



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 13.0 rispetto alla versione 12.0

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

Indice

INTRODUZIONE	3
1. RACCOLTA DATI	3
1.1. ADEGUAMENTO DELLA CODIFICA MEDICA	3
1.2. REGISTRAZIONE DI MEDICAMENTI E SOSTANZE COSTOSE	3
1.3. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	3
2. ELABORAZIONE DEI DATI	4
2.1. FILE DEI COSTI PER CASO	4
2.2. CORREZIONE IN BASE ALLE COMPONENTI DI COSTO	4
2.3. CONTROLLO DI PLAUSIBILITÀ DEI CASI	4
2.4. QUALITÀ DEI DATI DELLA RILEVAZIONE DETTAGLIATA	4
3. SVILUPPO DEL GROUPER	6
3.1. PANORAMICA SUI PRINCIPALI PUNTI DI SVILUPPO DELLA VERSIONE 13.0	6
3.1.1. <i>Ulteriore sviluppo della rappresentazione della medicina intensiva</i>	6
3.1.2. <i>Paraplegiologia</i>	13
3.1.3. <i>Matrici CC</i>	15
3.1.4. <i>Adegamenti della metodologia di calcolo</i>	15
3.2. REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DRG	16
3.2.1. <i>Casi con grande assorbimento di risorse</i>	16
3.2.2. <i>Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC</i>	16
3.2.3. <i>Altre ristrutturazioni inter-MDC</i>	18
3.2.4. <i>Malattie del sistema nervoso MDC 01</i>	22
3.2.5. <i>Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03</i>	24
3.2.6. <i>Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04</i>	24
3.2.7. <i>Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05</i>	25
3.2.8. <i>Malattie dell'apparato digerente MDC 06</i>	27
3.2.9. <i>Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07</i>	29
3.2.10. <i>Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08</i>	30
3.2.11. <i>Malattie della pelle e della mammella MDC 09</i>	33
3.2.12. <i>Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10</i>	34
3.2.13. <i>Malattie dell'apparato urinario MDC 11</i>	34
3.2.14. <i>Apparato genitale maschile MDC 12</i>	35
3.2.15. <i>Apparato genitale femminile MDC 13</i>	35
3.2.16. <i>Neonati MDC 15</i>	37
3.2.17. <i>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16</i>	37
3.2.18. <i>Neoplasie ematologiche e solide MDC 17</i>	37
3.2.19. <i>HIV MDC 18A</i>	38
3.2.20. <i>Malattie infettive e parassitarie MDC 18B</i>	38
3.2.21. <i>Malattie e disturbi psichici MDC 19</i>	38
3.2.22. <i>Politrauma MDC 21A</i>	38
3.2.23. <i>Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci MDC 21B</i>	39
3.2.24. <i>Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi</i>	39
3.2.25. <i>Rimunerazioni supplementari – modifiche</i>	39
3.3. VISIONE D'INSIEME SULLA PROCEDURA DI RICHIESTA	41
3.4. CONCLUSIONI	41
4. METODO DI CALCOLO	43
4.1. DETERMINAZIONE DEI COST-WEIGHT	43
4.2. CALCOLO DEL VALORE DI RIFERIMENTO	43
4.3. CALCOLO DI SUPPLEMENTI E RIDUZIONI	43



ALLEGATO A: CIFRE CHIAVE DELLO SVILUPPO DEL SISTEMA	45
INTRODUZIONE	45
BASE DI DATI	45
NUMERO DI DRG.....	46
VALIDITÀ DEL SISTEMA.....	47

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 13.0 (dati del 2021) rispetto alla versione 12.0 (dati del 2019) della struttura tariffaria nell'ambito del processo di revisione. Le modifiche riguardano la rilevazione 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 13.0 SwissDRG. Le informazioni dettagliate sui diversi punti possono essere consultate nei rispettivi documenti.

1. Raccolta dati

Contrariamente all'anno precedente, per l'ulteriore sviluppo del sistema hanno potuto essere utilizzati i dati del 2021 relativi a costi e prestazioni. A questo proposito, ai fini della rilevazione dei dati sono stati adeguati gli strumenti di codifica validi nel 2021. Inoltre, la rilevazione dettagliata dei costi per medicinali costosi, impianti, procedimenti, emoderivati e altre procedure viene perfezionata in modo continuo.

1.1. Adeguamento della codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2021) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD10 GM 2021
- CHOP 2021

1.2. Registrazione di medicinali e sostanze costose

La lista dei medicinali e delle sostanze rilevabili nella Statistica medica per quanto riguarda i dati del 2021 è stata rivista, con aggiunta e rimozione di principi attivi.

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 né eliminate schede di registro per il settore stazionario acuto. Le remunerazioni supplementari sono state perfezionate sulla base dei dati di costo del 2021. Inoltre, i dati di prezzo dei medicinali sono stati plausibilizzati, tra l'altro, con l'ausilio degli elenchi delle specialità (ES) del 2022 e del 2023.

2. Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto nel documento Direttive per i dati 2021, 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 2021 analogamente all'anno precedente, 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 13.0 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 utilizzati per lo sviluppo del sistema non hanno costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (RIU) oppure regolano internamente i costi sostenuti 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 2021, 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.

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 sempre 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 dell'ES e che anche molti ospedali indicano questo prezzo. Nel documento sui dati dettagliati delle remunerazioni supplementari viene fatto riferimento all'uso dei prezzi dell'ES. Inoltre, il documento sui dati dettagliati contiene ulteriori parametri di distribuzione statistici (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. In singoli casi in cui erano disponibili solo pochi set di dati, sono stati presi in considerazione nel calcolo i prezzi della versione precedente (versione 12.0).

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.

Nel complesso, si può affermare che grazie alle misure descritte la qualità dei dati migliora costantemente. Per promuovere ulteriormente questo sviluppo verso una migliore qualità dei dati, siamo in costante contatto con gli ospedali. Inoltre, i dati forniti annualmente a SwissDRG SA sono sottoposti a una rigorosa verifica. La preparazione del set di dati finale utilizzato viene sempre messa in discussione in modo critico e ulteriormente sviluppata ogni anno.

3. Sviluppo del Grouper

3.1. Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 13.0

Il principale punto chiave dell'ulteriore sviluppo è stata una revisione completa della rappresentazione dei casi di terapia intensiva. In particolare, l'attenzione è stata rivolta alla sostituzione delle ore di respirazione assistita come caratteristica distintiva ai fini del raggruppamento. In tal mondo è stata anche migliorata la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse.

Sulla base di analisi approfondite dei dati relativi a casi e costi, nonché di numerose indicazioni degli utilizzatori, è stato possibile migliorare la qualità della rappresentazione dei casi di trattamento paralogico.

Ancora una volta è stato portato avanti l'ulteriore sviluppo nel settore della pediatria e, inoltre, è stata ampiamente rivista la matrice CC.

I casi deficitari sono stati sottoposti ripetutamente a un'ampia analisi. Inoltre, sulla base della considerazione dello scostamento dei costi e della remunerazione ipotetica per DRG individuali in rapporto alla dispersione dei costi, è stato possibile identificare casi che presentavano deficit di rappresentazione. Di conseguenza, sono state create migliori possibilità di rappresentazione soprattutto per pazienti con interventi chirurgici in più tempi o terapie a pressione negativa.

Il metodo di calcolo è stato sottoposto a una verifica intensiva ed è stato adeguato.

3.1.1. Ulteriore sviluppo della rappresentazione della medicina intensiva

Già sulla base dei dati dell'anno 2019, in stretto coordinamento con la Società svizzera di medicina intensiva, sono state eseguite analisi approfondite con l'obiettivo di rinunciare in futuro alle ore di respirazione assistita come caratteristica distintiva ai fini del raggruppamento. Le ragioni di queste simulazioni risiedevano da un lato nell'ulteriore sviluppo dei metodi terapeutici della terapia intensiva e, dall'altro lato, nel fatto che è diventato sempre più difficile formulare le regole di codifica per la registrazione delle ore di respirazione assistita senza margine di interpretazione. Sono risultate molte richieste da parte dei sostenitori dei costi. Inoltre, le ore di respirazione assistita vengono rappresentate tramite la registrazione dei punti risorse per la terapia intensiva complessa.

È stato dimostrato che i casi di trattamento possono essere adeguatamente rappresentati attraverso i punti risorse della terapia intensiva complessa, per cui una rinuncia alle ore di respirazione assistita nelle logiche DRG si è rivelata opportuna. Dopo che questo risultato è stato confermato anche sulla base dei dati dell'anno 2021, i DRG per la rappresentazione della terapia intensiva sono stati ampiamente rivisti in tutte le MDC. A questo proposito sono state necessarie complessivamente più di 1000 simulazioni. Le logiche per le ore di respirazione assistita nei DRG sono state gradualmente rimosse e, se necessario, sono stati creati nuovi elementi logici.

La descritta problematica della scarsa differenziazione dei punti risorse del trattamento complesso UCI e IMCU per neonati e bambini si è manifestata soprattutto in caso di basso numero di punti risorse. Con l'inclusione di tre nuovi intervalli nei gruppi CHOP 99.B7.4* e 5* «*Terapia intensiva complessa...*» e 99.B8.4* e 5* «*Trattamento complesso... in unità di terapia intermedia [IMCU]... secondo il numero di punti risorse*» per neonati e bambini a partire dal catalogo CHOP 2022 è possibile rappresentare meglio anche i casi con minor numero di punti risorse. Per la versione catalogo V13.0, nel DRG di base E90 della MDC 04 e nel DRG di base P60 della MDC 15 sono stati inizialmente lasciati segnastati con «*HMV > 24 ore*» o «*HMV > 12 ore*». Con la versione pianificazione 1, questi segnastati vengono sostituiti con «*terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse*».

Pre-MDC

Soprattutto nella pre-MDC, molte condizioni di split contenevano «*respirazione assistita > ... ore*». Sono state sostituite come segue:

- DRG A01A: la condizione «*respirazione assistita > 59 ore*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 360 punti risorse*».
- DRG di base A06: la condizione «*respirazione assistita > 999 ore o respirazione assistita > 499 ore con costellazioni specifiche altamente complesse*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 2940/3320 punti risorse con costellazioni specifiche altamente complesse*».
- La condizione «*respirazione assistita > 499 ore con costellazioni altamente impegnative o specifiche*» è stata sostituita con «*terapia intensiva > 2352/2484 punti risorse con costellazioni altamente impegnative o specifiche*».
- Inoltre, i punti risorse per IMCU sono stati aumentati a «*trattamento complesso IMC > 4900/5520 punti risorse*» e sono stati apportati adeguamenti alla logica step down/step up. In queste logiche, i punti risorse per UCI sono stati ridotti di un codice CHOP.
- DRG A06A-B: le condizioni «*respirazione assistita > 1499 ore*» e «*o età < 16 anni*» hanno potuto essere eliminate senza essere sostituite grazie alle condizioni di split già esistenti. Anche i punti risorse per IMCU hanno potuto essere eliminati senza sostituzione e senza comporre spostamenti di casi.
- DRG di base A07: la condizione «*respirazione assistita > 499 ore*» è stata cancellata e al suo posto i punti risorse per UCI sono stati ridotti a «*terapia intensiva complessa > 1470/2208 punti risorse*». È stata ora aggiunta la condizione «*o trattamento complesso IMC > 3430/3680 punti risorse*».
- DRG A07A: la condizione «*respirazione assistita > 499 ore con terapia a pressione negativa complessa*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 2058/2484 punti risorse con terapia a pressione negativa complessa*». Inoltre, nel DRG A07A sono stati rivalutati:
 - altri interventi altamente complessi, come p. es. i trapianti;
 - la funzione «*procedure OR complesse in quattro tempi*»;
 - il «*trattamento complesso IMC > 3430/4600 punti risorse*»;
 - casi con degenza in UCI e IMCU attraverso la logica step down/step up con «*terapia intensiva complessa > 1764/2208 punti risorse con trattamento complesso IMC > 1470/1932 punti risorse*».
- DRG A07B: i casi con «*terapia a pressione negativa altamente complessa*» sono ora raggruppati nel DRG A07B. A causa di ulteriori analisi intensive, anche la condizione di split «*terapia intensiva complessa > 1764/2484 punti risorse o età < 16 anni con CC gravissime*» raggruppa nel DRG A07B.
- DRG A07C: le analisi intensive hanno dimostrato che l'attuale DRG A07C e il precedente DRG A07D non presentano più alcuna caratteristica di separazione dei costi. Questi due DRG sono stati pertanto condensati nel DRG A07C.
- DRG A05A: la condizione «*respirazione assistita > 179 ore*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 1176/1380 punti risorse*» e con la logica step down/step up «*o terapia intensiva complessa > 980/1140 punti risorse con trattamento complesso IMC > 392/552 punti risorse*». Inoltre, la condizione precedente «*o ECMO con respirazione assistita > 95 o < 500 ore o terapia intensiva complessa > 196/552 punti risorse*» è sostituita con la condizione «*o ECMO con terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse*».
- DRG di base A11: nella logica estremamente complessa di questo DRG di base, tutte le parti logiche con condizioni legate alla respirazione assistita sono state riviste e, nel complesso, semplificate. La condizione «*respirazione assistita > 249 ore*» è stata rimossa. Anche diverse condizioni legate alla respirazione assistita che erano legate in combinazione con altre

costellazioni sono state cancellate o adeguate. Pertanto, una delle condizioni è ora «*terapia intensiva complessa > 980/1380 punti risorse con impianto di pompa cardiaca o procedure OR complesse o diagnosi principale di setticemia*». È stata aggiunta la condizione «...o *diagnosi principale di setticemia*» in combinazione con i punti risorse di UCI, poiché questi casi finora erano sottorimunerati.

La condizione «*respirazione assistita < 95 ore con età < 16 anni o procedure OR complesse in più tempi*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse*» con:

- «*età < 16 anni*» o
- «*procedure OR complesse in più tempi*» o
- «*intervento su localizzazioni multiple*» o
- «*procedure OR specifiche in quattro tempi*».

Nella condizione «*respirazione assistita > 95 ore con terapia intensiva complessa > 980/1140 punti e neoplasie ematologiche o procedure OR specifiche con procedure complicanti pre-MDC*» è stata eliminata la respirazione assistita. È stata aggiunta la funzione «*o procedure OR specifiche in più tempi*».

Inoltre, all'interno del DRG di base A11 sono stati rivalutati interventi specifici sulla colonna vertebrale in combinazione con punti risorse per UCI «*terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse*».

- DRG A11A-B: grazie alle condizioni di split già esistenti, è stato possibile eliminare diverse condizioni legate alla respirazione assistita senza sostituirle. Sulla base di analisi intensive, sono stati aggiunti e quindi rivalutati i punti risorse per UCI «*terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse*» con i codici CHOP 37.69.6* «*Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare, da più di 480 ore*».
- DRG A11C: a causa di ampie ristrutturazioni nel DRG di base A11 e di intense analisi è stato dimostrato che lo split per età < 6 anni non era più in grado di separare i costi per il DRG A11C ed è stato rimosso.

MDC 01

- DRG di base B90: è stato possibile eliminare la condizione legata alla respirazione assistita senza sostituirla.
- A causa delle ristrutturazioni nella pre-MDC e dei conseguenti spostamenti di casi nel DRG di base B36, sono state necessarie ulteriori ristrutturazioni nella MDC 01.
- DRG B36A: i punti risorse UCI per il DRG B36A sono stati ridotti a «*terapia intensiva complessa > 1176/1380 punti risorse*».
- DRG B36B: i punti risorse UCI per neonati e bambini sono stati ridotti a «*terapia intensiva complessa neonati/bambini > 588 punti risorse*».
- Anche l'ordine di classificazione è stato modificato, in modo che venga verificato il DRG A11B prima dell'assegnazione alla MDC nel DRG B36A.
- DRG B36C: i punti risorse per IMCU per il DRG B36C non si sono più dimostrati adeguati e sono stati rimossi.

