grado..." hanno potuto essere rivalutati nel DRG di base I32.
- Inoltre, sono stati condotti ulteriori aggiornamenti delle tabelle.
- Un utente ha presentato una richiesta di rivalutazione dei casi con sostituzione di protesi d'anca entro i DRG di base I46 e I03 a causa della complessità e della durata dell'intervento chirurgico in caso di cambio di intervento.
- È stata condotta una rivalutazione dei casi con sostituzione di protesi e con un intervento su localizzazioni multiple o un PCCL > 3 nel DRG I46A. Entro il DRG di base I03, le analisi non hanno mostrato alcun indizio di una sottoremunerazione di questi casi.
- Lo stesso utente ha presentato una seconda richiesta per la rivalutazione dei casi con sostituzione di protesi di ginocchio entro i DRG di base I43 e I04.
- È stata effettuata una rivalutazione di questi casi nel DRG I43A "Impianto di endoprotesi del ginocchio con sostituzione di protesi specifica" e nel DRG I04A "Revisione o sostituzione del ginocchio con diagnosi complicante o artrodesi e sostituzione di protesi specifica".
- Diverse richieste hanno riguardato la rappresentazione appropriata di casi specifici nella partizione medica della MDC 08.
- Molti casi con uguale assorbimento di risorse e contenuto simile sono stati rappresentati in DRG differenti.

- Nella partizione medica sono state condotte ampie ristrutturazioni.
- A causa di molti casi da un giorno di degenza è stato creato il nuovo DRG di base I61 "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, un giorno di degenza".
- Per la rappresentazione di casi impegnativi di cure intensive senza intervento chirurgico è stato creato il nuovo DRG I87Z "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse".
- Entrambi gli aggiornamenti comportano una rappresentazione omogenea dei costi dei casi impegnativi entro la partizione medica della MDC 08.
- L'insieme di casi nel DRG I60 "Fratture del bacino, del collo del femore e del femore, più di un giorno di degenza" è stato ampliato, e in aggiunta è stato incluso uno split per il DRG I60A "...< 3 anni o paraplegia / tetraplegia".
- Nel DRG di base I64 "Osteomielite, più di un giorno di degenza" è stato possibile creare nuovi criteri di split.
- Nel DRG I65A è stato possibile rivalutare i casi pediatrici "neoplasia maligna del tessuto connettivo inclusa frattura patologica, < 16 anni, ...".
- L'insieme di casi con fratture femorali del DRG di base I66 "Altre malattie del tessuto connettivo, più di un giorno di degenza" è stato spostato nel DRG di base I60 e i criteri di split sono stati rielaborati.
- Entro il DRG di base I68 "Malattie e traumatismi della regione della colonna vertebrale non trattati chirurgicamente, più di un giorno di degenza" è stata necessaria una rielaborazione dei criteri di split.
- Le artropatie aspecifiche sono state incluse nel DRG di base I69 "Malattie dell'osso e artropatie, più di un giorno di degenza".
- I criteri di split nei DRG di base I74 "Traumatismi di avambraccio, polso, mano o piede, più di un giorno di degenza" e I75 "Traumatismi gravi dell'arto superiore o inferiore o tendinite, miosite e borsite, più di un giorno di degenza" sono stati rielaborati.

1.3.9 Malattie della pelle e della mammella MDC 09

Il collettivo di casi del DRG J18Z "Altra radioterapia per malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, più di un giorno di degenza" si è dimostrato clinicamente ed economicamente eterogeneo. Per i casi con intervento chirurgico non era possibile rappresentare in modo appropriato i costi più elevati e la durata di degenza più prolungata.

- È stato possibile identificare procedure specifiche come nuovi separatori di costi, per es. "85.24 Asportazione di tessuto ectopico della mammella [L]", "85.25 Asportazione del capezzolo [L]", "85.26 Mastectomia parziale [L]" e "85.41 Mastectomia semplice [L]".
- La rivalutazione di questi casi nel DRG J18A di nuova creazione "Altra radioterapia per malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella con procedura specifica, più di un giorno di degenza" ha comportato una migliore differenziazione.
- Ricostruzioni plastiche specifiche nel DRG di base J24 "Interventi sulla mammella eccetto che per neoplasie maligne" non erano remunerati in modo appropriato.
- Il risultato finale è stata una rivalutazione dei casi con mammoplastica specifica o sostituzione di protesi nel DRG J24A.

