



Rappresentazione della pediatria

Nella struttura tariffaria SwissDRG

Fa fede la versione tedesca

Sommario

1	In generale.....	3
2	Versione 10.0.....	3
2.1	Età gestazionale.....	3
2.2	Medicina intensiva	3
2.3	Altre ristrutturazioni.....	4
3	Versione 11.0.....	4
3.1	Ore di respirazione assistita (HMV).....	4
3.2	Età gestazionale.....	4
3.3	Altre ristrutturazioni.....	4
4	Versione 12.0.....	5
4.1	Osservazione preliminare.....	5
4.2	Medicina intensiva	5
4.3	Trapianti nei bambini	5
4.4	Altre ristrutturazioni.....	5
5	Versione 13.0.....	7
5.1	Età gestazionale.....	7
5.2	Medicina intensiva	7
5.3	Trapianti nei bambini	7
5.4	Altre ristrutturazioni.....	7
6	Analisi della qualità della rappresentazione	9
6.1	Valutazione per versione SwissDRG	9
6.2	Valutazione per fascia d'età	10
6.3	Valutazione per categoria di ospedale	11
6.4	Conclusione	11

1 In generale

Da anni, in ogni ulteriore sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG, si presta particolare attenzione alla pediatria.

Oltre a questa attenzione iniziale, i casi pediatrici vengono esaminati anche in tutte le fasi di sviluppo successive. Così, ad esempio, per le analisi e le trasformazioni con degenza in un'unità di terapia intensiva (UCI) o in un'unità di terapia intermedia (IMCU) o nell'ambito della medicina specializzata nel trattamento delle ustioni, vengono effettuate simulazioni e, se necessario, adeguamenti specifici per i bambini.

Inoltre, nelle trasformazioni per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria - al di fuori della MDC 15 «Neonati» - vengono effettuati adeguamenti per i bambini, ad esempio rivalutando e svalutando le diagnosi o le procedure. Anche gli split PCCL per la rappresentazione adeguata dei casi con gravi malattie concomitanti tengono conto dei casi pediatrici, ma questi non sono presentati singolarmente.

Nell'ambito della valutazione e dello sviluppo della remunerazione supplementare, ogni anno viene effettuata una revisione per determinare se sia possibile stabilire una remunerazione supplementare specifica per i bambini al fine di remunerare in maniera adeguata le prestazioni fornite.

Il presente rapporto fornisce informazioni sui principali sviluppi nel campo della pediatria dalla versione 10.0 alla versione 13.0 di SwissDRG e sul conseguente miglioramento della qualità della rappresentazione di questo campo specialistico.

2 Versione 10.0

2.1 Età gestazionale

Con i dati del 2016, è stata rilevata per la prima volta l'età gestazionale per i bambini di età inferiore a un anno. Tuttavia, la rilevazione dei dati ha rivelato che non c'erano ancora dati sufficienti per stabilire questa variabile come criterio di split. Tuttavia, quando i dati del 2017 sono stati trasmessi a SwissDRG SA, è stato fornito un numero significativamente maggiore di casi con un'età gestazionale ed è stato possibile stabilire l'età gestazionale come criterio di split in cinque DRG all'interno della MDC 15 «Neonati» già nella versione 9.0. Per la versione 10.0, SwissDRG SA ha nuovamente effettuato analisi approfondite dell'età gestazionale sui dati del 2018.

Circa l'85% di tutti i dati ha potuto essere preso in considerazione nelle simulazioni. Il restante 15% dei dati non ha potuto essere utilizzato per le simulazioni perché la variabile «Età gestazionale» non è stata inserita o è stata inserita in forma criptata. Nel complesso, rispetto agli anni precedenti, si è registrato un ulteriore aumento del numero di casi utilizzabili per le simulazioni.

Sulla base di questi dati, è stato possibile stabilire un'altra condizione di split «Età gestazionale < 30 settimane» nel DRG P03A «Neonato, peso all'ammissione 1000 - 1499 g con respirazione assistita > 479 ore o con terapia intensiva complessa...».

2.2 Medicina intensiva

L'analisi dei dati del 2018 ha mostrato ancora una volta che non tutti gli ospedali hanno codificato i codici CHOP per il trattamento complesso di terapia intensiva o in IMCU, sebbene sia stata fornita una prestazione corrispondente.

Tuttavia, in alcuni DRG, sono stati identificati casi con un elevato consumo di risorse legato a una breve degenza in UCI o in IMCU. In 10 DRG sono stati quindi apportati adeguamenti mirati ai punti risorse per i trattamenti complessi in UCI o IMCU.

2.3 Altre ristrutturazioni

In un totale di 8 DRG, i casi pediatrici sono stati rivalorizzati o sono stati adattati gli split pediatrici esistenti.

Al fine di migliorare la rappresentazione dei casi pediatrici nel trattamento del retinoblastoma, è stato creato un nuovo DRG C63A «*Neoplasie maligne della retina ed età < 16 anni*».

Trattamenti specifici, come l'isolamento da contatto, sono stati rivalutati nel DRG P67C «*Neonato, peso all'ammissione > 2499 g con altro problema...*».

3 Versione 11.0

3.1 Ore di respirazione assistita (HMV)

SwissDRG SA ha perseguito l'approccio di rinunciare in futuro alle ore di respirazione assistita come caratteristica rilevante per il raggruppamento nella struttura tariffaria.