MDC 04

- DRG di base E01: la condizione «*radioterapia con respirazione assistita > 24 ore*» è stata eliminata senza sostituzione. A causa delle ristrutturazioni nella pre-MDC e dei conseguenti spostamenti di casi nella MDC 04 sono state necessarie ulteriori analisi e ristrutturazioni nella MDC 04.
- DRG di base E36: la logica per il DRG di base DRG E36 è stata ampliata con la funzione «*procedure OR specifiche in quattro tempi*».
- DRG E36A: la condizione «*respirazione assistita > 95 ore*» è stata sostituita con:

- o «CC gravissime»,
 - o «procedure OR specifiche in quattro tempi»,
 - o «terapia a pressione negativa I»,
 - o «trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti più di 21 giorni di trattamento»,
 - o «terapia intensiva complessa > 588/552 punti risorse con trattamento complesso IMC > 392/552 punti risorse».
-
- DRG E36A-B: per i DRG E36A ed E36B, la condizione di split è stata ampliata con le funzioni «procedure OR specifiche in più tempi» e «procedure OR complesse».
 - DRG E36C: a causa delle rivalutazioni delle «procedure OR complesse» nel DRG E36B e del PCCL > 5 nel DRG E36A, per il DRG E36C queste condizioni sono state rimosse. Al loro posto raggruppano ora nel DRG E36C le condizioni «terapia intensiva complessa > 360 punti risorse» o «terapia intensiva complessa > 196/184 punti risorse con trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse».
 - DRG E86A: nell'ambito delle analisi a causa della ristrutturazione della respirazione assistita, nel precedente DRG E86A sono stati identificati casi da un giorno di degenza che erano sottorimunerati. Di conseguenza il DRG E86A è stato splittato e ora i casi con «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 60-119 punti risorse e trasferito» sono raggruppati nel nuovo DRG E86A.
 - DRG di base E87: i casi con «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 60-119 punti risorse» e più di 1 giorno di degenza sono ora raggruppati nel DRG di base E87. Di conseguenza, si è creato un gruppo di casi disomogeneo nel DRG E87Z, che è stato quindi splittato. Con le condizioni di split «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse e più di 1 giorno di degenza» o «PCCL > 2» i casi impegnativi sono assegnati al DRG E87A, nel quale sono rappresentati in modo appropriato.
 - DRG di base E90: poiché solo con il catalogo CHOP 2022 è possibile una rappresentazione di più bassi numeri di punti risorse UCI o IMCU, nel DRG di base E90 la «respirazione assistita > 24 ore» è stata inizialmente lasciata come segnaposto per «terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse» in combinazione con «età < 16 anni e più di 1 giorno di degenza».
 - DRG E90B: è stato possibile eliminare la condizione «respirazione assistita > 95 ore» per il DRG E90B senza sostituirla.

MDC 05

- DRG F36A: la condizione «respirazione assistita > 95 ore con terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse con procedura OR complessa o terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse» è stata sostituita con la condizione «interventi vascolari complessi con CEC».
- Le analisi hanno dimostrato che i casi con un numero elevato di punti risorse per UCI o procedure in più tempi mostrano una sottorimunerazione. Di conseguenza, il precedente DRG F36A è stato splittato e le condizioni «terapia intensiva complessa > 1176/1380 punti risorse» o «terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse con procedure OR specifiche in più tempi» raggruppano ora nel nuovo DRG F36A.

MDC 08

- DRG I12A: i punti risorse UCI/IMCU nella condizione di split per il DRG I12A «Infezione/inflammatione di ossa e articolazioni con miscelanea di interventi...» sono stati aumentati da «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 120-184 punti risorse» a «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 120-552 punti risorse».

- DRG I87A: la condizione «*respirazione assistita > 24 ore*» è stata sostituita da «*terapia intensiva complessa adulti 361-552 punti risorse*» per il DRG I87A.

MDC 15

- DRG di base P03: la condizione «*respirazione assistita > 95 ore*» è stata sostituita con la condizione «*trattamento complesso IMC > 980 punti risorse*» in modo adeguato alle risorse impiegate.
- DRG P03A: mediante riduzione dei punti risorse UCI a «*terapia intensiva complessa > 1764 punti risorse*» è stato possibile rimuovere la condizione «*respirazione assistita > 479 ore*» per il DRG P03A. Inoltre, la condizione di split per il DRG P03A è stata ampliata con «*trattamento complesso IMC > 2352 punti risorse*» e «*o terapia intensiva complessa > 980 punti risorse con trattamento complesso IMC > 1176 punti risorse*» e «*o terapia intensiva complessa > 1176 punti risorse con trattamento complesso IMC > 588 punti risorse*».
- DRG P03B-C: a causa del cambiamento delle condizioni di split nel DRG di base P03 e nel DRG P03A, nei DRG P03B e P03C non era più identificabile alcun separatore dei costi. Pertanto, questi due DRG sono stati condensati nel DRG P03B «*Neonato, peso all'ammissione 1000 - 1499 g con procedura OR significativa o terapia intensiva complessa > 392 punti o trattamento complesso IMC > 980 punti risorse*».
- DRG di base P04: la condizione «*respirazione assistita > 95 ore o terapia intensiva complessa > 392 punti*» è stata sostituita con «*terapia intensiva complessa > 588 punti risorse o trattamento complesso IMC > 784 punti risorse o età gestazionale < 33 settimane*».
- DRG P04A-B: a causa della ristrutturazione nel DRG di base P04, è stato rivalutato nel DRG P04B il numero di punti risorse UCI (> 588).
- DRG P04A: la condizione «*respirazione assistita > 240 ore*» è stata sostituita con le seguenti condizioni:
 - «*terapia intensiva complessa > 980 punti risorse*» o
 - «*trattamento complesso IMC > 1470 punti risorse*» o
 - «*terapia intensiva complessa < 784 punti risorse con trattamento complesso IMC > 588 punti risorse*»
- DRG di base P05: a causa delle condizioni già esistenti, è stato possibile eliminare le ore di respirazione assistita rilevanti per il raggruppamento senza sostituirle.
- DRG P05A-C: con le condizioni «*terapia intensiva complessa > 1470 punti risorse*» e «*o terapia intensiva complessa > 196 punti risorse con trattamento complesso IMC > 392 punti*» è stato possibile sostituire la condizione «*respirazione assistita > 95 ore*» per i DRG P05A-C. Inoltre, la tabella «*procedura OR significativa*» è stata rivista e adeguata. Alcuni interventi poco impegnativi sono stati svalutati.
- DRG P05A: la condizione «*respirazione assistita > 240 ore*» è stata sostituita con le seguenti condizioni:
 - «*terapia intensiva complessa > 980 punti risorse*» o
 - «*trattamento complesso IMC > 1176 punti risorse*».
- DRG di base P37: per ottenere una rappresentazione adeguata di casi impegnativi nella MDC 15 sono stati ridotti i punti risorse UCI da «*terapia intensiva complessa > 4900 punti risorse*» a «*terapia intensiva complessa > 4410 punti risorse*». I punti risorse IMCU sono stati mantenuti a «*trattamento complesso IMC > 4900 punti*».
- DRG di base P60: poiché solo con il catalogo CHOP 2022 è possibile una rappresentazione di più bassi numeri di punti risorse UCI o IMCU, nel DRG di base P60 la «*respirazione assistita >*

24 ore» è stata ridotta a «*respirazione assistita > 12 ore*» e inizialmente lasciata come segnaposto per «*terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse*».

- DRG P60A-B: sulla base delle analisi, la condizione di split per i DRG P60A e P60B è stata ampliata con «*problemi gravi nei neonati e trasferito all'ammissione*».
- DRG P60C: a causa delle ristrutturazioni di cui sopra, è stato rilevato un gruppo di casi disomogeneo nel P60C. Dopo numerose analisi è stato possibile individuare il separatore di costi. Il precedente DRG P60C è stato così splittato. Nel nuovo DRG P60C raggruppano le condizioni di split:
 - «*tipo di ammissione trasferimento entro 24 ore*» o
 - «*trasferito (da un altro ospedale)*» o
 - «*problemi gravi multipli nel neonato*».

A causa dello split del DRG P60C, il precedente P60C diventa ora il DRG P60D, che è anche il nuovo «*DRG casa per partorienti*».

- DRG di base P61: a causa delle ristrutturazioni nella MDC 15, nel DRG di base P61 la condizione di split è stata ampliata con «*terapia intensiva complessa > 2940 punti risorse con età gestazionale < 30 settimane*».
- DRG P61A: per il DRG P61A è stata inoltre inserita la logica step down/step up «*terapia intensiva complessa > 2940 punti risorse con trattamento complesso IMC > 196 punti risorse*».
- DRG di base P65: la condizione «*respirazione assistita > 24 ore*» è stata sostituita con la condizione «*trattamento complesso IMC > 588 punti risorse*».
- DRG di base P66: le ore di respirazione assistita rilevanti per il raggruppamento (> 24 ore) per i DRG P66A e P66B hanno potuto essere eliminate senza essere sostituite grazie alle condizioni di split già esistenti.
- DRG di base P67: anche nel DRG di base P67 è stato possibile eliminare la condizione «*respirazione assistita > 24 ore*» senza sostituzione grazie alle condizioni già esistenti per il DRG P67A.
- Nell'ambito delle numerose e intense analisi e sulla base di una richiesta è stata verificata l'inclusione dei codici CHOP 93.9F.12 e 93.9F.22 «*Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso [sistema HFNC] di neonati e lattanti...*» nelle funzioni «*Problema grave nei neonati*» e «*Problemi gravi multipli nei neonati*». Le analisi hanno confermato l'onere supplementare, per cui questi codici CHOP sono stati inclusi nelle funzioni.
- Le analisi hanno anche dimostrato che alcune diagnosi non generano un onere supplementare nella MDC 15 e quindi i codici ICD:
 - I27.28 «*Altre forme specificate di ipertensione polmonare secondaria*»
 - I27.8 «*Altra forma specificata di cuore polmonare*»
 - I27.9 «*Cuore polmonare non specificato*»sono stati rimossi dalle funzioni «*Problemi gravi nei neonati*» e «*Problemi gravi multipli nei neonati*».

MDC 18B

- DRG di base T36: la condizione «*respirazione assistita > 95 ore*» è stata sostituita dalla condizione «*terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse con dialisi continue > 24 ore*». Con la funzione «*Dialisi*» non è stato possibile ottenere spostamenti appropriati di casi. Come si può evincere dai dati, sono state registrate solo le dialisi continue in combinazione con i punti risorse UCI per il DRG di base T36.
- DRG T36A-B: in questi DRG la condizione di split è stata integrata con «*terapia intensiva complessa > 392/828 punti risorse e dialisi o terapia a pressione negativa*».

- DRG T36A: nelle analisi sono stati rilevati casi con interventi in più tempi sottorimunerati. Pertanto, questi casi sono stati rivalutati nel DRG T36A con la condizione di split *«terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse con procedure OR specifiche in più tempi»*.

MDC 21A

- DRG di base W01: la condizione di split *«respirazione assistita > 72 ore»* è stata sostituita con la condizione *«terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse e procedura OR»*. Con questa ristrutturazione è stato possibile rivalutare anche i casi altamente costosi del DRG di base W61 *«Politrauma»* nel DRG di base W01.
- DRG W01A: le ore di respirazione assistita rilevanti per il raggruppamento (> 120 ore) hanno potuto essere eliminate senza essere sostituite grazie alle condizioni di split già esistenti. La condizione *«respirazione assistita > 72 ore con terapia intensiva > 392/552 punti risorse»* è stata sostituita come segue:
«terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse con»
 - *«interventi neurochirurgici»* o
 - *«interventi sulla colonna vertebrale»* o
 - *«procedura OR complessa in più tempi»* o
 - *«procedura OR specifica in quattro tempi»*.
- DRG di base W02: nell'ambito della ristrutturazione della HMV sono stati identificati nel DRG di base W02 casi altamente costosi che erano sottorimunerati. Nelle analisi, soprattutto la rappresentazione dei casi con interventi multipli nell'ambito di un ricovero ospedaliero si è rivelata non adeguata alle risorse impiegate. Il precedente DRG W02A è stato splittato e ora questi casi ad alta intensità sono raggruppati con
 - *«procedure OR complesse in più tempi»* o
 - *«procedure OR specifiche in quattro tempi»*nel nuovo DRG W02A *«Politrauma con procedura complicante o intervento su localizzazioni multiple o trattamento complesso IMC > 392/552 punti risorse e procedure OR complesse in più tempi o specifiche in quattro tempi»*.
- DRG di base W60: anche nel DRG di base W60 *«Politrauma, decesso < 5 giorni dopo l'ammissione»* sono stati riscontrati casi altamente costosi. Con uno split del precedente DRG W60A tramite la funzione *«procedure OR complesse»* è stato possibile rivalutare questi casi. Sono stati rivalutati anche i casi di *«dimissione per trasferimento»* nel DRG di base W60 *«Politrauma, decesso o trasferito < 5 giorni dopo l'ammissione»*.
- DRG W60B: per il DRG W60B è stata ampliata la logica *«terapia intensiva complessa > 196/119 punti risorse»* con le seguenti condizioni:
 - *«trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse»* o
 - *«procedura OR»*.
- DRG W61A: a causa delle ristrutturazioni nel DRG di base W01 sono state necessarie ulteriori ristrutturazioni. Di conseguenza, i punti risorse UCI per il DRG W61A sono stati ridotti da *«terapia intensiva complessa > 360 punti risorse»* a *«terapia intensiva complessa > 184 punti risorse»* ed è stato aggiunto ora *«trattamento complesso IMC > 392/552 punti risorse»*.

MDC 22

- A causa della cancellazione senza sostituzione delle ore di respirazione assistita dalla funzione *«Ustioni gravi»* sono state necessarie ulteriori ristrutturazioni.

- DRG di base Y02: per il DRG di base è stata ora inclusa la logica «*terapia intensiva complessa > 196/184 punti risorse*». Per questo è stata eliminata la condizione con punti risorse UCI per il DRG Y62B.
- DRG Y02A: la condizione «*respirazione assistita > 24 ore*» è stata rimossa, e per questo i punti risorse UCI per gli adulti sono stati ridotti a «*terapia intensiva complessa > 196/119 punti risorse*».
- A causa di queste ristrutturazioni, lo split pediatrico «*età < 6 anni*» non era più in grado di separare i costi per il DRG Y62A e quindi i DRG Y62A e Y62B sono stati condensati nel DRG Y62A «*Altre ustioni e più di un giorno di degenza, età < 6 anni o con ampio sbrigliamento o ustione grave*».

3.1.2. Paraplegiologia

La sfida della rappresentazione di casi con un trattamento paraplegiologico complesso consiste nella marcata eterogeneità di questo insieme di casi. A seconda dell'altezza e dell'entità della lesione del midollo spinale, si verifica una perdita di funzionalità fino a una completa incapacità di movimento di arti superiori e arti inferiori, muscolatura del tronco e muscolatura respiratoria ausiliaria, nonché una perdita delle funzioni vegetative. In primo luogo sono interessati i casi con paraplegia acuta che, dopo la fase acuta, sono sottoposti a una prima riabilitazione in genere associata a un grande assorbimento di risorse e a una lunga durata. Spesso questa riabilitazione si svolge in alternanza con misure di medicina acuta (p. es. plastiche con lembo, impianto di neurostimolatori, trattamenti di infezioni).

In secondo luogo, una paraplegia richiede ricoveri ospedalieri ripetuti anche dopo la prima fase. Pertanto, interventi chirurgici ortopedici, interventi o trattamenti dovuti a ulcere da decubito o anche affezioni acute possono comportare nuove degenze ospedaliere con successiva riabilitazione. Ciò che questi casi hanno in comune è il fatto che la paraplegia e le sue comorbidità, indipendentemente da eventuali interventi, comportano un aumento delle cure infermieristiche. Inoltre, i pazienti paraplegici devono essere spesso sottoposti di nuovo a un trattamento riabilitativo con un approccio interdisciplinare (fisioterapia, ergoterapia, terapia fisica, assistenza psicologica, logopedia, lavoro sociale ecc.), affinché possano recuperare la massima autonomia individuale e qualità di vita.

Soprattutto nel contesto delle cure infermieristiche e delle necessarie misure di riabilitazione, le risorse consumate variano notevolmente da caso a caso.

L'intenso scambio con i centri per paraplegici e l'analisi mirata dei casi hanno fornito nuove indicazioni su costellazioni problematiche. Pertanto, il DRG di base A46 «*Trattamento paraplegiologico complesso*» creato nella versione 11.0 è stato ulteriormente differenziato. Come criteri di split in grado di separare i costi sono stati ora introdotti, tra l'altro, le lesioni del midollo cervicale e gli interventi chirurgici impegnativi.

- Sono stati rivalutati anche i casi di trattamento chirurgico e conservativo senza un trattamento paraplegiologico complesso. A seguito di analisi intensive e di varie ristrutturazioni e rivalutazioni è stato tra l'altro rivisto e ulteriormente differenziato il DRG di base B61. In molti DRG delle MDC per organi sono stati creati split nuovi e differenziati con una diagnosi secondaria di «*paraplegia*» per la rappresentazione adeguata di questi casi di trattamento onerosi.