Inoltre, sono stati condensati i DRG con basso numero di casi:

- DRG J04A / B → J04Z "Interventi sulla pelle degli arti inferiori eccetto che per ulcera o infezione / infiammazione".
- DRG J65A / B → J65Z "Ferita della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella".

1.3.10 Malattie degli organi urinari MDC 11

- Con una richiesta ci è stato indicato che il codice ICD N11.0 "Pielonefrite cronica non ostruttiva associata a reflusso" e il raggruppamento nel DRG L68A portano a una valutazione troppo elevata del gruppo diagnostico.
- Abbiamo quindi spostato il codice ICD N11.0 dal DRG di base L68 al DRG di base L63.
- Mediante questo adeguamento i casi vengono svalutati e viene raggiunta una equiparazione con diagnosi equivalenti.

1.3.11 Gravidanza, parto e puerperio MDC 14

- Nell'ambito delle analisi è stato accertato che procedure terapeutiche intrauterine specifiche nel DRG di base O05 "Procedura OR specifica in gravidanza o terapia intrauterina del feto" non erano rappresentate in modo appropriato.
- Nel corso del perfezionamento è stato possibile cancellare il DRG di base O05 e rappresentare l'insieme di casi nel DRG di base O02 o, in associazione con un "taglio cesareo", nel DRG O01B.
- Le analisi hanno dimostrato che casi specifici di parto sono associati a un elevato consumo di risorse.
- I casi con il codice CHOP 75.4 "Rimozione manuale di placenta ritenuta" sono stati rivalutati nel DRG O60C "Parto vaginale con diagnosi complicante grave o moderatamente grave".
- Le analisi hanno potuto dimostrare che i casi con degenza prolungata prima del parto, descritti con i codici CHOP 73.7x* "Trattamento ospedaliero prima del parto", sono distribuiti in diversi DRG e rendono difficoltosa una remunerazione appropriata.
- Rappresentazione dell'insieme di casi con degenza molto prolungata prima del parto nello specifico DRG di base O50, con miglioramento della omogeneità.
- Le analisi hanno evidenziato che i criteri di split del DRG O40A "Aborto con dilatazione, raschiamento mediante aspirazione o isterotomia" non hanno più potere di separazione dei costi.
- Nell'ambito della rappresentazione adeguata di questo insieme di casi sono stati condensati i DRG O40A e O40B nel DRG O40Z "Aborto o isterectomia, raschiamento".

1.3.12 Neonati MDC 15

- Le analisi hanno dimostrato che i casi con punti risorse di terapia intensiva entro i DRG di base P05 e P66 sono sottoremunerati.
- Nel corso dello sviluppo del sistema è stato possibile raggiungere una rivalutazione di questo insieme di casi. I casi con > 392 punti risorse di terapia intensiva vengono ora rappresentati nel DRG di base P05.

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

- La rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse nella MDC 16 era difficile. Nella verifica dei casi, le degenze brevi in IMC / terapia intensiva portavano a una buona differenziazione.
- Di conseguenza, è stato creato il nuovo DRG Q37Z "Terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse".
- Nel DRG di base Q61 "Malattie dei globuli rossi", i criteri di split non conseguivano più una differenziazione sufficiente dei costi.
- È stata condotta una ridefinizione dei criteri di split. La rivalutazione dei casi con "CC estremamente gravi e più di un giorno di degenza" ha conseguito un miglioramento dell'omogeneità.

1.3.14 Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

- I casi con insufficienza e rigetto di trapianto di cellule ematopoietiche erano finora attribuiti al DRG A61Z. Nonostante ciò, l'insieme di casi si è mostrato molto eterogeneo rispetto al consumo di risorse. Un raggruppamento sulla base delle diagnosi ha consentito solo una minima differenziazione dei costi.
- Nel corso del perfezionamento è stato cancellato il DRG di base A61 e una parte dei casi del precedente DRG di base A61 è stata rappresentata nel DRG di base A91 "Fotoferesi e aferesi, un giorno di degenza". L'insieme dei casi rimasto dal precedente DRG A61 è stato dirottato nella MDC 17 con attribuzione al DRG di base R60 "Leucemia mieloide acuta, più di un giorno di degenza o prelievo autologo di cellule staminali o graft versus host disease". È stato possibile effettuare una rivalutazione supplementare di casi con graft versus host disease acuta di grado 3 o 4 come diagnosi principale o con il coinvolgimento di almeno due organi nei DRG R60A o R60B.
- Le diagnosi "D76.1 Linfoistocitosi emofagocitaria" e "D76.2 Sindrome emofagocitaria nelle infezioni" erano finora nella MDC 10 ("Malattie e disturbi endocrini e metabolici"). Tuttavia, l'impiego di risorse e il concetto del trattamento non sono equiparabili a una leucemia acuta.
- Le diagnosi principali sono state spostate nella MDC 17, ed è stata effettuata l'inclusione nel DRG R63C "Altra leucemia acuta con dialisi o CC estremamente gravi o impianto di port o diagnosi specifica, più di un giorno di degenza".
- Nel DRG R61D "Linfoma e leucemia non acuta, più di un giorno di degenza", i bambini e gli adolescenti non erano rappresentati in modo appropriato con diagnosi complicanti specifiche.
- In seguito all'esame è stata condotta una rivalutazione dei casi di bambini con "età < 8 anni" ed "età < 18 anni", nonché dei casi che soddisfano la funzione "procedure complicanti".

1.3.15 Malattie infettive e parassitarie MDC 18B

- Finora i casi con trattamento complesso di agenti patogeni multiresistenti senza intervento chirurgico sono stati attribuiti al DRG di base A94 indipendentemente dalla diagnosi princi-

pale. Le eccezioni sono stati i casi della MDC 17. È stata effettuata una verifica per i casi della MDC 18B.

- Di conseguenza è stato condotto un ampliamento dell'eccezione per i casi della MDC 18B. I casi con trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 7 giorni di trattamento sono raggruppati ora nel DRG di base T60 "Setticemia o trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 7 giorni di trattamento".
- Inoltre, sono stati rivalutati i casi a partire da 14 giorni di trattamento nel DRG T60A di nuova definizione "Setticemia con procedura complicante o su esiti di trapianto d'organo, con CC estremamente gravi, o terapia intensiva complessa > 196 / 184 punti risorse o trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 14 giorni di trattamento".
- I casi di setticemia con complicanza organica e l'esecuzione di una ERCP hanno presentato una sottoremunerazione. È stata condotta una verifica riguardo a questa costellazione di casi.
 - È stata condotta la rivalutazione dei casi con ERCP nel DRG T60C "Setticemia con procedura complicante o su esiti di trapianto d'organo ed età < 16 anni o paraplegia / tetraplegia o procedura specifica, o CC estremamente gravi ed età < 16 anni o paraplegia / tetraplegia o procedura specifica".
- Il DRG di base T62 "Febbre di origine sconosciuta" ha mostrato un gruppo diagnostico in sé disomogeneo.
 - È stata condotta una ridefinizione dei criteri di split -> "CC estremamente gravi" ed "età < 18 anni". Inoltre, è stato creato il DRG T62D esplicito da 1 giorno di degenza.

1.3.16 Malattie e disturbi psichici MDC 19

- Nel DRG U01A "Intervento di trasformazione del sesso con intervento complesso", i codici CHOP "64.5x.10/ -.20 Interventi per trasformazione di sesso, trasformazione da donna a uomo / da uomo a donna" non hanno più mostrato un adeguato potere separatore dei costi. È stata condotta una revisione del DRG di base U01 e l'identificazione di nuovi separatori di costi.
 - Nella tabella di base sono stati inclusi altri codici operatori associati alla diagnosi principale "transessualismo". Inoltre, la tabella del DRG U01A è stata depurata dei codici CHOP "64.5x.10/ -.20". Questi codici, insieme ad altri codici CHOP operatori, per es. ricostruzioni plastiche specifiche e interventi combinati in caso di isterectomia e mastectomia, sono stati usati come nuovi criteri di split del DRG U01B nuovamente definito.
- Nel DRG di base U41 "Terapia socio- e neuropsichiatrica e psicosomatica pediatrica per malattie e disturbi psichici e per malattie e disturbi del sistema nervoso" non era possibile rappresentare in modo differenziato casi impegnativi specifici.
 - I casi con i codici CHOP "94.7x.* Terapia socio- e neuropsichiatrica e psicosomatica pediatrica" sono stati rivalutati nel DRG U41A di nuova creazione. È stato inoltre definito un criterio di split supplementare "età < 12 anni" di questo DRG.
- L'insieme di casi "Terapia del dolore multimodale da 14 a 20 giorni di trattamento" nel DRG di base U42 "Terapia del dolore multimodale per malattie e disturbi psichici" non era rappresentato in modo da coprire i costi.