Trattamento paraplegiologico complesso

Per il DRG di base A46 sono stati verificati i criteri di split esistenti. Ciò ha comportato condensazioni e l'implementazione di nuove condizioni di split in grado di separare i costi.

- A causa della mancanza di separazione dei costi e di una struttura dei costi simile sono state effettuate due condensazioni. I DRG A46C e A46D vengono condensati nel DRG A46C e i DRG A46G e A46H vengono condensati nel DRG A46F (a seguito della precedente condensazione).

- Nuovi criteri di split inclusi nel DRG di base A46:
 - A46A «*terapia intensiva complessa > 1470/1380 punti risorse*»
 - A46B «*altezza funzionale della lesione del midollo spinale*» (*lesioni del midollo cervicale*), «*trattamento infermieristico complesso > 100 punti risorse*»
 - A46C «*trattamento infermieristico complesso > 50 punti risorse*», «*procedure OR specifiche*»
 - A46E «*procedura OR specifica con trattamento paraplegiologico complesso < 7 giorni e piaga da decubito*», «*trattamento complesso della mano da 7 giorni di trattamento*», «*stabilizzazione o correzione della postura della colonna vertebrale*»
 - A46F «*Procedura OR specifica con trattamento paraplegiologico complesso 7-55 giorni di trattamento*»

Sono state attuate altre ristrutturazioni riguardanti il DRG di base A46:

I casi con una lesione del midollo spinale che soddisfacevano contemporaneamente la condizione per un politrauma erano finora raggruppati nella MDC 21A «*Politrauma*». Tuttavia, è stato dimostrato che così questi casi non vengono remunerati in modo adeguato alle risorse impiegate.

- Il DRG di base A46 è stato escluso dallo spostamento del politrauma e in tal modo i casi vengono inclusi nel DRG di base A46.

Con l'impianto di una pompa al baclofene, i casi con un trattamento paraplegiologico complesso erano raggruppati nel DRG di base A46, dove però erano rappresentati peggio che nel DRG B22Z «*Impianto di pompa per infusione di medicinali*».

- Il codice CHOP 03.9B.1* «*Impianto o sostituzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*» è stato incluso nella funzione globale «*OR complessa*» e con ciò viene rivalutato nei DRG A46B e A46F.

Nella funzione globale OR complessa sono stati inclusi altri codici:

- 58.93.11 «*Impianto di protesi di sfintere vescicale*» e 86.7A.4* «*Plastica di avanzamento e rotazione, ampia*»

Gli sbrigliamenti di piccole dimensioni sono una forma di trattamento rilevante e impegnativa in paraplegiologia e sono raggruppati per lo più nel DRG di base A46.

- L'inclusione dei codici 86.2A.1* - 3* «*Sbrigliamento chirurgico di piccola, media e grande estensione*» nella funzione globale terapia a pressione negativa (complessa/altamente complessa) e in procedure OR specifiche porta a una rivalutazione dei casi nei DRG A46C e A46E.

Partizione operatoria

Finora nel DRG di base B61 sono stati raggruppati casi con malattie acute specifiche e traumatismi del midollo spinale, senza trattamento paraplegiologico complesso.

- Ora sono state inserite anche le paraplegie croniche.
- Come condizione supplementare è stato introdotto il criterio «*intervento chirurgico*».
- Split nuovi e più differenziati consentono una rappresentazione adeguata
 - B61A: «*... procedura OR complessa in più tempi o terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse o CC gravissime*»
 - B61B: «*...procedura OR specifica in quattro tempi o interventi multipli per la stabilizzazione o la correzione della postura della colonna vertebrale o trattamento complesso della mano o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse o CC gravissime*»

- B61C: «...procedura OR complessa o terapia a pressione negativa o procedura OR specifica in più tempi o interventi per la stabilizzazione o la correzione della postura della colonna vertebrale (1-2 segmenti) o trattamento infermieristico complesso a partire da 51 punti risorse»
- B61D: «... procedura specifica o complicante»

Partizione medica

Oltre ai casi chirurgici, vi sono anche numerosi casi nella partizione medica. Anche il DRG B60Z è stato esaminato per quanto riguarda una possibile differenziazione di casi impegnativi.

- Il risultato è stato uno split nel DRG B60Z.
- I casi con una procedura medica e più di un giorno di degenza vengono ora raggruppati nel DRG B60A.

È stato dimostrato che anche una diagnosi secondaria della tabella «Paraplegia/tetraplegia» rappresenta un maggiore onere di trattamento anche nei DRG medici.

- Nella partizione medica di tutte le MDC viene utilizzata la tabella diagnostica «Paraplegia/tetraplegia» come nuovo criterio di split in modo da ottenere una rivalutazione dei casi.
 - MDC 01: B66A, B70A, B85A
 - MDC 04: E36C, E71B
 - MDC 05: F73A, F75C
 - MDC 06: G86A
 - MDC 08: I61A, I65A
 - MDC 09: J61A
 - MDC 10: K60C, K64A
 - MDC 11: L18A, L60B, L62A, L63A
 - MDC 16: Q60B
 - MDC 17: R62A
 - MDC 19: U64A
 - MDC 23: Z86A

3.1.3. Matrice CC

Anche per la versione 13.0 sono stati proseguiti i lavori su matrice CCL, tabelle di esclusione e split PCCL, portando ora a una nuova rappresentazione più differenziata di casi impegnativi. Nell'ambito della procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 9 richieste di adeguamento nella matrice CC, 8 delle quali sono state ampiamente attuate e solo 1 richiesta è stata respinta. Complessivamente sono state inserite 17 nuove diagnosi ICD nella matrice CC. 6 diagnosi ICD sono state completamente rimosse dalla matrice CC e 67 diagnosi ICD hanno comportato una rivalutazione o una svalutazione a seconda del DRG di base. Una svalutazione di diagnosi nella matrice CC è stata attuata a carico di 23 diagnosi in più di 3 DRG di base, e 15 diagnosi nella matrice CC sono state rivalutate in più di 3 DRG di base. Per maggiori dettagli si veda l'elenco delle modifiche nella matrice CC.

In totale sono stati istituiti 13 nuovi split PCCL e in particolare sono stati rivalutati i casi con un PCCL > 2 e un PCCL > 4. Gli split PCCL di nuova creazione sono elencati singolarmente nella sezione 3.2 «Revisione della classificazione dei DRG», nelle corrispondenti MDC.

3.1.4. Adeguamenti della metodologia di calcolo

I costi principali, differenziali e misti sono stati riassegnati. Finora tutte le componenti dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni sono state trattate come costi misti e tutti i costi per il personale medico

sono stati trattati come costi differenziali. Questo approccio dipendeva soprattutto dal fatto che nella classificazione originaria esisteva solo una componente di costo per i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) e componenti di costo meno differenziate per i costi per il personale medico. D'ora in poi le componenti dei costi relative al personale medico e ai CUI saranno trattate allo stesso modo della loro sovracategoria.

La componente di costo v103 (materiale medico) viene ora assegnata dinamicamente ai costi misti o ai costi principali per DRG. Contesto: in alcuni DRG vengono eseguiti trattamenti che, per esempio, hanno un consumo molto elevato di cateteri e, di conseguenza, elevati costi dei materiali. Queste prestazioni rappresentano la prestazione principale dei DRG. Se i costi dei materiali vengono rappresentati come componente dei costi misti, essi confluiscono indirettamente nel calcolo dei supplementi e delle riduzioni. Ciò determina supplementi e riduzioni sproporzionatamente elevati per questi DRG.

Per il calcolo della riduzione giornaliera per trasferimento viene presa ora in considerazione una formula adeguata. Per il calcolo non viene più utilizzata la durata media di degenza, ma la durata media di degenza -1 giorno. In questo modo, la riduzione giornaliera per trasferimento viene spostata in avanti di un giorno. Contesto: negli ultimi anni abbiamo notato che la riduzione giornaliera per trasferimento portava spesso a una riduzione troppo elevata e inadeguata per i casi trasferiti. Finora l'unica possibilità di correzione era quella di contrassegnare i DRG come importo forfettario per caso di trasferimento. Tuttavia, questo approccio spesso non era in grado di risolvere la problematica, in quanto portava i casi interessati da una chiara sottorimunerazione a una considerevole sovrarimunerazione.

3.2. Revisione della classificazione DRG

3.2.1. Casi con grande assorbimento di risorse

Le analisi dei singoli casi hanno dimostrato che soprattutto i casi impegnativi nel DRG di base A07 «*Terapia intensiva complessa > 1470/2208 punti risorse o trattamento complesso IMC > 3430/3680 punti risorse o terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse con altre costellazioni impegnative*» e nel DRG di base A43 «*Riabilitazione precoce per coma vigile e sindrome locked-in o riabilitazione neurologica precoce da 70 giorni di trattamento o terapia a pressione negativa altamente complessa o trattamento complesso IMC > 1764/1932 punti risorse o terapia a pressione negativa complessa con età < 16 anni*» non erano adeguatamente rappresentati.

- I casi con una «*terapia a pressione negativa altamente complessa*» hanno potuto essere rivalutati nel DRG A07B.
- Con la condizione «*terapia a pressione negativa complessa ed età < 16 anni*» sono stati rappresentati meglio nel DRG di base A43 anche i casi altamente costosi.

Un'attenta analisi dei dati ha mostrato che i casi con costi elevati e lunga durata di degenza nelle diagnosi secondarie presentavano spesso i codici ICD G20.1 e G20.2 «*Morbo di Parkinson*».

- Come risultato è stato possibile rivalutare i codici ICD nella matrice CC.
- In aggiunta, una nuova tabella con i codici ICD è stata creata e integrata come ulteriore criterio di split nei DRG di base A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta*», E77 «*Infezioni delle vie aeree*» e L63 «*Infezioni dell'apparato urinario*».

3.2.2. Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC

Singole ristrutturazioni inter-MDC all'interno della pre-MDC sono già elencate al punto 3.1 «*Panoramica sui principali punti di sviluppo*».

Trattamento complesso di medicina palliativa

Nel catalogo CHOP 2020 era stato inserito un nuovo codice per la rappresentazione della «*Prestazione di base Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento*». Questa

prestazione viene registrata quando sono soddisfatti i requisiti per le «*cure palliative specializzate*», ma non possono essere soddisfatti i requisiti minimi riguardanti i tempi di terapia a causa della situazione del paziente. Con i dati del 2021, per la versione 13.0 è stato possibile verificare per la prima volta il consumo di risorse per questa prestazione di base.

- Nei casi con una neoplasia maligna nei DRG B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A e N60A è stato possibile includere i codici CHOP «*Prestazione di base Cure palliative specializzate da 7 giorni di trattamento*» come criterio di split.
- Una rappresentazione all'interno del DRG di base A97 «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*» non si è dimostrata indicata a causa dei costi.

Sulla base di una richiesta è stata esaminata l'inclusione del gruppo di codici ICD G80.- «*Paralisi cerebrale infantile*» all'interno del DRG di base A97.

- Di conseguenza, questi codici diagnostici sono stati inclusi nel DRG A97E. Questa logica è stata inoltre ampliata con la condizione «*CC estremamente gravi*».

Nelle analisi sono emerse altre costellazioni di casi che mostravano un elevato consumo di risorse.

- La condizione «*Trattamento infermieristico complesso da 31 punti risorse*» ha potuto essere rivalutata nel DRG A97C.
- Includendo interventi complessi delle aree di organi delle MDC 03 e MDC 06 nella funzione «*Procedura OR complessa*» è stato possibile rivalutare questi casi all'interno del DRG di base A97.

Trapianto di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche

Le analisi generali dei DRG sull'omogeneità dei costi hanno dimostrato che i criteri di split per il DRG A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo,...*» non funzionano più bene.

- Nella versione 13.0 sono raggruppati nel DRG A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo ed età < 18 anni*» solo i casi con «*età < 18 anni*».

Secondo un richiedente, i casi con trapianto di fegato o setticemia e degenza in IMCU con corrispondenti punti risorse nel DRG A90A «*Trattamento complesso IMC > 1176/1104 punti risorse o ...*» sono sottorimunerati.

- Le analisi hanno confermato una sottorimunerazione dei trapianti di fegato nel DRG A90A.
- Con la modifica dell'ordine di classificazione e quindi dell'interrogazione del DRG A01A «*Trapianto di fegato con...*» prima del DRG A90A è stato possibile rivalutare i trapianti di fegato con punti risorse IMCU.
- Nei dati non era evidente una sottorimunerazione di casi con diagnosi principale «*setticemia*» nel DRG A90A.

Le condizioni di split nel DRG di base A17 «*Trapianto di rene*» non erano più in grado di separare i costi. È stata effettuata e verificata una revisione delle condizioni di split.

- I casi con numero di punti risorse UCI > 196/184 o i casi con un PCCL > 4 sono ora raggruppati nel DRG A17A, dove sono adeguatamente rappresentati.

Terapia del dolore multimodale (TDMM)

I casi della MDC 19 «*Malattie e disturbi psichici*» in combinazione con una terapia del dolore multimodale sono raggruppati nel DRG di base A92 «*Terapia del dolore multimodale per malattie specifiche o..., da 7 giorni di trattamento senza procedura OR*»; nella MDC 19 i bambini senza una TDMM sono meglio posizionati nel DRG di base U64.

Inclusione del criterio di split «*età < 16 anni*» nel DRG A92B. I bambini hanno potuto quindi essere equiparati nei due DRG di base U64 e A92.

Riabilitazione geriatrica acuta

Due richiedenti hanno fatto notare la sottorimunerazione di casi specifici nel DRG di base A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta*» e hanno chiesto che tali casi fossero verificati. Le analisi dei dati hanno portato a diverse ristrutturazioni.

- Il DRG di base I95 «*Impianto di endoprotesi tumorale o...*» della MDC 08 è stato escluso dal DRG di base A95. Pertanto, questi casi con riabilitazione geriatrica acuta continuano a essere raggruppati nella MDC 08.
- I casi con una «*terapia a pressione negativa complessa*» vengono rivalutati nel DRG A95A.
- Una semplice «*terapia a pressione negativa*» ha potuto essere inclusa nella logica per il DRG A95B.
- Il «*trattamento neurologico complesso da 24 ore*» si è rivelato un buon separatore dei costi per il DRG A95C. Al contrario, i casi con una «*grave disturbo funzionale motorio*» nel DRG erano sovrarimunerati e sono stati rimossi dallo split.
- Il criterio di split per il DRG A95D è stato esteso da «*PCCL > 4*» a «*PCCL > 3*».
- Sulla base dei dati di costo, nella versione 13.0 è stato possibile rappresentare due volte il DRG A95D nella logica. Il DRG A95G è stato eliminato.

Interventi complessi

È stato dimostrato che i casi con interventi multipli complessi nel DRG di base A11 non erano adeguatamente rappresentati.

- Dalle analisi è emerso che questi casi non raggiungono sempre il numero minimo di punti risorse UCI per il DRG A11A, dove però sarebbero adeguatamente rappresentati.
- Pertanto, le condizioni di split per il DRG A11A sono state ampliate con la funzione «*Procedure OR complesse in quattro tempi*» ottenendo così una rappresentazione adeguata di questi casi.

3.2.3. Altre ristrutturazioni inter-MDC

HIV

Per anni, la MDC 18A «*HIV*» ha mostrato un numero sempre più basso di casi, per cui il calcolo per un sistema tariffario forfettario è diventato sempre più difficile.

- Nella versione 13.0, la MDC 18A è stata definitivamente eliminata dal diagramma di flusso.
- Le diagnosi principali per una «*Sindrome da infezione acuta da HIV*» hanno potuto essere assegnate alla tabella della MDC 18B «*Malattie infettive e parassitarie*» e al DRG di base T63 «*Malattia di origine virale*».
- In tutte le MDC è stata istituita una nuova tabella con i codici diagnostici come criterio di split nei DRG B85A, Q60A e T01B. All'interno della matrice CC sono state rivalutate le diagnosi per determinati DRG di base.

Neonatologia e lattanti

A causa della logica del Grouper, i «*bambini > 27 giorni e < 366 giorni, da un peso di 2500 g*» non sono raggruppati nella MDC 15 «*Neonati*». Nei dati del 2021 è stato verificato come è strutturata nelle MDC la rappresentazione di questi bambini prematuri, che di solito hanno una malformazione o una disfunzione d'organo.