- È stata condotta un'ulteriore differenziazione in base al numero dei giorni di trattamento da 14 a 20 e una rivalutazione dei casi interessati nel DRG U42B di nuova definizione.
- L'insieme di casi nel DRG U64A "Disturbi ansiosi o altri disturbi affettivi e somatoformi, età < 18 anni" era disomogeneo.
- La verifica ha identificato un nuovo e più adeguato separatore di costi: "età < 16 anni o CC estremamente gravi".
- Il DRG di base U66 "Disturbi del comportamento alimentare, ossessivi-compulsivi e della personalità nell'infanzia" contrassegna un insieme di casi disomogeneo in termini di costi e durata di degenza. È stato esaminato al fine di migliorarne l'omogeneità.
- È stato condotto un ampliamento della condizione di split per il DRG U66A con le funzioni seguenti:
 - punti per terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 184 o
 - trattamento complesso specifico con i codici CHOP:
"94.39.20 Trattamento psicosomatico e psicoterapeutico complesso", "94.39.21 Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso", "94.39.22 Intervento di crisi psicosomatico e psicoterapeutico".

1.3.17 Uso di alcool e droghe MDC 20

- La MDC 20 era generalmente molto disomogenea riguardo a costi e durata di degenza. Sono state codificate poche procedure e la differenziazione in base al tipo di abuso di sostanza in primo luogo non aveva più mostrato potere di separazione dei costi. Si è resa necessaria un'ampia revisione dell'intera MDC.
- Sono stati creati due nuovi DRG.
- Il DRG V01Z "Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcol e droghe, terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse" per la rappresentazione di casi impegnativi con degenza in terapia intensiva o IMC.
- E anche il DRG di base V02 "Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli", con i criteri di split:
 - "demenza o delirio e disturbi psichici a causa di disturbi della funzione cerebrale"
 - "dipendenza multipla o diagnosi complicante"
 - "più di un giorno di degenza"

1.3.18 Politrauma MDC 21A

- I pazienti politraumatizzati con una riabilitazione neurologica neurochirurgica precoce a partire da 14 giorni di trattamento sono sottoremunerati nella pre-MDC inter-MDC (DRG di base A90).
- Nella versione 8.0, i casi con un politrauma e una riabilitazione neurologica neurochirurgica precoce a partire da 14 giorni di trattamento sono raggruppati ora nel DRG W36Z "Politrauma, terapia intensiva complessa > 980 / 1104 punti risorse o riabilitazione neurologica precoce da 14 giorni di trattamento per politrauma".
- I pazienti politraumatizzati con un trattamento di estensione (trazione con dispositivo halo) della colonna vertebrale non sono rappresentati in modo appropriato.

- Inclusione delle procedure 02.94 "Applicazione o sostituzione di trazione transcutanea cranica o dispositivo halo" e 93.41 "Trazione spinale con apparecchiatura cranica" nel DRG di base W02 "Politrauma con procedura OR o respirazione assistita > 24 ore o trattamento complesso IMC > 392 / 552 punti risorse", con conseguente rivalutazione di questi casi.

1.3.19 Traumatismi, avvelenamenti MDC 21B

- Il DRG di base X60 "Traumatismi e reazioni allergiche" ha mostrato un insieme di casi disomogeneo. I criteri di split presenti non avevano più un potere separatore sufficiente.
- Nell'ambito della verifica è stata condotta una nuova definizione dei criteri di split per ottenere una rappresentazione appropriata e differenziata di tutti i casi. I casi con "CC estremamente gravi" o "terapia intensiva complessa > 196 / 119 punti risorse" sono stati rivalutati. Inoltre, è stato creato il DRG X60D esplicito da 1 giorno di degenza.

1.4 Visione d'insieme della matrice CCL

A causa di diverse segnalazioni (e-mail, note continue) e di 5 richieste dalle procedure di richiesta giunte nel corso dell'anno, sono state condotte ampie analisi per la valutazione delle diagnosi nella matrice CCL. Numerose simulazioni (175) su complessivamente 226 diagnosi secondarie e sulla loro attribuzione hanno evidenziato complessivamente 73 rivalutazioni e svalutazioni nella matrice CCL.

La nuova valutazione del grado di gravità garantisce, nella struttura tariffaria 8.0 / 2019, una rappresentazione del grado di gravità complessivo riferito al paziente (PCCL) che tiene meglio in considerazione l'assorbimento di risorse.

- Nuovo inserimento di 10 diagnosi
- Rivalutazione di 17 diagnosi
- Svalutazione di 23 diagnosi
- Cancellazione di 23 diagnosi

1.5 Remunerazioni supplementari

1.5.1 Remunerazioni supplementari – correzione dei costi

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

Complessivamente è stata condotta una correzione dei costi con un importo totale di 91'626'228 CHF per 17'283 casi dai dati di calcolo.

1.5.2 Nuove remunerazioni supplementari

Sono state stabilite ex nuovo le remunerazioni supplementari seguenti:

- Protesi endovascolari impiantate nell'aorta toracoaddominale, fenestrate / non fenestrate
- Protesi endovascolari impiantate nell'aorta toracica, fenestrate / non fenestrate
- Protesi endovascolari impiantate nell'aorta addominale, aortiche, fenestrate

- Ricostruzione complessa della colonna vertebrale (per es. scoliosi) mediante impianto di barre dinamiche
- Fattore di Von Willebrand
- Palivizumab
- Decitabina
- Dabrafenib
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir e ledipasvir
- Ombitasvir, paritaprevir e ritonavir
- Vedolizumab
- Pomalidomid
- Carfilzomib

Le remunerazioni supplementari seguenti sono state valutate in modo differenziato:

- Fattore della coagulazione IX, emivita media ≥ 80 h (per es. Alprolix[®], Idelvion[®])
- Fattore della coagulazione IX, emivita media < 80 ore (per es. Benefix[®], Berinin P[®], Immunine STIM Plus[®], Rixubis[®])
- Ustekinumab, per via endovenosa e sottocutanea
- Impianto di un sistema di assistenza cardiocircolatoria intracorporeo, nel ventricolo sinistro, nel ventricolo destro, biventricolare in set domiciliare e ospedaliero.
- Emodialisi, emofiltrazione, emodiafiltrazione, intermittenti per bambini (età < 12 anni) e adulti.
- Dialisi peritoneale, continua, assistita e non assistita meccanicamente

Le remunerazioni supplementari seguenti sono state cancellate:

- Etanercept

Nuove classi di dosi pediatriche sono state create in 3 remunerazioni supplementari

- Amfotericina B
- Voriconazolo orale
- Voriconazolo endovenoso

Per la remunerazione supplementare per il bosentan sono state adeguate le classi di dosi pediatriche, per il voriconazolo orale sono state rimosse le classi di dosi pediatriche.

1.6 Visione d'insieme sulla procedura di richiesta 2017

Nel 2017, mediante la procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 216 richieste per l'ulteriore sviluppo del sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. 112 delle richieste presentate sono state implementate. Questo corrisponde a un tasso di implementazione del 51%.

1.7 Conclusioni

Con lo sviluppo della versione 8.0 SwissDRG è stata elaborata una struttura tariffaria differenziata il cui uso consente una remunerazione appropriata commisurata alle prestazioni.

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

Gli argomenti da trattare sono esposti di seguito.

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

Non è realizzata una distinzione uniforme delle prestazioni di servizio pubblico su tutto il territorio nazionale e ciò ha un influsso diretto sull'entità assoluta dei costi d'esercizio.

Attualmente non può essere valutata la qualità dei CUI per caso. Per questo motivo sono state rese più stringenti le direttive sul rilevamento dei costi, e questi dati saranno rilevati per la prima volta nel 2018.