- Questo gruppo di casi non presenta una sottorimunerazione, ad eccezione che nella MDC 07 e nella MDC 17.
- Di conseguenza ha potuto essere inclusa la condizione di split «*età < 1 anno*» nei DRG H01A, R63C e R65B con il risultato di una rivalutazione di questi casi.

Terapia con radioligandi

Finora, la terapia con radioligandi è stata rappresentata nei DRG della radioterapia delle singole MDC. Per motivi legati alla radioprotezione, per queste terapie è necessaria una breve degenza ospedaliera. Tuttavia, ciò ha comportato una distorsione della durata media di degenza rispetto ad altre radioterapie.

- Le analisi hanno dimostrato che il consumo di risorse è determinato dalla procedura e non dalla diagnosi principale.
- Numerose e intense analisi hanno dimostrato che potrebbero essere identificati e adeguatamente rappresentati gruppi di casi omogenei in base ai codici CHOP.
- Una rappresentazione non dipendente dalle diagnosi principali nella pre-MDC è sembrata la soluzione più razionale.
- Creazione di un nuovo DRG di base A50 «*Terapia con radioligandi*» con i codici CHOP 92.28.2* «*Terapia intravascolare con radionuclidi aperti*» e i codici CHOP 92.28.6* «*Radioterapia con molecole piccole*».
- I seguenti codici CHOP sono usati per il raggruppamento nei seguenti DRG:
 - 92.28.25/*26 «SIRT» → DRG A50A
 - 92.28.65 «DOTA» → DRG A50B
 - 92.28.67 «Ligandi PSMA» → DRG A50C
 - 92.28.24, 92.28.64/*66/*69 → DRG A50D

Interventi su strutture linfatiche

Un richiedente ha sottolineato che gli interventi su strutture linfatiche con un codice CHOP del gruppo 40.71 «*Ricostruzione plastica e trapianto di strutture linfatiche mediante anastomosi microchirurgica*» comportano un onere supplementare e non sono adeguatamente rappresentati nella struttura tariffaria.

- Le analisi hanno confermato una sottorimunerazione di questi casi in diverse MDC. Una rivalutazione di questi interventi è stata implementata come segue.
- Inclusione del codice CHOP del gruppo 40.71 «*Ricostruzione plastica e trapianto di strutture linfatiche mediante anastomosi microchirurgica*» nella funzione «*Procedure OR complesse*» e nelle tabelle con le rappresentazioni del «*trapianto di tessuto con anastomosi microvascolare*» e «*interventi con anastomosi microvascolare*».
- Le analisi hanno evidenziato una rappresentazione inappropriata di casi con diagnosi principali del gruppo ICD 197.8* «*Linfedema iatrogeno*» nella MDC 05 «*Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare*».
- Queste diagnosi principali sono ora raggruppate nella MDC 09 «*Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella*», dove sono adeguatamente rappresentate.

Copertura dei tessuti molli

Nell'ambito della procedura di richiesta, le analisi hanno dimostrato che le «*coperture temporanee dei tessuti molli*» con i codici CHOP 86.88* e 86.A2* non sono rappresentate in modo equivalente.

- Mediante aggiornamenti delle tabelle è stato possibile assegnare i codici CHOP in base alle dimensioni e alla localizzazione delle coperture, ottenendo così una rappresentazione adeguata.

Terapia a pressione negativa e sbrigliamento

Sulla base della richiesta di un utente e nell'ambito della ristrutturazione della HMV è risultato che anche i codici CHOP per «*sbrigliamenti chirurgici...*» 85.2C.1* e 86.2A* non sono rappresentati in modo equivalente.

- Dopo intense analisi sono stati eseguiti aggiornamenti delle tabelle, ottenendo una rappresentazione adeguata di queste procedure.

Un richiedente ha chiesto la rivalutazione dei codici CHOP 86.88.I* «*Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa*» e 86.88 J* «*Impianto o sostituzione di sistema per terapia a pressione negativa*», soprattutto in caso di esecuzioni ripetute.

- Le analisi hanno dimostrato che l'esecuzione ripetuta di impianti o sostituzioni operative di sistemi per la terapia a pressione negativa in combinazione con il codice CHOP 93.57.16 e seguenti «*Terapia a pressione negativa continua, da almeno 14 giorni di trattamento*» generano un onere supplementare.
- Pertanto è stata inclusa la logica «*impianto o sostituzione operativa quadrupla di un sistema per la terapia a pressione negativa... con terapia a pressione negativa continua..., almeno 14 giorni di trattamento*» nella funzione «*Procedure OR specifiche in quattro tempi*».

Funzione globale «*Procedure OR specifiche*» e «*Procedure OR complesse*»

Le analisi effettuate sulla base di una richiesta per la MDC 01 hanno dimostrato che una parte degli stimolatori nelle funzioni generali «*Procedure OR specifiche*» e «*Procedure OR complesse*» non è rappresentata correttamente.

- Di conseguenza i codici CHOP 03.93.10-99 «*Impianto o sostituzione di elettrodo(i) di neurostimolatore spinale*» e 02.96 «*Applicazione di elettrodi sfenoidali*» sono stati rimossi dalla funzione «*Procedure OR complesse*».
- Dalla funzione «*Procedure OR specifiche*» sono stati rimossi i seguenti codici CHOP:
 - 02.93.4* «*Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione intracranica*»
 - 03.99.3* «*Revisione senza sostituzione di elettrodo(i) di neurostimolatore spinale*»
 - 04.92.10-99 «*Impianto o sostituzione di elettrodo(i) di neurostimolatore periferico...*»
 - 39.8X.21-32 «*Revisione/rimozione/impianto... di generatore di impulsi/elettrodo(i) per l'attivazione del baroriflesso...*»
 - 39.8X.99 «*Interventi sul globo carotideo...*»
- Il codice CHOP 39.8X.20 «*Impianto o sostituzione di generatore di impulsi per l'attivazione del baroriflesso*» è stato incluso nella funzione «*Procedure OR complesse*».
- Grazie a queste ristrutturazioni è stata ottenuta una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate e corretta degli stimolatori nella struttura tariffaria.

Nell'ambito della procedura di richiesta del 2021 è stata sollecitata la verifica inter-MDC della rappresentazione dei seguenti codici CHOP, che sembrano causare un aumento del cost-weight:

- 39.A1.12 «*Impiego di tagliafili*»
- 40.3X.2- «*Linfadenectomia regionale in corso di altro intervento*»
- 46.79.10 «*Sutura di altra lesione intestinale*»
- 54.4X.10 «*Asportazione di appendice epiploica*»
- 57.0X.99 «*Drenaggio transuretrale della vescica, altro*»
- 76.2X.12 «*Asportazione di tessuto (osteotomia modellante) delle ossa facciali [L]*»
- 83.14.1- «*Fasciotomia, Regione inguinale e genitale e natiche [L]*»
- 83.65.14 «*Altra sutura di muscoli o fasce, parete toracica, addome e dorso*»
- 93.57.15 «*Terapia a pressione negativa continua*»

Dopo analisi approfondite dei codici in questione nel sistema tariffario, sono state attuate le seguenti ristrutturazioni:

- I codici CHOP 40.3X.2- «*Linfadenectomia regionale in corso di altro intervento*», 46.79.10 «*Sutura di altra lesione intestinale*», 54.4X.10 «*Asportazione di appendice epiploica*», 76.2X.12 «*Asportazione di tessuto (osteotomia modellante) delle ossa facciali [L]*», 83.14.1- «*Fasciotomia o aponeurotomia, Regione inguinale e genitale e natiche*» e 83.65.14 «*Altra sutura di*

muscoli o fasce, parete toracica, addome e dorso» sono stati rimossi dalla funzione «*Procedure OR specifiche*» e svalutati di conseguenza.

- Il codice CHOP 39.A1.12 è stato svalutato all'interno del DRG di base F01.
- I codici CHOP 93.57.15 «*Terapia a pressione negativa continua*» e 57.OX.99 «*Drenaggio transuretrale della vescica, altro*» presentavano una rappresentazione corretta e non hanno richiesto alcuna modifica.

Funzione globale «*Procedure complicanti*»

Sono stati aggiunti nuovi codici CHOP alla funzione:

- 99.22.1B «*Iniezione di sostanza antiinfettiva, 28 e più giorni di trattamento*»
- 99.B6.26 «*Trattamento complesso della mano, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento*»
- 99.B6.27 «*Trattamento complesso della mano, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento*»
- 99.B6.28 «*Trattamento complesso della mano, 21 e più giorni di trattamento*»

Malnutrizione

Nell'ambito della procedura di richiesta del 2022, un richiedente ha auspicato una rivalutazione del gruppo ICD E40-46 «*Malnutrizione*».

- Le nostre analisi hanno dimostrato che una rivalutazione nella matrice CC non sarebbe appropriata. Tuttavia, in singoli DRG sono stati identificati casi che, in combinazione con il codice CHOP 89.OA.42-44 «*Terapia dietetica multimodale, più di 7 giorni di trattamento*», risultano sottorimunerati.
- Pertanto, per i DRG A95F e E77C, le condizioni di split sono state ampliate con questa combinazione di ICD e i codici CHOP di cui sopra, ottenendo una rappresentazione appropriata dei casi sottorimunerati.

Barotrauma

A causa di determinate costellazioni di casi nei DRG 901 «*Procedura OR estesa non correlata con la diagnosi principale*» e 902 «*Procedure OR non estese non correlate con la diagnosi principale*», i codici di diagnosi principali T70.0 «*Barotrauma otitico*» e T70.1 «*Barotrauma sinusale*» sono stati spostati dalla MCD 03 alla MDC 21B.

Interventi chirurgici profilattici

Abbiamo ricevuto l'indicazione che, a seconda della diagnosi, con la stessa procedura si raggiungono DRG diversi. La diagnosi Z40.01 «*Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio di neoplasie maligne: intervento chirurgico profilattico sull'ovaio*», in combinazione con gli interventi di isterectomia e salpingo-ovariectomia, è stata inclusa nel DRG N04B della MDC 13, mentre la diagnosi Z40.08 «*Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio di neoplasie maligne: Intervento chirurgico profilattico su altri organi*» nella stessa costellazione raggruppa nel DRG Z01Z della MDC 23. In questo caso si trattava di verificare se dal punto di vista medico ed economico fosse opportuno uno spostamento.

- Nell'ambito delle nostre analisi sono stati esaminati casi con la diagnosi Z40.08 e si è constatato che questi casi presentano interventi sull'apparato genitale femminile o maschile.
- Di conseguenza, la diagnosi è stata inserita nella MDC 12 e nella MDC 13. I casi così spostati sono rappresentati in modo appropriato dal punto di vista medico e anche sulla base dei loro costi. La diagnosi è stata quindi eliminata dalla MDC 23.
- Questa ristrutturazione ha comportato ulteriori adeguamenti: i codici diagnostici Z80.3 «*Tumore maligno della mammella nell'anamnesi familiare*» e N60.1 «*Mastopatia cistica diffusa*» sono stati ora assegnati alla tabella neoplasia maligna della mammella (utilizzata nei DRG J06, J08, J14, J23, J25, J62) e quindi equiparati al codice Z40.00 «*Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio di neoplasie maligne: Intervento chirurgico profilattico sulla mammella*»,

poiché dal punto di vista medico sono vicini a questo codice. Il codice Z42.1 «Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica alla mammella» non fa più parte delle diagnosi di neoplasia maligna ed è stato rimosso da questa tabella.

Split PCCL

Nell'ambito della procedura di richiesta, un richiedente ha elencato diversi DRG di base e DRG in cui i casi con un valore di PCCL di 3 sono sottorimunerati e ha chiesto la rivalutazione di questi casi.

- Di conseguenza abbiamo verificato tutti i DRG di base e i DRG elencati nella richiesta.
- Solo nei DRG di base B76 e R61 si sono dimostrati appropriati nuovi split PCCL.
- La condizione di split per il DRG B76F è stata ampliata con uno split PCCL > 2.
- Nel DRG di base R61 sono stati effettuati i seguenti adeguamenti:
 - Lo split PCCL > 3 per i DRG R61A e R61B, che era associato a diagnosi specifiche, è stato impostato su PCCL > 2 con diagnosi specifiche.
 - Inoltre, la condizione di split per i DRG R61A e R61B è stata ampliata con uno split PCCL > 3 senza ulteriori condizioni.
 - Un valore di PCCL > 2 raggruppa ora nel DRG R61C.

3.2.4. Malattie del sistema nervoso MDC 01

È stato evidenziato che la rappresentazione di interventi specifici nel DRG di base B21 «Impianto di neurostimolatore o elettrodi» non è appropriata.

- Le analisi hanno confermato che la rappresentazione dei codici CHOP 04.95.14 «Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la stimolazione del nervo vago» e 34.85 «Impianto di pacemaker diaframmatico» non è adeguata alle risorse impiegate.
- Questi codici CHOP sono stati ora rivalutati nel DRG B21B «Impianto di neurostimolatore con sistema multielettrodo o intervento specifico».

Nell'ambito della procedura di richiesta è stata sollecitata la verifica di uno split PCCL > 2 all'interno del 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».

- Le analisi hanno mostrato che i casi con un PCCL > 2 nel DRG B76F sono adeguatamente rappresentati.
- La condizione di split per il DRG B76F è stata ampliata con uno split PCCL > 2.

Un richiedente ha auspicato la rivalutazione di «ritardi mentali/disturbi dello sviluppo» e «paralisi cerebrali» nel DRG di base B76, in quanto generano un onere supplementare.

- Nei dati dell'anno 2021 non era chiaramente visibile un onere supplementare nelle diagnosi indicate dal richiedente, e anche una rivalutazione nella matrice CC si è dimostrata appropriata solo per singoli casi.
- Così è stato possibile rivalutare solo il gruppo ICD F72* «Ritardo mentale grave» nella matrice CC.
- Tuttavia, con l'ampliamento della condizione di split per il DRG di base B87 e il DRG B87A con un PCCL > 4 sono stati rivalutati casi onerosi nella MDC 01.

In una richiesta è stato chiesto di verificare l'adeguatezza della remunerazione per i codici CHOP 03.9A* «Impianto di neurostimolatore spinale», 03.93* «Impianto di elettrodi spinali» e 02.97* «Impianto di neurostimolatore intracranico», nonché di rivalutare gli impianti simultanei di elettrodi e neurostimolatori. Inoltre, il richiedente ha chiesto se fosse eventualmente giustificato raggruppare i casi con impianto di elettrodi permanenti in un DRG diverso rispetto ai casi con impianto di elettrodi temporanei.

- Numerose analisi hanno mostrato una rappresentazione inappropriata di interventi in più tempi e casi con impianto o sostituzione di elettrodi di un neurostimolatore epidurale permanente.
- Di conseguenza è stata ampliata per prima cosa la condizione di split per il DRG B21A con la funzione «*Procedure OR specifiche in più tempi*».
- Successivamente è stato splittato il precedente DRG B21D e ora il gruppo di codici CHOP 03.93.2* «*Impianto o sostituzione di elettrodo(i) di neurostimolatore epidurale permanente...*» raggruppa nel nuovo DRG B21D «*Impianto di elettrodi di un neurostimolatore epidurale permanente*», dove i suddetti casi sono adeguatamente rappresentati.

Le analisi hanno dimostrato che alcuni criteri di split non si sono più dimostrati in grado di separare i costi. Pertanto i seguenti DRG sono stati così condensati:

- DRG B68B e DRG B68C → DRG B68B «*Sclerosi multipla e atassia cerebellare, più di un giorno di degenza*».
- DRG B70B e DRG B70C → DRG B70B «*Apoplessia con trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto > 72 ore o diagnostica neurologica complessa, o con diagnosi complicante o trombolisi o grave disturbo funzionale motorio, più di un giorno di degenza*».
- DRG B70E und B70F → DRG B70D «*Apoplessia con altro trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto < 73 ore o diagnostica neurologica complessa, o con diagnosi complicante o trombolisi o grave disturbo funzionale motorio, più di un giorno di degenza*».

Nell'ambito delle nostre analisi, nel DRG B36C abbiamo notato casi con grande assorbimento di risorse.

- Di conseguenza è stato possibile includere il codice CHOP 7A.73.1 «*Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre, da 3 segmenti*» nella funzione «*Procedure OR complesse*».
- In questo modo, i casi vengono raggruppati nel DRG B36B e viene raggiunta un'equiparazione con i codici CHOP per la «*Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale*».

Durante le verifiche di omogeneità nella MDC 01 sono stati notati codici ICD che non erano adeguatamente rappresentati nel sistema tariffario. Con le seguenti ristrutturazioni è stato possibile correggere questi deficit di rappresentazione.