2. Metodo di calcolo

La metodologia di calcolo della versione 8.0, rispetto a quella della versione 7.0, varia da una parte riguardo al calcolo della soglia inferiore e superiore della degenza e, dall'altra parte, per il calcolo delle riduzioni per trasferimento.

2.1 Calcolo degli inlier

La procedura per il calcolo rimane invariata rispetto alla versione 7.0:

La versione 8.0 presenta, rispetto alla versione 7.0, un cambiamento delle formule per la determinazione delle soglie inferiore e superiore della degenza, per le quali si approssima al numero intero più prossimo, invece che aritmeticamente come fatto finora. Questo ha per conseguenza un lieve scostamento verso sinistra della struttura della remunerazione. 270 DRG mostrano una soglia inferiore della degenza più bassa di un'unità, mentre per 621 DRG si rileva una riduzione della soglia superiore della degenza.

Se si raggruppano i casi in base alla versione 8.0, ma li si classifica secondo il metodo di calcolo della versione 7.0 riguardo allo stato (low / inlier / high), gli high-outlier (59'247 casi) mostrano un grado di copertura di 79,3%. Secondo il metodo attuale, gli stessi casi mostrano un grado di copertura di 81,9%.

Se, invece, si raggruppano i casi in base alla versione 8.0, ma li si classifica secondo il metodo di calcolo della versione 8.0 (73'778 casi high-outlier), si ottiene un grado di copertura del 78,2% per il metodo della versione 7.0 e dell'81,2% per il metodo attuale.

Il numero di high-outlier aumenta con il metodo attuale e, come illustrato, in entrambe le delimitate quantità di high-outlier si osservano riduzioni dei deficit di copertura esistenti. Anche i casi classificati come inlier secondo il metodo 7.0 e come high-outlier secondo il metodo attuale presentano ora un minor deficit di copertura.

2.2 Determinazione dei cost-weight

Per la versione 8.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1033 DRG sulla base dei dati svizzeri. Anche per la versione 8.0 non sono stati importati né elvetizzati cost-weight dal catalogo tedesco degli importi forfettari per caso.

A causa del basso numero di casi, per 27 DRG si è ricorso ai dati dell'anno precedente. Per tre altri DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2016/2015/2014). I casi degli anni precedenti sono stati impiegati a condizione che non fosse stata condotta alcuna ristrutturazione nel DRG interessato e che si potesse attingere a un sufficiente numero di casi di due o tre anni.

Il calcolo dei cost-weight viene condotto fondamentalmente secondo lo stesso metodo usato per la versione 7.0. Analogamente alla versione dell'anno precedente, si calcola il cost-weight dividendo i costi medi degli inlier di un DRG per il valore di riferimento. I costi di utilizzazione delle immobilizzazioni, come gli altri componenti dei costi, sono già stati integrati nel calcolo dei cost-weight.

2.2.1 Calcolo del valore di riferimento

Il numero di casi del rilevamento dati SwissDRG (il rilevamento 2017 dei dati 2016 comprende l'82,8% 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 un anno di dati identici la somma dei cost-weight effettivi (case mix) dei casi raggruppati con la versione 8.0 corrisponde alla somma dei cost-weight effettivi di questi casi con la versione 7.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Versione 8.0}}^{\text{Dati 2016}} = \text{Casemix}_{\text{Versione 7.0}}^{\text{Dati 2016}}$$

Il valore di riferimento per la versione 8.0 SwissDRG è pari a 10'277 CHF. Per la versione 7.0 è stato calcolato un valore di riferimento di 10'501 CHF.

2.2.2 Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di riduzioni e supplementi viene condotto fondamentalmente secondo lo stesso metodo usato per la versione 7.0. La suddivisione delle componenti dei costi (costi differenziali e costi principali) utilizzata per il calcolo è stata di nuovo verificata per la versione 8.0 e rimane invariata. Va osservato che il grado di dettaglio dei dati svizzeri dei costi per caso non consente una distinzione diretta tra i costi relativi alla prestazione principale e i costi differenziali, come prevede la struttura della matrice dei costi nel sistema DRG tedesco¹. Le componenti dei costi non attribuibili (costi misti) vengono quindi stimate sulla base degli inlier.

Nei DRG con una costellazione specifica di low outlier è stato usato un metodo alternativo per stabilire le riduzioni. La versione 8.0 SwissDRG contiene 244 DRG da 1 giorno di degenza impliciti rispetto ai 252 della versione 7.0.

Per 436 DRG il metodo di calcolo dei supplementi per gli high-outlier si differenzia da quello abituale. In questi DRG, il supplemento per high-outlier è stato aumentato, adeguando il fattore dei costi marginali o sulla base della mediana dei costi giornalieri medi degli high-outlier. Nell'aumentare il fattore dei costi marginali vengono considerati i costi differenziali complessivi per il calcolo del supplemento, vale a dire che il fattore dei costi marginali viene aumentato da 0,7 a 1,0.

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

2.2.3 Riduzioni per trasferimento

Fino alla versione 7.0 compresa, il cost-weight per i casi con obbligo di riduzione per trasferimento è stato calcolato nel modo seguente:

	$ECW_i(f) = CW_i - (mVD_i^{Inlier} - VWD_f) \cdot Riduzione_i^{Trasferimento}$
CW_i :	Cost-weight dei DRG i
mVD_i^{Inlier} :	Media aritmetica della durata di degenza degli inlier dei DRG i
VWD_f :	Durata di degenza del caso f in ospedale, per il quale deve essere effettuato un adeguamento
$Riduzione_i^{Trasferimento}$:	Riduzione riferita al giorno per trasferimenti nel DRG i

La durata media di degenza era arrotondata alla prima cifra decimale. La riduzione giornaliera era data dalla formula seguente:

	$Riduzione_i^{Trasferimento} = \frac{mDK_i^{Inlier}}{(mVD_i^{Inlier} + 1) \cdot BG}$
mDK_i^{Inlier} :	Media aritmetica dei costi differenziali degli inlier nel DRG i

Il calcolo è stato adeguato in modo che dal cost-weight per inlier non vengono sottratte frazioni delle riduzioni per trasferimento, ma le riduzioni vengono moltiplicate e sottratte solo con numeri interi. Il cost-weight effettivo per i casi con obbligo di riduzione per trasferimento viene calcolato quindi in maniera lievemente diversa:

	$ECW_i(f) = CW_i - ([mVD_i^{Inlier}] - VWD_f) \cdot Riduzione_i^{Trasferimento}$
CW_i :	Cost-weight dei DRG i
VWD_f :	Durata di degenza del caso f in ospedale, per il quale deve essere effettuato un adeguamento

Per la riduzione stessa vi sono tre possibilità di calcolo. Qualora non vi sia alcuna soglia inferiore della degenza, i costi differenziali medi vengono divisi per la durata media di degenza arrotondata dei casi inlier (1). Per i DRG impliciti (la soglia inferiore della degenza è qui per definizione sempre 2) vengono eliminati gli esistenti falsi incentivi a remunerare i casi trasferiti con durata della degenza = 1 meglio dei low outlier, come si osservava in passato per alcuni DRG (2). Infine, per la maggior parte dei DRG il calcolo segue l'opzione (3): per i DRG, per i quali la differenza tra la durata media di degenza e la soglia inferiore della degenza risulta molto alta ($x \rightarrow 0$), il metodo di calcolo coincide con (1). Se la durata media di degenza degli inlier arrotondata corrisponde alla soglia inferiore della degenza ($x = 1$), la formula si annulla e la riduzione per trasferimento corrisponde alla riduzione per low-outlier.

$$\text{Riduzione}_i^{\text{Trasferimento}} = \begin{cases} \frac{mDK_i^{\text{Inlier}}}{\lfloor mVD_i^{\text{Inlier}} \rfloor \cdot BG}, & \text{se non ci sono } UGV_i \\ \frac{mGK_i^{\text{Inlier}} - mGK_i^{\text{Low-Outlier}}}{(\lfloor mVD_i^{\text{Inlier}} \rfloor - 1) \cdot BG}, & \text{se DRG impl. e } \frac{mGK_i^{\text{Low-Outlier}}}{mGK_i^{\text{Inlier}}} < \frac{1}{2} \\ \frac{mDK_i^{\text{Inlier}} (UGV_i - x)}{UGV_i (\lfloor mVD_i^{\text{Inlier}} \rfloor - x) \cdot BG}, & \text{altrimenti; con } x = \frac{1}{\lfloor mVD_i^{\text{Inlier}} \rfloor - UGV_i + 1} \end{cases}$$

Riduzione_i^{Trasferimento}: Riduzione per trasferimento giornaliero dei DRG i
UGV_i: Soglia inferiore della degenza dei DRG i
mVD_i^{Inlier}: Media aritmetica della durata di degenza degli inlier dei DRG i

Mediante queste modifiche, i casi trasferiti possono essere meglio rappresentati nel sistema. Il grado di copertura per i casi con trasferimento di ammissione o di dimissione al di sotto della soglia inferiore della degenza è pari a 92% (88,3% è il grado di copertura senza le modifiche implementate).