- I codici ICD P11.59 «*Trauma da parto della colonna vertebrale e del midollo spinale: Non specificato*» e T09.3 «*Traumatismo del midollo spinale, livello non specificato*» sono stati inclusi nel DRG di base B60 «*Paraplegia / tetraplegia*».
- I codici ICD P11.50 «*Trauma da parto della colonna vertebrale e del midollo spinale: Con paraplegia acuta*», S34.18 «*Altro traumatismo del midollo spinale lombare*» e S34.38 «*Altri e non specificati traumi della cauda equina*» sono stati aggiunti alla tabella inter-MDC «*Paraplegia / tetraplegia*».

Inoltre, sono stati notati anche codici CHOP non adeguatamente rappresentati. Per questo sono state effettuate le seguenti ristrutturazioni:

- Il codice CHOP 03.05.21 «*Incisione di canale vertebrale per svuotamento di ematoma o empiema epidurale*» era già rappresentato nelle funzioni «*Procedure OR specifiche*» e «*Procedure OR specifiche senza sedute di irradiazione*» ed è stato inoltre incluso nella funzione «*Procedure OR specifiche senza interventi moderatamente complessi*».
- I codici CHOP 03.03.2- «*Emilaminectomia da 1... a 10 e più segmenti*» e 03.03.3- «*Laminectomia da 1... a 10 e più segmenti*» sono stati aggiunti alla funzione «*Procedure OR specifiche*».

Nell'ambito di esami di casi nei DRG di base 901 «Procedura OR estesa non correlata con la diagnosi principale» e 902 «Procedura OR non estesa non correlata con la diagnosi principale» è stata notata l'inadeguatezza di costellazioni di casi con i codici CHOP 16.98.20 «Decompressione ossea dell'orbita» e 39.52.11 «Altra riparazione di aneurismi di vasi intracranici». Con le seguenti ristrutturazioni è stato possibile rappresentare correttamente i casi interessati.

- Inclusione del codice CHOP 16.98.20 «Decompressione ossea dell'orbita» nella tabella «Vari interventi intracranici ed extracranici» nel DRG di base B09.
- Inclusione del codice CHOP 39.52.11 «Altra riparazione di aneurismi di vasi intracranici» nella tabella «Interventi intracranici complessi» nei DRG di base B02 e B20.

3.2.5. Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03

Le analisi hanno dimostrato che i casi con i codici CHOP 76.5X.6* e 76.5X.7* «Impianto di endoprotesi dell'articolazione temporo-mandibolare» non sono adeguatamente rappresentati nella MDC 03.

- Questi codici CHOP sono stati inclusi nella condizione di split per il DRG D01A «Impianto cocleare bilaterale o impianto di una protesi dell'articolazione temporo-mandibolare» e con ciò sono stati rivalutati.

3.2.6. Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04

Sulla base dell'indicazione di un utente e delle analisi che ne sono derivate, è emerso che casi impegnativi nel DRG E36C sono in parte sottorimunerati.

- Le analisi hanno dimostrato che questi casi presentano soprattutto meno punti risorse UCI e procedure OR.
- Una rivalutazione dei soli punti risorse UCI > 196/380 punti non si è dimostrata appropriata.
- Pertanto, la condizione di split per il DRG E36B è stata ampliata con la condizione «terapia intensiva complessa > 196/380 punti risorse con procedure OR».

Nell'ambito delle analisi e della rivalutazione dei codici CHOP 93.9E e 93.9F nella MDC 04 è emerso che i precedenti split PCCL nel DRG di base E65 «Broncopneumopatia cronica ostruttiva, più di un giorno di degenza» non sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

- Per questo motivo, è stato incluso lo split PCCL > 3 nel DRG E65A e il precedente DRG E65B è stato condensato con il DRG E65A.
- I casi con PCCL > 2 sono ora raggruppati nel DRG E65B.
- I DRG E65E e E65F sono stati eliminati.

Un richiedente ha sottolineato che i casi con la diagnosi principale J86.0 «Pitorace con fistola» e gli interventi chirurgici (multipli) sono sistematicamente sottorimunerati. Per questo ha chiesto una verifica e una rivalutazione di questi casi.

- Le nostre analisi hanno confermato una sottorimunerazione di casi con la diagnosi principale J86.0 e interventi multipli.
- L'inclusione della funzione «Procedure OR specifiche in più tempi» nel DRG di base E01 ha permesso di rivalutare questi casi.

Le analisi hanno mostrato una rappresentazione inadeguata di casi con pianificazione dell'irradiazione e/o simulazioni di irradiazione nel DRG di base E71.

- Con l'inclusione dei codici CHOP 92.29.6*-8* nella condizione di split per il DRG E71A «Neoplasie dell'apparato respiratorio con CC estremamente gravi o ... più di un giorno di degenza», questi casi sono ora rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

Nell'ambito della procedura di richiesta, è stato sollecitato l'inserimento dei codici CHOP 93.9E* «Respirazione assistita non invasiva fuori da un'unità di cure intensive» e 93.9F.12/22/32 «Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso [sistema HFNC] di...» in diverse funzioni generali.

- Le analisi hanno dimostrato che l'inclusione di questi codici CHOP in funzioni generali al di fuori della MDC 15 non sarebbe appropriata.
- La rivalutazione dei codici CHOP nella MDC 15 è già descritta nell'ambito della ristrutturazione della HMV.
- Nella MDC 04, tuttavia, è stato possibile identificare casi che hanno generato un onere supplementare in singoli DRG a causa di queste procedure.
- Pertanto, i codici CHOP 93.9E12/13 e 93.9F.12/22/32 sono stati rivalutati nei seguenti DRG:
 - DRG di base E77 «Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio, più di un giorno di degenza»
 - DRG E65A «Broncopneumopatia cronica ostruttiva con esiti di trapianto o intervento specifico o procedura complicante o CC estremamente gravi o procedura specifica, più di un giorno di degenza»
 - DRG E70A «Pertosse e bronchite acuta, età < 1 anno o infezioni da virus respiratorio sinciziale con procedura specifica, più di un giorno di degenza»

3.2.7. Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05

In una richiesta è stata sollecitata la verifica di un'inclusione della logica step down/step up con bassi numeri di punti risorse UCI e IMCU nei DRG di base F36 e F37.

- Una rivalutazione nel DRG di base F36 non si è dimostrata appropriata.
- Tuttavia, nelle analisi è stato possibile identificare singoli DRG nella MDC 05 per i quali una rivalutazione di «terapia intensiva complessa 185-552 punti risorse con trattamento complesso IMC 185-552 punti risorse» sarebbe appropriata per le risorse impiegate.
- Questa logica è stata quindi inclusa per i DRG F03B e F03C e per il DRG F06A.
- Nel DRG F31B, questa logica si è dimostrata adeguata solo in combinazione con un PCCL > 3 ed è stata quindi implementata in tal modo nel Grouper.

Diversi richiedenti hanno indicato un nuovo approccio terapeutico per il trattamento delle coronarie calcificate. Questo può essere codificato per la prima volta in modo specifico con il codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» incluso nel catalogo CHOP 2021 e quindi non è ancora sufficientemente rappresentato nel sistema tariffario. Poiché nella maggior parte dei casi i pazienti che ricevono una terapia a onde d'urto sono raggruppati nei DRG F24D-F, ma presentano anche un elevato dispendio di materiale, devono essere rivalutati all'interno del DRG di base F24.

- Inclusione del codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» nella tabella F24-9 «Interventi complessi».
- A seconda della loro codifica, i casi vengono classificati nel DRG F24B, F24C o F24D.

Secondo un richiedente, i casi con i codici CHOP 39.61.00 – 39.61.99 «Circolazione extracorporea (CEC)» non erano rappresentati in modo adeguato nel DRG di base F31. È stata richiesta una rivalutazione all'interno del DRG di base F31.

- I casi erano originariamente raggruppati nel DRG F31F «Altri interventi cardiotoracici».
- Nel DRG F31E «Altri interventi cardiotoracici con escissione di tessuto cardiaco o macchina cuore-polmone» è stata aggiunta un'ulteriore condizione di split con «circolazione extracorporea».
- I casi sono ora raggruppati nel DRG F31E, dove sono adeguatamente rappresentati.

In una richiesta è stato sottolineato che i pazienti con insufficienza della valvola mitrale spesso soffrono anche di insufficienza della valvola tricuspide. Secondo il richiedente, si raccomanda di riparare entrambe le valvole cardiache nel corso dello stesso intervento, cosa che però comporta costi di impianto più elevati. In caso di remunerazione mediante il DRG F98C ciò si traduce in una copertura insufficiente dei costi. È stato chiesto di rivalutare nel DRG F98B i casi di insufficienza valvolare bilaterale che vengono riparati contemporaneamente mediante clipping.

- Le analisi hanno dimostrato che una rivalutazione nel DRG F98B «*Intervento endovascolare sulle valvole cardiache con impianto di un pace-maker cardiaco/trapianto o chiusura di ASD od occlusione dell'orecchietta sinistra o età < 16 anni*» non porta a una rappresentazione adeguata.
- Dopo ulteriori verifiche, nel DRG F98A è stata inserita la condizione di split del trattamento simultaneo di più valvole cardiache.
- Ciò ha portato a una rappresentazione adeguata dei casi interessati.

La trombectomia chirurgica a cielo aperto in caso di trombosi vascolare periferica ricorre in diversi DRG e spesso non comporta la copertura dei costi. I codici 38.03.- «*Incisione di altri vasi dell'arto superiore*», 38.08.- «*Incisione di arterie dell'arto inferiore*» e 38.09.- «*Incisione di vene dell'arto inferiore*» finora non erano rilevanti per il raggruppamento. Di conseguenza, i casi con questa procedura nella partizione medica sono stati equiparati ai casi senza misure chirurgiche. Una combinazione di trombectomia chirurgica aperta e procedura transluminale percutanea viene codificata solo secondo la procedura percutanea, mentre un'ulteriore trombectomia chirurgica non influisce sulla codifica. Un richiedente ha quindi proposto di includere i codici 38.03.-, 38.08.- e 38.09.- nella logica dei DRG di base F01, F28, F59 e F63.

- Le analisi hanno dimostrato che i casi con i codici interessati non rientrano nei DRG di base F01, F28 o F63 in ragione della loro struttura dei costi.
- I codici CHOP sono stati inclusi nel DRG F59E «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi con procedure specifiche o età < 16 anni*».
- In questo modo è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata.

Le degenze a breve termine per l'impianto minimamente invasivo di un sistema CardioMEMS HF per il monitoraggio della pressione arteriosa polmonare in caso di insufficienza cardiaca grave vengono fatturate nel DRG F12E con copertura dei costi insufficiente. I costi di impianto per lo specifico codice CHOP 37.7A.51 «*Impianto di barosensore nel cuore*» sono superiori ai costi di impianto medi del DRG F12E. È stata quindi presentata una richiesta di verifica per una nuova classificazione adeguata alle risorse impiegate del codice CHOP 37.7A.51 della procedura di impianto nel DRG di base F01.

- La riassegnazione nel DRG di base F01 o in altri DRG si è rivelata insoddisfacente a causa della struttura dei costi.
- Una rivalutazione all'interno del DRG di base F12, dal DRG F12E al DRG F12D, ha ottenuto risultati positivi e ha quindi portato a una migliore rappresentazione del codice 37.7A.51 «*Impianto di barosensore nel cuore*» nel sistema tariffario.

Nell'ambito di un'analisi di omogeneità è stato notato che i codici 00.4C.13 «*Inserzione di 3 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*» e 00.4C.14 «*Inserzione di 4 e più palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*» nel DRG F24D sono sottovalutati.

- I due codici CHOP sono stati rivalutati dal DRG F24D al DRG F24C.

A seguito di verifiche di casi nei DRG di base 901 «*Procedura OR estesa non correlata con la diagnosi principale*» e 902 «*Procedura OR non estesa non correlata con la diagnosi principale*» sono stati notati casi con diagnosi principali nel campo dell'insufficienza cardiaca con rappresentazione non

adeguata. Mediante inclusione del codice 34.20 «*Biopsia della pleura in toracosopia*» in una tabella inter-MDC nella MDC 05 è stato possibile rappresentare correttamente tali casi.

3.2.8. Malattie dell'apparato digerente MDC 06

Secondo un richiedente, i casi nel DRG di base G21 con una degenza in UCI e/o IMCU hanno costi più elevati rispetto ai casi con un PCCL > 3 senza una degenza in UCI o IMCU. Il richiedente ha chiesto uno split del DRG G21A con punti risorse UCI o IMCU.

- Le nostre analisi hanno confermato una sottorimunerazione di casi con «*terapia intensiva complessa adulti > 119 punti risorse*» o «*trattamento complesso IMC adulti > 184 punti risorse*» nel DRG G21C.
- I costi medi di questi casi erano coerenti con il cost-weight del DRG G21B.
- Pertanto, la condizione di split per il DRG G21B è stata ampliata con i codici CHOP 99.B7.12ss «*Terapia intensiva complessa, più di 119 punti risorse*» e 99.B8.13ss «*Trattamento complesso IMC dell'adulto, più di 184 punti risorse*».
- In questo modo i casi sono rappresentati in modo appropriato.

È stata ricevuta una richiesta di effettuare un'analisi di omogeneità del DRG di base G09. A seguito di tale richiesta sono state eseguite alcune ristrutturazioni.

- È stato creato un nuovo DRG G09A con «*terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC > 119 punti risorse*» o «*terapia a pressione negativa*».
- Nel DRG G09D (in precedenza G09C) sono state inserite e rivalutate le condizioni «*interventi in più tempi*» o «*interventi addominali specifici*».
- I DRG G09E e G09G sono stati condensati, poiché lo split sulla base della condizione «*interventi per ernia (eccetto ernia cicatriziale) con innesto*» non ha più mostrato un effetto di separazione dei costi.

In un'altra richiesta è stata sollecitata un'analisi di omogeneità all'interno del DRG di base G12.

- In seguito alla verifica è stato possibile identificare casi costosi. È stato possibile integrare e rivalutare la combinazione dei codici CHOP 93.57.16 -.1E «*Terapia a pressione negativa continua, da almeno 14 giorni di trattamento*» e 86.88.11-.18 «*Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa*» come nuovo e ulteriore criterio di split nel DRG G12A.

Nell'ambito delle analisi è stato identificato nel DRG G16Z un insieme di casi disomogeneo.

- Uno split del G16Z sulla base dei criteri «*PCCL > 2 e terapia intensiva complessa > 184 punti risorse*» o «*procedura OR specifica in più tempi*» garantisce una rappresentazione adeguata di questi casi.

In una richiesta, la gestione della fistola è stata descritta come impegnativa e sottorimunerata.

- Il codice ICD K91.83 «*Deiscenza di anastomosi e sutura successiva ad altro intervento chirurgico su altre parti dell'apparato digerente*» è stato incluso, come già il codice K63.2 «*Fistola intestinale*», nei DRG di base G35 e G02.
- Entrambe le diagnosi sono state inserite nella matrice CC, dove si avvantaggiano di una rivalutazione.
- Il DRG G35Z è stato splittato con un PCCL > 4, in modo che questo split aiuti a ottenere una migliore remunerazione per i casi molto impegnativi.

In una richiesta è stata sollecitata la verifica di uno split nel DRG di base G38.

- In seguito alla relativa analisi è stato possibile introdurre un nuovo DRG G38A con la condizione «*terapia intensiva complessa > 196/184 e terapia a pressione negativa*».

Una richiesta ha riguardato i codici CHOP 46.99.20 «*Serranodo e clipping dell'intestino, per via endoscopica*», 44.99.30 «*Iniezione nello stomaco, per via endoscopica*» e 46.99.30 «*Iniezione nell'intestino, per via endoscopica*», che non sarebbero stati sufficientemente remunerati.

- Questi codici sono ora per la prima volta rilevanti come procedure mediche ai fini del raggruppamento e sono stati inclusi nel DRG di base G46.

Inoltre, ci sono pervenute due richieste che hanno portato a ristrutturazioni che si sovrappongono. In una richiesta è stato descritto che nel DRG G64C i casi di malattia infiammatoria intestinale sono associati a procedure diagnostiche impegnative, come ad esempio prelievi bioptici, accertamenti infettivologici o procedure diagnostiche per immagini. Sono stati rappresentati in modo non adeguato alle risorse impiegate soprattutto i pazienti giovani senza diagnosi secondarie CC-rilevanti.

La seconda richiesta riguardava casi di neoplasia maligna nel DRG G60B con procedure diagnostico-terapeutiche per l'asportazione di tessuto che presentavano una copertura dei costi insufficiente. Questi includono, per esempio, la resezione con ansa e la resezione mucosale.

- In seguito a questa richiesta il DRG di base G48 è stato reso meno stringente, in modo da poter raggruppare in questo DRG anche la colonscopia e gli interventi terapeutici e diagnostici sull'intestino senza ulteriori condizioni.
- Inoltre, sono state ora incluse escissioni e incisioni perianali e rettali.
- Allo stesso tempo, le condizioni per il DRG G48A sono state rese più stringenti, in modo che ora vi vengono raggruppate le «*malattie infiammatorie intestinali*» al posto delle «*malattie croniche intestinali*».
- Come nuove condizioni di split nel DRG G48A sono state incluse «*PCCL > 2*» e «*dialisi*».
- Per i casi molto impegnativi, nel DRG di base G87 è stata inserita la condizione PCCL > 4.

In un'altra richiesta è stato indicato che i casi che a causa di un'emorragia acuta (K55.32 e K92.2) devono in genere essere sottoposti a endoscopia capsulare (45.13.20/45.28.10) ai fini diagnostici sono sottorimunerati nel sistema tariffario. Questo raggruppamento ha dovuto essere sottoposto a riesame.

- Il codice CHOP 45.28.10 «*Endoscopia capsulare telemetrica dell'intestino crasso*» è stato incluso nel DRG G48A.
- Il codice CHOP 45.13.20 «*Endoscopia capsulare telemetrica dell'intestino tenue*» è stato incluso nel DRG G46B.
- In tal modo questi codici sono rivalutati e i casi ottengono così una remunerazione adeguata alle risorse impiegate.

In due richieste abbiamo ricevuto l'informazione che i casi con il codice 48.35.11 «*Resezione locale con ansa, asportazione sottomucosale o a tutto spessore (locale) di lesione o tessuto del retto, per altra via*», 49.01 «*Incisione di un ascesso perianale*», 49.04 «*Altra asportazione di tessuti perianali*» o 49.31 «*Asportazione endoscopica o distruzione locale di lesione o tessuto dell'ano*» erano finora rappresentati in modo non adeguato alle risorse impiegate.

- I codici hanno potuto essere rivalutati nell'ambito del DRG di base G86 di un giorno di degenza sulla base di uno split. I codici CHOP 48.35.1* «*Resezione locale con ansa, asportazione sottomucosale o a tutto spessore...*», insieme agli interventi sul tessuto perianale, hanno potuto essere inclusi nel DRG di base G48 e nel DRG G86A.
- Nel DRG G48B, gli inlier provenienti dal DRG G60B subiscono una svalutazione, che si rivela adeguata.

- I lungodegenti, d'altra parte, ottengono una rivalutazione in ragione della più bassa soglia superiore della degenza e dei supplementi che vengono così generati prima.
- I casi dal DRG G71C, che rappresentano il maggior numero di spostamenti di casi, vengono opportunamente rivalutati nel DRG di base G48. Le nuove condizioni di split del DRG G86A portano a una remunerazione adeguata anche per i casi con 1 giorno di degenza. Nel complesso, questa ristrutturazione porta a un miglioramento della qualità della rappresentazione per tutti i casi.

Nella procedura di richiesta ci è stato chiesto di verificare i casi con il codice CHOP 44.95.31 «*Gastroplastica verticale, per via endoscopica*» sulla base dei dati del 2021. Si tratta di un nuovo codice di intervento nel catalogo CHOP 2020 che viene utilizzato per il trattamento chirurgico dell'obesità e che, secondo il richiedente, presenta deficit elevati. Un altro punto riguardava il cambiamento della logica per il codice in questione 44.95.31, in modo che raggruppasse nella MDC 06 «*Malattie e disturbi dell'apparato digerente*», piuttosto che nella MDC 10 «*Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche*».

- Le analisi dei casi hanno potuto confermare questa osservazione.
- In una prima fase, il codice CHOP 44.95.31 è stato incluso all'interno della MDC 10 nella deviazione esistente verso la MDC 06 «*Interventi di chirurgia viscerale per obesità*».
- La gastroplastica verticale per via endoscopica era già presente nel DRG di base G46, ma si attivava solo in combinazione con malattie gravi dell'apparato digerente.
- Il codice CHOP 44.95.31 è stato quindi incluso nel DRG G46B come unica condizione di split, consentendo una rappresentazione adeguata dei casi.

Nel corso di ulteriori analisi di omogeneità nella MDC 06, i codici CHOP 56.0X.99 «*Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale, altro*» e 57.49.12 «*Altra resezione transuretrale di lesione o tessuto vescicale*» hanno evidenziato una diversa rilevanza di raggruppamento rispetto, ad esempio, ai codici 56.0X.10 «*Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale, rimozione di calcolo*» e 57.49.11 «*Altra distruzione transuretrale di lesione o tessuto vescicale*».

- Sia 56.0X.99 «*Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale, altro*» che 57.49.12 «*Altra resezione transuretrale di lesione o tessuto vescicale*» sono stati inclusi nel DRG di base G12 «*Altre procedure OR sull'apparato digerente*».
- Ciò ha portato a una rappresentazione omogenea e adeguata dei codici interessati.

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

Le analisi hanno dimostrato che le condizioni di split nel DRG di base H33 non sono più in grado di separare i costi.

- I DRG H33A e H33B sono stati condensati nel DRG H33Z.

Una richiesta ricevuta sollecitava la verifica di uno split del DRG H61B «*Neoplasia maligna dell'apparato epatobiliare e del pancreas*». In particolare, sarebbero stati sottorimunerati i casi con necessità di trasfusione, ricovero in IMC e colonscopia terapeutica (45.41.*).

- Queste costellazioni sono state sottoposte a verifica, ma in questo contesto non sono stati identificati costi aggiuntivi sistematici che avrebbero giustificato uno split. Pertanto, la richiesta non ha potuto essere implementata in questa forma. Tuttavia, sono stati applicati altri criteri di split.
- Nello split per il DRG H61A è stato possibile includere la funzione «*procedure complicanti*».
- Anche la condizione «*età < 16 anni*» è stata inclusa nel DRG H61A, in modo da rivalutare i casi pediatrici.

- Anche la prestazione di base «*Cure palliative specializzate*» da 7 giorni di trattamento raggruppa ora nel DRG H61A.

Un'altra richiesta riguardava il DRG H62B «*Malattie del pancreas eccetto neoplasia maligna*». I casi con ricovero in IMC, nutrizione parenterale e procedure per immagini non sono sufficientemente remunerati.

- La verifica di questa costellazione non ha portato a un risultato soddisfacente.
- Uno split PCCL con PCCL > 2 ha potuto contribuire a una migliore rappresentazione e remunerazione per tutti i casi.

A seguito di un'ulteriore richiesta, i casi nel DRG di base H60 «*Cirrosi epatica*» sono stati sottoposti a un esame approfondito che ha evidenziato un'ampia dispersione dei costi. Inoltre, era evidente che alcuni casi oscillavano tra i DRG di base H60 e H41 «*ERCP e terapia fotodinamica*». Ciò ha portato a diverse ristrutturazioni.

- Dal DRG di base H60 è stata rimossa la condizione «*interventi endoscopici sull'esofago*», poiché tali interventi risultano sottorimunerati in questa posizione. L'insieme di casi è stato assegnato al DRG di base H41, e la condizione è stata utilizzata come criterio di split del DRG H41A.
- Nel DRG H60A è stato possibile integrare la condizione «*età < 16 anni*».
- Il DRG H60C da «*un giorno di degenza*» è stato rimosso e al suo posto è stato creato il nuovo DRG di base H86 «*Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas, un giorno di degenza*», come già in altre MDC.
- Inoltre, è stata realizzata una rivalutazione dei casi pediatrici nel DRG H41A e la condizione di split esistente «*età < 3 anni*» è stata aumentata a «*età < 16 anni*».

In alcuni DRG le analisi hanno mostrato che il numero di casi pediatrici nella MDC 07 era aumentato e che questi non erano ben rappresentati.

- Estensione della condizione di split per il DRG H61A «*Neoplasia maligna dell'apparato epatobiliare e del pancreas,...*» con la logica «*età < 16 anni*».
- Rafforzamento della logica per il DRG H63C «*Malattie del fegato eccetto neoplasia maligna,...*» a «*età < 6 anni*».

Un riesame esame dei casi con un «*trattamento epatico complesso*» ha rivelato che l'insieme di casi è aumentato e che si sono verificate sottorimunerazioni.

- Nel DRG di base H37 «*Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse o trattamento complesso per cirrosi epatica...*» si è potuto ridurre la condizione da «*da 14 e più giorni di trattamento*» a «*da 7 e più giorni di trattamento*».
- È stato anche possibile adeguare la condizione di split per il DRG H37A. Qui è stata ora inserita la logica «*trattamento epatico complesso da 21 e più giorni di trattamento*».

3.2.10. Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08

Nel catalogo CHOP 2019 è stata effettuata un'ampia revisione dei codici CHOP per gli interventi alla colonna vertebrale. Con i dati del 2019 nelle versioni 11.0 e 12.0, SwissDRG SA aveva rinunciato a una revisione degli interventi alla colonna vertebrale, poiché la registrazione dei costi e la codifica sembravano ancora troppo incerte. Le analisi dei dati del 2021 hanno ora dimostrato che i dati relativi a costi e prestazioni sono migliorati. Sulla base dei dati nazionali svizzeri sono state effettuate ampie ristrutturazioni nei DRG di base I06, I09 e I10 nella versione tariffaria 13.0.

- **Il DRG di base I06** «*Interventi complessi alla colonna vertebrale...*» ha un numero di casi complessivamente piuttosto basso, ma questi casi sono molto costosi. La logica nel DRG di base si è dimostrata appropriata e non è stata adeguata.
- I casi con una «*Fusione di vertebre per correzione della postura da 7-10 segmenti*» sono ora raggruppati in combinazione con un «*PCCL > 4*» nel DRG I06A.
- Inoltre, una revisione dei criteri di split entro il DRG di base I06 ha rivelato che il criterio «*Riabilitazione geriatrica acuta da 14 e più giorni di trattamento*» nel DRG I06A non era più appropriato e la logica è stata svalutata nel DRG I06B.
- Nella logica per il DRG I06B sono state rimosse le condizioni « *fusione di vertebre per correzione della postura, 7 segmenti*» e « *fusione di vertebre con stabilizzazione, 7 segmenti*». Questi casi vengono raggruppati ora nel DRG I06C.
- **Il DRG di base I09:** «*Fusione vertebrale...*» è stato completamente rivisto. Ora tutti gli interventi alla colonna vertebrale per la « *correzione della postura*» o le « *stabilizzazioni*» a partire dal 1° segmento, nonché gli interventi chirurgici mediante un « *approccio alla base del cranio, transorale*» sono raggruppati senza ulteriori condizioni nel DRG di base I09.
- La logica per il DRG I09A ha potuto essere ampliata con le prestazioni « *interventi su localizzazioni multiple*» e « *approccio alla base del cranio, transorale*».
- I casi con « *procedure OR specifiche in più tempi*» o « *interventi specifici dorsali e ventrali*» sono stati rivalutati nel DRG I09C.
- L'esistente DRG I09D ha potuto essere splittato con la logica « *Fusione di vertebre per correzione della postura 1-2 segmenti*» o « *Fusione di vertebre con stabilizzazione ventrale 3-5, dorsale 1-2 segmenti*» o « *Stabilizzazione dinamica 2 segmenti*».
- Nel **DRG di base I10** «*Altri interventi alla colonna vertebrale...*» sono state riviste le tabelle e le logiche. Nella versione tariffaria 13.0, gli interventi con « *Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale mediante osteosintesi senza fusione di vertebre, da 1 segmento*» sono raggruppati nel DRG di base.
- Negli split per il DRG I10B è stato possibile potenziare la condizione « *impianto di sostituto di corpo vertebrale in caso di sostituzione di protesi*».

In una richiesta è stata sollecitata la verifica della rappresentazione di « *impianto di protesi del polso*» nel DRG di base I32 «*Interventi su polso e mano*». Le analisi per l'elaborazione della richiesta hanno mostrato diversi insiemi di casi che non erano adeguatamente rappresentati.

- Il DRG I32A esistente è stato splittato in un nuovo DRG I32A e un DRG I32B. I casi con un « *trattamento complesso della mano da 7 giorni di trattamento*» o un « *intervento su localizzazioni multiple*» sono raggruppati nel DRG I32A e in tal modo sono rivalutati.
- Nel nuovo DRG I32B sono raggruppati i casi con un « *intervento in più tempi*» o una « *sostituzione totale del polso*».
- Nelle tabelle degli split per i DRG I32B e I32C sono stati eliminati codici CHOP come il codice 04.43.00 «*Liberazione del tunnel carpale, NAS*» e altri codici, e sulla base dei dati hanno potuto essere rivalutati nuovi codici, come il codice 81.97.16 «*Revisione e sostituzione di endoprotesi dell'articolazione della base del pollice*».

I casi con bassi numeri di punti risorse per terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC non sono adeguatamente rappresentati nella partizione operatoria della MDC 08 ed è stato dimostrato che questi casi presentano spesso un intervento multiplo.

- Inclusione della condizione di split « *terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse e procedure OR specifiche in più tempi*» 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 OR complessa o procedura OR specifica in più tempi*».

- Le analisi hanno inoltre dimostrato che le condizioni di split dei DRG I95A e I95B non potevano più essere considerate come separatori di costi. I due DRG sono stati condensati nel DRG I95Z.

Sulla base di una richiesta è stata esaminata la rappresentazione di casi con una *«lesione dei tessuti molli di II grado»* entro il DRG di base I02 *«Trapianto di tessuto/cute altamente impegnativo, eccetto che nella mano o procedure OR specifiche in quattro tempi o intervento microvascolare»*.

- Nell'analisi dei dati, i casi con una lesione dei tessuti molli di II grado hanno mostrato una valutazione eccessiva e sono stati quindi svalutati nel DRG I02B.
- Nel DRG I02A della versione 13.0 sono ora raggruppati solo i casi con una lesione dei tessuti molli di III grado.

Un richiedente ha chiesto di verificare la rappresentazione di casi con una sostituzione di protesi dell'anca o del ginocchio nell'ambito di una sostituzione di protesi in due tempi a breve termine in una degenza ospedaliera. Si tratta di un principio terapeutico innovativo. Secondo il richiedente, la struttura tariffaria è progettata per una strategia di sostituzione che prevede un intervallo (p. es. una degenza di riabilitazione) tra gli interventi chirurgici. Purtroppo SwissDRG SA non è stata in grado di identificare questi due ricoveri nei dati, poiché nella maggior parte dei casi tra i due ricoveri erano trascorsi più di 18 giorni. Con l'aiuto del richiedente e il suo supporto con combinazioni di casi è stato comunque possibile eseguire una verifica adeguata dei dati e relative simulazioni.

- Il risultato ha mostrato che questi casi – con rimozione di una protesi e nuovo impianto durante lo stesso ricovero – hanno un elevato consumo di risorse e nella struttura tariffaria della versione 12.0 non erano adeguatamente rappresentati.
- Il DRG di base I03 *«Revisione o sostituzione dell'anca con diagnosi complicante o artrodesi o età < 16 anni o interventi bilaterali o interventi maggiori multipli su articolazioni degli arti inferiori con intervento complesso»* ha potuto essere splittato con la condizione del codice ICD T84.5 *«Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna»* e, in due giorni diversi, una *«Rimozione di protesi totale dell'anca»* e un *«Impianto di protesi totale dell'anca per sostituzione di protesi»*. Inoltre, i casi con un'elevata comorbilità sulla base dei dati di costi e prestazioni si adattavano molto bene al nuovo DRG I03A, e nello split ha potuto essere integrata la condizione *«PCCL > 4»*. In tal modo i casi con grande assorbimento di risorse risultano rappresentati in modo adeguato.
- L'esistente DRG I04A è stato nuovamente splittato in un nuovo DRG I04A *«Revisione o sostituzione del ginocchio con diagnosi complicante e intervento in due tempi o CC gravissime»*. La condizione è anche qui il codice ICD T84.5 *«Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna»* e, in due giorni diversi, una *«Rimozione di protesi totale standard del ginocchio»* e *«Impianto di protesi totale standard del ginocchio per sostituzione di protesi»*. Anche qui è stato possibile inserire la logica *«PCCL > 4»*.
- Con queste ristrutturazioni, nella struttura tariffaria della versione 13.0 è possibile garantire che i casi con ricovero ospedaliero in caso di sostituzione di protesi in due tempi a breve termine vengano adeguatamente remunerati e che vengano eliminati i falsi incentivi.