Allegato A: cifre chiave per lo sviluppo del sistema

Introduzione

Nel seguente allegato vengono riportate le più importanti cifre chiave, per es. l'erosione dei dati per lo sviluppo del sistema della versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 176 ospedali somatici acuti rispetto ai 184 dell'anno precedente. Il campione degli ospedali della rete SwissDRG corrisponde così al 59,1% degli ospedali acuti svizzeri.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 8.0 Dati 2016	Versione 7.0 Dati 2015
Ospedali della rete	104	118
Dati complessivi	176	184

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'056'577 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti a quasi l'83% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 8.0 Dati 2016	Versione 7.0 Dati 2015
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'060'732	1'087'483
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'056'577	1'079'730
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'335'246	1'284'972
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'276'785	1'228'004

Per la versione 8.0 sono stati esclusi 21'716 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 7.0 erano stati esclusi 29'069 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 62'368 casi (6% dell'insieme dei dati di calcolo). Inoltre, 7 ospedali/cliniche sono stati esclusi definitivamente. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 8.0.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 8.0 è stato condotto su 971'335 casi dell'anno 2016 oltre a 790 casi dell'anno 2015 e a 82 casi dell'anno 2014.

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

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevazione SwissDRG	
1'335'246	1'060'732	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria / riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissione al di fuori del periodo del rilevamento
1'276'785	1'056'577	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'033'703	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 7 ospedali)
	971'335	Casi plausibili 2016 (dati di calcolo)
		+ 790 casi dai dati 2015 + 82 casi dai dati 2014

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 8.0 Dati 2016	Versione 7.0 Dati 2015
Numero di DRG complessivo	1037	1041
Valutati	1033	1037
Di cui elvetizzati	0	0
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	1	1
Remunerazioni supplementari valutate, allegato 2	107	92
Remunerazioni supplementari non valutate, allegato 3	1	1

Validità del sistema

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

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

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

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

Dispersione complessiva
Dispersione dichiarata
Dispersione non dichiarata

Con:

\bar{x}_{ij} : costi del caso j nel DRG i

\bar{x}_i : costi medi nel DRG i

n_i : numero di casi nel DRG i

\bar{x} : costi medi su tutti i casi

n : numero di casi

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

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

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

La tabella 5 mostra gli R^2 dei dati di calcolo e degli inlier per le versioni SwissDRG 7.0 e 8.0, basati sui dati che vengono considerati per lo sviluppo. Di conseguenza, la variazione di R^2 dipende sia dall'effetto dello sviluppo del Grouper sia dall'effetto dei dati. Il motivo di ciò è il fatto che non è stata usata la stessa base di dati.

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2016 e 2015 (incl. CUI)

	Versione 8.0 Dati 2016	Versione 7.0 Dati 2015	Delta
Tutti i casi	0,727	0,701	3,7%
Inlier	0,840	0,825	1,8%

La tabella 6 mostra la stessa analisi basata sui dati del 2016, sia per la versione 7.0 che per la versione 8.0. La tabella 6 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 . La quantità di inlier viene qui delimitata secondo la versione 8.0 e la stessa quantità viene utilizzata anche per le analisi secondo la versione 7.0. Questo approccio è stato già usato in analisi passate per mantenere la confrontabilità tra le versioni.

Tabella 6: coefficiente R^2 – effetto dello sviluppo del Grouper (dati di calcolo del 2016, incl. CUI)

	Versione 8.0 Dati 2016	Versione 7.0 Dati 2016	Delta
Tutti i casi	0,727	0,705	3,1%
Inlier (in base a 8.0)	0,840	0,820	2,4%

Nota:

R^2 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.