Un richiedente ha segnalato la sottorimunerazione di casi con interventi specifici in caso di neoplasia maligna dei tessuti molli entro il DRG di base I27 *«Interventi sui tessuti molli»* e ha chiesto di verificare la rappresentazione di questi casi.

- Il risultato è stata una rivalutazione dei codici ICD C49.- *«Tumore maligno del tessuto connettivo e di altri tessuti molli»* in combinazione con un *«PCCL > 2»* o *«innesti specifici di lembi muscolari o fasciali»* nel DRG I27A, poiché avevano un elevato consumo di risorse.

Un'analisi nella MDC 08 ha dimostrato che entro il DRG di base I08 «*Altri interventi su anca e femore*», i DRG I08A e I08B non presentavano differenze di costi.

- I DRG I08A e I08B sono stati condensati nel DRG I08A «*Altri interventi su anca e femore con CC estremamente gravi e intervento multiplo o procedura complessa o diagnosi complessa, o paresi cerebrale specifica*».

Da analisi di singoli casi nei dati del 2021 è emerso che nel DRG I23B «*Interventi specifici eccetto che su anca e femore, età > 11 anni e interventi specifici sulla colonna vertebrale o sul bacino*» i casi impegnativi non erano ben rappresentati. Un esame approfondito ha evidenziato casi con un aumento di «*comorbidità e complicanze*».

- Negli split per il DRG I23A, l'inclusione della condizione «*PCCL > 3*» ha portato a una corretta rivalutazione di questi casi.

3.2.11. Malattie della pelle e della mammella MDC 09

In due richieste è stata sollecitata una rivalutazione delle mammoplastiche con innesto e rete di rinforzo. I richiedenti hanno sottolineato che in caso di mastectomia con contemporanea ricostruzione della mammella con innesti viene spesso utilizzato per la stabilizzazione un sostituto/rinforzo del tessuto (codice CHOP 00.9A.2* «*Tipo di materiale usato per la sostituzione e il rinforzo del tessuto*»). In questo modo si evitano, tra l'altro, anche interventi di ricostruzione in due tempi. Tuttavia, a causa degli elevati costi (materiali) queste costellazioni di casi risultano fortemente sottorimunerate.

- Nelle nostre analisi abbiamo testato tutti i materiali per la sostituzione/rinforzo del tessuto con i codici CHOP 00.9A.2* nella MDC 09.
- Solo i casi con il codice CHOP 00.9A.2A «*Impiego di matrice acellulare proveniente da tessuto umano o animale*» presentavano una sottorimunerazione. Per tutti gli altri tipi di tessuto non è stata riscontrata una generale sottorimunerazione.
- Il codice CHOP 00.9A.2A è stato incluso nella tabella delle «*Procedure mediche*» e, inoltre, è stato rivalutato nei DRG J06A e J23A.
- Con questa ristrutturazione è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata.

Un utente ci ha fatto notare che i casi con una diagnosi principale di «*sarcoidosi in altre localizzazioni*», che non sono correlati a una «*sarcoidosi polmonare*», non sono rappresentati correttamente nella MDC 04.

- Solo pochi casi erano interessati da questa costellazione, soprattutto casi con il codice ICD D86.3 «*Sarcoidosi della cute*».
- Per promuovere l'omogeneità medica, il codice ICD D86.3 è stato spostato nella tabella delle diagnosi principali della MDC 09 e nel DRG di base J64 «*Infezione/inflammatione della pelle e del tessuto sottocutaneo*».
- In queste posizioni i casi sono rappresentati in modo appropriato.

Nell'ambito di ulteriori analisi è emerso che i casi con i codici ICD Q81.1 «*Epidermolisi bollosa atrofizzante letale*» o Q81.2 «*Epidermolisi bollosa distrofica*» come diagnosi principale non sono adeguatamente rappresentati.

- Con la rivalutazione di queste diagnosi nel DRG di base J61 «*Malattie gravi o moderatamente gravi della pelle o ulcera cutanea per paraplegia o tetraplegia, più di un giorno di degenza*» è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate.

A seguito di un'altra ristrutturazione inter-MDC era stato notato che nel DRG J24A lo split sulla base di «*rimozione e impianto di protesi o mammoplastica*» non produceva più alcun effetto di separazione dei costi.

- La simile struttura dei costi nei DRG J24A e J24B ha portato alla eliminazione dello split e alla condensazione dei due DRG. In questo modo si mantiene un'adeguata remunerazione dei casi.

Nell'ambito di un'altra ristrutturazione era stata notata l'anomalia del codice ICD C79.2 «*Tumore maligno secondario della cute*» in tabelle per le neoplasie maligne della mammella. Questa situazione è stata considerata non più appropriata.

- Di conseguenza, il codice è stato spostato nel DRG di base J61 «*Malattie moderatamente gravi della pelle...*» e rimosso dai DRG con interventi per neoplasia maligna della mammella (DRG di base J06, J14, J23, J25 e J62).

3.2.12. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10

Un richiedente ha sottolineato che i casi con tiroidectomia completa (codici CHOP 06.4-06.5), a differenza dei casi con emitiroidectomia (codici CHOP 06.2-06.3), hanno un ricovero ospedaliero più a lungo e di conseguenza presentano costi più elevati. È stato proposto uno split del DRG K06B in K06C con «*emitiroidectomia*» e K06B con «*tiroidectomia totale*».

- Le analisi hanno potuto individuare un separatore dei costi tra i casi con tiroidectomia totale e quelli con emitiroidectomia.
- Uno split del DRG K06B nei DRG K06B e K06C con i codici CHOP 06.4X.10 «*Tiroidectomia completa [totale] senza paratiroidectomia*» e 06.4X.11 «*Tiroidectomia completa [totale] con paratiroidectomia*» si è rivelato appropriato ed è stato implementato di conseguenza.

3.2.13. Malattie dell'apparato urinario MDC 11

È stato dimostrato che casi nel DRG L70B da un giorno di degenza erano più impegnativi che nel DRG L70A. Il precedente split pediatrico si è rivelato non più appropriato.

- I casi sono raggruppati ora con il codice CHOP 59.8X* «*Cateterizzazione ureterale*» nel DRG L70A «*Malattie e disturbi dell'apparato urinario con cateterismo ureterale, un giorno di degenza*».
- I bambini < 16 anni senza procedura sono raggruppati ora nel DRG L70B.

Numerose analisi hanno anche dimostrato che casi con i codici ICD D59.3 «*Sindrome emolitica-uremica*» o M31.1 «*Microangiopatia trombotica*» in combinazione con plasmafaresi o dialisi non sono adeguatamente rappresentati nel sistema.

- Questi casi sono ora raggruppati nel DRG L37B «*Malattie e disturbi dell'apparato urinario con terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*», in modo da ottenere una loro corretta rappresentazione.

I casi con una diagnosi principale a livello di rene (N00* -N28*, Q60*, Q61* e Z94.0) presentano costi e durata di degenza più elevati nel DRG L68B rispetto ai casi con una diagnosi principale che interessa la vescica (N29-N39, N99.5, N99.8, S37.2*, S37.3*, T19.0, T19.1, T85.71, Z43.5 e Z43.6). Secondo il richiedente, ciò è dovuto al fatto che nei trattamenti in ambito renale è interessato l'intero organismo, mentre la vescica può essere trattata spesso in modo isolato. Si propone quindi di rivalutare i casi con diagnosi renali nel DRG L68A. Inoltre, per il DRG L68A è stato richiesto di ridurre la condizione di split da «*età < 16 anni*» a «*età < 12 anni*».

- È stata identificata una caratteristica distintiva tra diagnosi principali a livello di rene e diagnosi a livello di vescica in grado di separare i costi.
- Varie analisi hanno stabilito che rivalutazioni dei codici ICD proposti nel DRG L68A e l'adeguamento dell'età porterebbero a una notevole sovrarimunerazione dei casi.
- È stato quindi proposto uno split del DRG L68B nei DRG L68B e L68C.
- Il nuovo DRG L68B contiene la condizione «*diagnosi principale di nefropatia*» con i codici N00* -N28*, Q60*, Q61* e Z94.0 proposti dal richiedente e l'aggiunta del codice N29* «*Altri disturbi del rene e dell'uretere...*».
- Le condizioni di split per il DRG L68A e il nuovo DRG L68C rimangono le stesse.

3.2.14. Apparato genitale maschile MDC 12

In una richiesta è stato proposto di rivalutare gli interventi (multipli) nei pazienti con il codice N49.80 «*Gangrena di Fournier nell'uomo*».

- Nel corso delle analisi è stato dimostrato che casi con il codice N49.80 «*Gangrena di Fournier nell'uomo*» in combinazione con «*Interventi su testicoli, scroto e tunica vaginale*» (61.* e segg.) non sono ancora adeguatamente rappresentati nella MDC 12. Di conseguenza, la diagnosi N49.80, in combinazione con interventi chirurgici su testicoli, scroto e tunica vaginale, è stata inclusa nel DRG di base M09 e nello split del DRG M09A.
- Inoltre, i codici CHOP per «*procedure operatorie su cute e tessuto sottocutaneo*» (86.ss) e «*sbrigliamenti chirurgici di grande estensione*» sono stati inclusi nel DRG M09B. In tal modo i casi sono rivalutati e ricevono una remunerazione adeguata alle risorse impiegate.
- Una rivalutazione degli interventi multipli (come richiesto) ha comportato un peggioramento dei risultati, in quanto da un lato i casi interessati hanno costi giornalieri bassi e, dall'altro, i lungodegenti sono meglio remunerati con l'aiuto dei supplementi.

È stata ricevuta un'altra richiesta con l'indicazione che la diagnosi N41.0 «*Prostatite acuta*» nel DRG M62Z è meno remunerata rispetto alla diagnosi N30.0 «*Cistite acuta*» nel DRG L63D, nonostante il trattamento più impegnativo con terapia antibiotica e degenza più prolungate. È stato richiesto di strutturare il raggruppamento in modo che rifletta il maggiore onere in termini di costi.

- A seguito delle nostre analisi non abbiamo potuto confermare questa osservazione, bensì una situazione contraria. Nei nostri dati si sono rivelati più costosi i casi con cistite acuta.
- Tuttavia, il DRG M62Z «*Infezione o infiammazione dell'apparato genitale maschile*» ha potuto essere splittato con la condizione «*PCCL > 2*», favorendo la rivalutazione di casi con diagnosi secondarie rilevanti.

3.2.15. Apparato genitale femminile MDC 13

Abbiamo ricevuto da un'utilizzatrice una preziosa indicazione secondo la quale esiste una remunerazione deficitaria nel raggruppamento dell'isterectomia radicale. La «*Isterectomia totale*» (68.41), in combinazione con altre procedure, raggruppa nel DRG N01C ed è quindi maggiormente remunerata della «*Isterectomia radicale*» (68.61) nella stessa costellazione, che raggruppa nel DRG N11A.

Analisi intensive hanno portato a modificare i DRG di base N01 e N04 in una ristrutturazione più ampia e a splittarli in modo più differenziato.

- È stato dimostrato che è opportuno raggruppare la rappresentazione dei diversi tipi di isterectomia in DRG propri. Il DRG di base N01 è stato convertito in un DRG per la rappresentazione dell'isterectomia per neoplasia maligna, mentre nel nuovo DRG di base N04 è rappresentata l'isterectomia senza neoplasia maligna.

- In particolare, il DRG di base N01 contiene i codici per isterectomia radicale, totale o subtotale, citoriduzione, interventi addominali maggiori o eviscerazione pelvica per neoplasia maligna. Nel DRG N01A vengono raggruppati i casi con «*Isterectomia con CC estremamente gravi o terapia intensiva complessa > 119 punti risorse o intervento addominale maggiore con linfadenectomia, o citoriduzione o eviscerazione pelvica nella donna o intervento addominale maggiore o linfadenectomia con CC gravi, per neoplasia maligna*». Nel DRG N01B sono rappresentati i casi con «*Isterectomia o citoriduzione o eviscerazione pelvica nella donna o intervento addominale maggiore o linfadenectomia, per neoplasia maligna*». Il DRG N01C contiene la «*Isterectomia radicale o linfadenectomia regionale per neoplasia maligna*» e il DRG N01D ogni «*Isterectomia per neoplasia maligna*» non ancora raggruppata altrove.
- Senza neoplasie maligne, un'isterectomia raggruppa nel DRG N04, come in precedenza. Nuovi split portano a una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate. Nel DRG N04A sono raggruppati i casi con «*Isterectomia eccetto che per neoplasia maligna con CC estremamente gravi o terapia intensiva complessa > 119 punti risorse, o linfadenectomia o diagnosi specifica con CC gravi*». Nel DRG N04B sono rappresentati i casi con «*Isterectomia eccetto che per neoplasia maligna con CC estremamente gravi o terapia intensiva complessa > 119 punti risorse, o linfadenectomia o diagnosi specifica*». In particolare, la diagnosi N80.5 «*Endometriosi dell'intestino*» ha rivelato di essere associata a costi elevati. Tutte le altre isterectomie senza neoplasia maligna vengono raggruppate nel DRG N04C.
- Le linfadenectomie non sono più rappresentate nel DRG di base N04, ma sono invece raggruppate nel DRG di base N06, dove sono adeguatamente rappresentate.
- Queste ristrutturazioni hanno comportato adeguamenti anche nel DRG N33Z. La «*procedura OR specifica in quattro tempi*» è stata sostituita dalla «*procedura OR specifica in più tempi*». Inoltre, come condizione è stato inserito un valore PCCL > 4 con interventi specifici. Poiché il DRG N33Z è molto in alto nella gerarchia di interrogazione, rappresenta numerosi casi con grande assorbimento di risorse.

In un'altra richiesta ci è stato chiesto di rivalutare la sospensione e fissazione laparoscopica del DRG N06C (codici CHOP 70.77, 70.78 e 69.22 in combinazione con 54.21.20). La richiesta interessava anche la colpectomia (70.4X.20 e -30), che era già stata rivalutata nel DRG N06A, sebbene secondo il richiedente presentasse costi medi addirittura più bassi.

- Le nostre analisi hanno fatto sì che il codice CHOP 70.77 «*Sospensione e fissazione della vagina*» potesse essere incluso nella tabella esistente del DRG N06B (in cui erano già inclusi i codici 70.78 e 69.22). Inoltre, con il codice CHOP 54.21.20 «*Laparoscopia, via d'accesso per interventi chirurgici (terapeutici)*» è stata introdotta una condizione supplementare. I casi senza laparoscopia vengono quindi raggruppati nel DRG N06C. In entrambi i DRG N06B e N06C aumentano i cost-weight e l'omogeneità dei costi.
- Inoltre, i casi con una colpectomia nel DRG N06A si sono rivelati poco costosi. Di conseguenza, la colpectomia è stata di nuovo svalutata nel DRG N06B. Questo rafforza ancora una volta il risultato e alla fine porta a un miglioramento e a una adeguata remunerazione di tutti i casi.
- Anche il DRG di base N04 è stato rivisto nell'ambito di ampie ristrutturazioni. In questo DRG sono ora rappresentate principalmente le isterectomie. I criteri di split esistenti, come le procedure impegnative in caso di isterectomia, non erano più funzionali. Pertanto, l'isterectomia con gli interventi supplementari 70.77/70.78/69.22 non ha potuto essere rivalutata nella versione 13.0.

3.2.16. Neonati MDC 15

Nel catalogo CHOP 2021 è stato inserito il nuovo codice 99.A8.1- «*Diagnostica neonatologica e sorveglianza in unità di terapia neonatale (speciale, intermedia, intensiva),...*». Con la fornitura dei dati 2021, SwissDRG SA ha potuto verificare questa nuova rappresentazione sulla base dei dati di costo.

- I codici CHOP 99.A8.12; -.13; -.14 «*Diagnostica neonatale..., da più di 24 ore*» sono stati inclusi nella MDC 15 e rappresentati come criterio di split nei DRG P60B, P67A e P66B a integrazione delle logiche esistenti con «*trattamento complesso IMC > 196 punti risorse*».

L'isolamento di un neonato negativo al COVID entra nel P67C, mentre un trattamento complesso fino a 6 giorni di trattamento di un neonato entra nel DRG P67D con valutazione inferiore. Un richiedente ha quindi chiesto di verificare se l'equiparazione dei codici CHOP 93.59.50 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, fino a 6 giorni di trattamento*» e 99.84.25 «*Isolamento da goccioline, fino a 6 giorni di trattamento*» potesse consentire una rappresentazione più adeguata.

- I codici CHOP 93.59.50 - 53 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, fino a 6 giorni di trattamento – 21 e più giorni di trattamento*» sono stati inclusi nel DRG P67C ed equiparati ai codici CHOP 99.84.25 – 2F «*Isolamento da goccioline, fino a 6 giorni di trattamento – 84 e più giorni di trattamento*».
- In tal modo è stata ottenuta una rappresentazione più adeguata.

Nell'ambito di ulteriori verifiche della MDC 15 è stato rilevato che i codici ICD Z38.3-Z38.5 «*Nati vivi secondo il luogo di nascita, gemelli...*» e Z38.6-Z38.8 «*Nati vivi secondo il luogo di nascita, parto multiplo...*» nel DRG P67 avevano una valutazione troppo elevata.

- La condizione di split «*neonato multiplo...*» è stata rimossa dal DRG P67B.

Inoltre, i codici ICD sottovalutati P21.0 «*Asfissia grave alla nascita*» e P07.2 «*Immaturità estrema*» sono stati spostati da «*Altri problemi nel neonato*» alla funzione «*Problema grave nel neonato*» per rivalutarli.

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

Nei dati, i DRG Q03A e Q03B hanno dimostrato bassi numeri di casi e le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.

- Pertanto, i DRG Q03A e Q03B sono stati condensati nel DRG Q03Z «*Interventi minori per malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario*».

3.2.18. Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

È stato dimostrato che le condizioni di split dei DRG R50B e R50C non sono in grado di separare i costi.

- Pertanto, i DRG R50B e R50C sono stati condensati nel DRG R50B «*Chemioterapia altamente complessa due schemi terapeutici o chemioterapia altamente complessa con isolamento protettivo da 14 giorni di trattamento o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/360 punti risorse*».

Anche i DRG R63D e R63E sono stati condensati nel DRG R63D «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza, età < 18 anni con chemioterapia complessa*» a causa di un numero di casi troppo basso.

I pazienti con un prelievo autologo di cellule staminali che nel corso della stessa degenza ricevono successivamente una chemioterapia, a causa dello spostamento nel DRG di base A42 «*Prelievo di midollo osseo o di cellule staminali, autologo*» vengono raggruppati nel DRG di base R60 «*Leucemia mieloide acuta...*» della MDC. Qui, le analisi dei dati avevano mostrato una sottorimunerazione.

- La logica «*chemioterapia e prelievo di cellule staminali ematopoietiche, autologo*» ha potuto essere inclusa come criterio di split per il DRG R60B. Questi casi risultano ora rappresentati in modo adeguato.

3.2.19. HIV MDC 18A

Negli ultimi anni, pochi casi con malattia da HIV sono stati raggruppati nella MDC 18A come causa principale della degenza ospedaliera. Le manifestazioni speciali di una malattia da HIV sono state assegnate alle restanti MDC per organi in base alla loro diagnosi principale (p. es. stomatite da candida [ICD B37.0]). Non era quindi ragionevole mantenere una MDC propria per la rappresentazione delle malattie da HIV, per cui la MDC 18A è stata eliminata. Le diagnosi principali «*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)*» (codici B20-B24) sono ora assegnate alla MDC 18B e al DRG di base T63 «*Malattia di origine virale*».

3.2.20. Malattie infettive e parassitarie MDC 18B

Nel DRG T60G «*Setticemia, decesso < 5 giorni dopo l'ammissione*» sono emersi casi impegnativi che erano sottorimunerati.

- L'esame di questi casi ha dimostrato che tutti questi casi hanno almeno una procedura OR, per cui sono più costosi e sarebbero adeguatamente rappresentati nel DRG T60F.
- Pertanto, la condizione di split per il DRG T60F è stata ampliata con «*o procedura OR*».

3.2.21. Malattie e disturbi psichici MDC 19

Un richiedente ci ha fatto notare che le operazioni di femminilizzazione facciale per la disforia di genere da uomo a donna richiedono molto tempo e nella maggior parte dei casi vengono eseguite da due équipe chirurgiche. Di conseguenza questi casi sono molto costosi e nel DRG U01B risultano sottorimunerati.

- Le nostre analisi hanno confermato una sottorimunerazione di casi con il codice CHOP 76.2X.12 «*Asportazione di tessuto (osteotomia modellante) delle ossa facciali*» nel DRG U01B.
- Questo codice CHOP è stato quindi incluso nella condizione di split per il DRG U01A «*Intervento di trasformazione del sesso con intervento complesso o impegnativo*» e in tal modo rivalutato.

Sempre per quanto riguarda il DRG di base U01 è stata presentata un'ulteriore richiesta di analisi di omogeneità del DRG U01A su potenziali separatori di costi, in particolare per quanto riguarda il trattamento complesso UCI/IMCU < 553 punti risorse e operazioni successive.

- Nelle nostre analisi i punti risorse UCI o IMCU non si sono rivelati in grado di separare i costi.
- Tuttavia, i casi con interventi multipli in giorni diversi nel DRG U01B erano sottorimunerati.
- Mediante ampliamento delle condizioni di split per il DRG U01A con la funzione «*Procedure OR specifiche in più tempi*», questi casi sono stati rivalutati e nel DRG U01A sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

È stato dimostrato che le condizioni di split «*età < 18 anni o CC estremamente gravi*» per il DRG U63A non sono più una caratteristica in grado di separare i costi.

- I DRG U63A e U63B sono stati quindi condensati nel DRG U63Z «*Disturbi affettivi o deliranti gravi, più di un giorno di degenza*».

3.2.22. Politrauma MDC 21A

Nel DRG W01A «*Politrauma con terapia a pressione negativa complessa o intervento microvascolare o terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse...*» sono stati osservati casi molto impegnativi che sono sottorimunerati.

- Le analisi hanno dimostrato che si tratta principalmente di casi con un PCCL > 3 o in cui sono stati effettuati interventi su localizzazioni multiple.
- Ampliando la condizione di split per il DRG di base W36 con PCCL > 3 e la funzione «*Interventi su localizzazioni multiple*» in combinazione con altre costellazioni specifiche, questi casi impegnativi sono stati rivalutati nel DRG di base W36, dove sono rappresentati in modo adeguato.

3.2.23. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci MDC 21B

A seguito di verifiche nei DRG di base 901 «*Procedura OR estesa non correlata con la diagnosi principale*» e 902 «*Procedura OR non estesa non correlata con la diagnosi principale*» sono stati notati diversi casi con interventi sul testicolo con rappresentazione non adeguata. L'assegnazione dei seguenti codici CHOP al DRG X06 nella MDC 21B ha portato a una corretta rappresentazione degli interventi sul testicolo dopo un trauma nella zona genitale.

- 62.0 «*Incisione del testicolo*»
- 62.2 «*Asportazione o distruzione di lesione testicolare*»
- 62.3X.10 «*Orchiectomia monolaterale, scrotale, senza epididimectomia*»
- 62.3X.11 «*Orchiectomia monolaterale, scrotale, con epididimectomia*»
- 62.3X.20 «*Orchiectomia monolaterale, testicolo inguinale, senza epididimectomia*»
- 62.3X.21 «*Orchiectomia monolaterale, testicolo inguinale, con epididimectomia*»
- 62.3X.30 «*Orchiectomia monolaterale, testicolo addominale, chirurgica a cielo aperto*»
- 62.3X.31 «*Orchiectomia monolaterale, testicolo addominale, per via laparoscopica*»
- 62.3X.40 «*Orchiectomia monolaterale, radicale*»
- 62.3X.99 «*Orchiectomia monolaterale, altro*»
- 62.41 «*Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento*»
- 62.42 «*Orchiectomia di testicolo residuo*»
- 62.5 «*Orchidopessia*»
- 62.61 «*Sutura di lacerazione del testicolo*»
- 62.69 «*Altra riparazione del testicolo*»

3.2.24. Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

Per identificare i casi da correggere contenenti prestazioni che possono comportare 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 nelle componenti di costo con un importo totale di CHF 129'918'939.31 per 27'887 casi dei dati di calcolo.

3.2.25. Rimunerazioni supplementari – modifiche

Sono state ora incluse le remunerazioni supplementari CHOP seguenti:

- Diagnostica genomica completa di neoplasie maligne, profilazione tumorale di più di 100 geni
- Resezione dell'aorta toracica con sostituzione con protesi ibrida

Sono state soppresse le remunerazioni supplementari CHOP seguenti:

- Terapia endovascolare selettiva con radionuclidi [SIRT]
- Terapia radiorecettoriale con l'analogo della somatostatina DOTA-coniugato TATE [octreotate]

I seguenti codici CHOP sono stati integrati nelle remunerazioni supplementari esistenti:

- Codice CHOP per tecnica con protesi in parallelo (39.73.36, 39.73.37) integrato in RS-122
- Codice CHOP per tecnica con protesi in parallelo (39.71.31, 39.71.32) integrato in RS-123
- Codice CHOP per tecnica con protesi in parallelo (39.7A.22) integrato in RS-152

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

- Argatroban, per via endovenosa
- Canakinumab, per via sottocutanea
- Caplacizumab, per via endovenosa
- Cemiplimab, per via endovenosa
- Dinutuximab beta, per via endovenosa
- Eltrombopag, per via orale
- Hemin, per via endovenosa
- Letemovir, per via endovenosa
- Osimertinib, per via orale
- Ravulizumab, per via endovenosa
- Treosulfan, per via endovenosa

Sono state cancellate le remunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Erlotinib, per via orale
- Trastuzumab, per via sottocutanea

Per la seguente remunerazione supplementare è stato definito un nuovo modo di somministrazione:

- Trastuzumab (ora anche per via sottocutanea oltre che per via endovenosa e per via intratecale)

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

- Adalimumab, per via sottocutanea/endovenosa
- Amfotericina B, per via endovena
- Antitrombina III, per via endovenosa
- Atezolizumab, per via endovenosa
- Bevacizumab, per via endovenosa
- Blinatumomab, per via endovenosa
- Fattore della coagulazione VIII, ricombinante, per via endovenosa
- Crizotinib, per via orale
- Immunoglobuline per il citomegalovirus, per via endovenosa
- Dabrafenib, per via orale
- Daratumumab, per via sottocutanea
- Fibrinogeno, umano, per via endovenosa
- Glecaprevir e pibrentasvir, per via orale
- Infliximab, per via endovenosa/sottocutanea
- Isavuconazolo, per via orale
- Macitentan, per via orale
- Obinutuzumab, per via endovenosa
- Palbociclib, per via orale

- Posaconazolo, per via endovenosa
- Rituximab, per via sottocutanea
- Romiplostim, per via sottocutanea
- Sofosbuvir e velpatasvir, per via orale
- Sofosbuvir, velpatasvir e voxilaprevir, per via orale
- Tocilizumab, per via endovenosa
- Tocilizumab, per via sottocutanea
- Ustekinumab, per via endovenosa

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state eliminate le classi di dosi inferiori:

- Abiraterone, per via orale
- Azacitidina, per via sottocutanea/endovenosa
- Lenalidomide, per via orale
- Romiplostim, per via sottocutanea

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state ottimizzate le classi di dosi e in casi singoli ampliate con classi di dosi adeguate verso il basso.

- Immunoglobuline per il citomegalovirus, per via endovenosa
- Rituximab, per via sottocutanea
- Fattore della coagulazione XIII, per via endovenosa
- Crizotinib, per via orale
- Romiplostim, per via sottocutanea
- Nivolumab, per via endovenosa
- Ruxolitinib, per via orale

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state eliminate le classi di dosi pediatriche:

- Caspofungina, per via endovenosa
- Pegfilgrastim, per via sottocutanea

Per la seguente remunerazione supplementare sono stati adeguati i limiti di età delle classi di dosi pediatriche e allo stesso tempo è stata definita una classe di dose pediatrica come classe di dose per adulti:

- Immunoglobuline, normali per uso umano, per uso intravascolare, per via endovenosa

3.3. Visione d'insieme sulla procedura di richiesta

Nel 2022 sono state presentate complessivamente, con la procedura di richiesta, 175 richieste per l'ulteriore sviluppo del sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. Di queste domande ne sono state implementate 118. Questo corrisponde a un tasso di implementazione del 67%.

3.4. Conclusioni

Con l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria nei settori della medicina intensiva e della paraplegiologia è stato creato un orientamento della struttura tariffaria proiettato al futuro.

La versione 13.0 SwissDRG è quindi una struttura tariffaria molto differenziata, il cui utilizzo consente una remunerazione appropriata e commisurata alle prestazioni in funzione della gravità dei casi per

tutte le categorie ospedaliere e ha portato ad un aumento significativo della qualità complessiva del sistema.

4. Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dettagliato è descritto nel documento «Metodo di calcolo». Rispetto alla versione 12.0, nella versione 13.0 la riduzione giornaliera per trasferimento viene ora applicata solo ai casi trasferiti la cui durata di degenza è inferiore di più di un giorno alla durata media di degenza dei casi nel rispettivo DRG. A tal fine, la formula per il calcolo della riduzione giornaliera per trasferimento è stata modificata. Ciò si traduce generalmente in riduzioni giornaliere per trasferimento nominalmente più elevate, che vengono tuttavia applicate per un giorno in meno rispetto a prima.

Inoltre, è stata rivista la ripartizione delle singole componenti di costo in costi principali, differenziali e misti.

4.1. Determinazione dei cost-weight

Per la versione 13.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1082 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 21 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno di dati 2019 a causa del basso numero di casi. Per altri 9 DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2021/2019/2018). 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

La rilevazione 2022 dei dati del 2021 comprende il 95,3% dei casi di tutta la Svizzera compresi nell'ambito di applicazione di SwissDRG. Il numero di casi di questa rilevazione di dati 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 13.0 e la somma dei cost-weight effettivi di questi casi raggruppati con la versione 12.0 siano identiche:

$$\text{Case mix}_{\text{Versione 13.0}}^{\text{Dati 2021}} = \text{Case mix}_{\text{Versione 12.0}}^{\text{Dati 2021}}$$

Il valore di riferimento per la versione 13.0 SwissDRG è pari a CHF 10'617. Per la versione 12.0 è stato calcolato un valore di riferimento di CHF 10'314.

4.3. Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni, normali e non associati a trasferimenti, per la versione 13.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 12.0. Tuttavia, a causa della redistribuzione delle componenti di costo in relazione alle componenti di costo principali, differenziali e miste, nel calcolo di supplementi e riduzioni confluiscono anche altri valori di input.

Per 631 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 13.0 risultano 184 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 190 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 12.0.

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 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

Per la versione 13.0 sono stati utilizzati i dati del 2021. I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 189 ospedali somatici acuti. Il campione degli ospedali della rete SwissDRG è di 149.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 13.0 Dati 2021	Versione 12.0 Dati 2019
Ospedali della rete	149	141
Dati complessivi	189	182

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'197'531 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti al 95,3% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 13.0 Dati 2021	Versione 12.0 Dati 2019
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'201'565	1'190'448
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'197'531	1'182'252
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'258'124	1'279'234
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'257'147	1'278'953

Per la versione 13.0 sono stati esclusi 23'264 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 12.0 erano stati esclusi 24'830 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 115'384 casi (9,8% dell'insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l'altro sono stati esclusi completamente 12 ospedali/cliniche. Inoltre, per un ospedale è stata effettuata un'esclusione parziale chiaramente distinguibile. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 13.0. Ciò ha consentito di utilizzare l'88,1% dei casi inviati a SwissDRG SA per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 13.0 è stato basato su 1'058'822 casi dell'anno 2021, oltre a 846 casi dell'anno 2019 e a 126 casi dell'anno 2018.

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG	
1'258'124	1'201'565	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'257'147	1'197'531	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'174'206	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 12 ospedali)
	1'058'822	Casi plausibili 2021 (dati di calcolo)
		+ 846 casi dai dati 2019 + 126 casi dai dati 2018

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 13.0 Dati 2021	Versione 12.0 Dati 2019*
DRG totali	1082	1077
DRG fatturabili	1078	1073
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	165	156
Rimunerazioni supplementari non valutate, allegato 3	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 11.0, 12.0 e 13.0, basati sui dati del 2021. 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 V13.0)
V13.0	2021	0,781	0,867
V12.0	2021	0,766	0,847
V11.0	2021	0,762	0,845

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.