Nell'ambito di analisi complesse, le ore di respirazione assistita sono state eliminate da tutte le logiche della struttura tariffaria e sostituite da nuovi criteri di split. Le valutazioni basate sui dati hanno dimostrato che non solo i casi con ore di respirazione assistita possono essere rappresentati adeguatamente utilizzando i punti risorse dell'UCI, ma che anche i casi in UCI senza ore di respirazione assistita potrebbero beneficiare di una migliore qualità di rappresentazione.

SwissDRG SA ha quindi deciso di continuare a perseguire questo approccio. I risultati sono stati discussi in dettaglio con i partner di SwissDRG SA e con i medici di terapia intensiva e i pediatri/neonatologi. Le analisi dovranno essere riesaminate sulla base dei dati del 2021.

3.2 Età gestazionale

La base di dati (anno di dati 2019) per la registrazione dell'età gestazionale è stata nuovamente esaminata e analizzata. Rispetto agli anni precedenti, si è potuto constatare un nuovo aumento del numero di casi utilizzabili per la simulazione.

Esaminando i singoli casi, sono stati notati alcuni casi di elevato consumo di risorse in bambini di età inferiore a un anno. Questi bambini sono stati spesso trattati per malformazioni o disfunzioni organiche. In base alla logica della struttura tariffaria, i bambini con «*Età > 27 giorni o < 366 giorni e peso superiore a 2500 g*» non sono più assegnati alla MDC 15 «*Neonati*», ma sono raggruppati in tutte le MDC. Si è quindi valutato se la qualità della rappresentazione di questi casi al di fuori della MDC 15 potesse essere migliorata tenendo conto dell'età gestazionale. L'inclusione dell'età gestazionale nelle MDC per organi come criterio di split non ha migliorato la rappresentazione di questo numero molto ridotto di casi.

Tuttavia, per il DRG P66B nella MDC 15 «*Neonati*», la logica ha potuto essere completata con «*Età gestazionale < 35 settimane*».

3.3 Altre ristrutturazioni

In un totale di 10 DRG, i casi pediatrici sono stati rivalorizzati o sono stati adattati gli split pediatrici esistenti.

4 Versione 12.0

4.1 Osservazione preliminare

Il Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA aveva deciso di non utilizzare i dati relativi ai costi e alle prestazioni dell'anno 2020 per lo sviluppo del sistema della versione 12.0. A seguito della pandemia COVID, i dati del 2020 mostravano cambiamenti in termini di numero di casi, di spettro delle prestazioni e di costi legati ai casi che erano al di fuori delle fluttuazioni abituali. L'assenza di distinzione tra i cambiamenti di costi legati al COVID e i cambiamenti di costi indipendenti avrebbe portato a distorsioni nella struttura tariffaria.

La versione 12.0 è stata quindi sviluppata sulla base dei dati del 2019. Tuttavia, per la valutazione della remunerazione supplementare sono stati utilizzati i dati del 2020.

4.2 Medicina intensiva

Grazie all'identificazione di casi con punti risorse bassi durante la degenza sia in UCI che in IMCU, è stato possibile stabilire questa logica in altre 4 MDC ed essere, quindi, rappresentata meglio.

4.3 Trapianti nei bambini

Sono state riviste le condizioni di split entro il DRG di base A04 «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, allogeneico*» e nel DRG di base A15 «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo*». È stato riscontrato che il gruppo di casi di «*Età < 16 anni*» non era adeguatamente rappresentato. Per il DRG di base A15, le condizioni di split sono state ampliate con «*Età < 16 anni*» e nel DRG di base A04 è stato creato un nuovo DRG A04A, anch'esso con «*Età < 16 anni*».

4.4 Altre ristrutturazioni

In un totale di 4 DRG, i casi pediatrici sono stati rivalorizzati o sono stati adattati gli split pediatrici esistenti.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo, sono stati identificati casi complessi con diagnosi costose all'interno della MDC 15 «*Neonati*». È emerso che alcune prestazioni, come per esempio i codici CHOP 99.A3.11-13 «*Diagnostica neuropediatrica complessa...*» e 99.A2.11 «*Diagnostica di base per complesso di sintomi non chiari nel bambino con diagnostica genetica*», nonché 99.A5.31 «*Accertamento complesso in caso di sospetto o prova di abuso infantile o...*», presentavano un elevato consumo di risorse a causa del contesto ospedaliero e interdisciplinare e dei vari aspetti interdisciplinari. Di conseguenza, queste prestazioni sono state rivalutate nei DRG di base P05 «*Neonato, peso all'ammissione > 1999 g con procedura OR significativa o...*» e P66 «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g o peso all'ammissione > 2499 g con costellazioni specifiche...*».

Nella MDC 15 «*Neonati*» sono stati notati altri casi che hanno generato un chiaro onere aggiuntivo dovuto a diversi interventi. Questi casi sono stati integrati nel DRG P02 con la funzione «*Interventi in più tempi*». Un'adeguata rappresentazione dei casi costosi è stata ottenuta anche attraverso punti risorse di trattamento complesso in UCI e/o in IMCU.

Alcuni casi con i codici CHOP per «*Riparazioni di ernia diaframmatica,...*» sono stati rappresentati in modo diverso nella MDC 15. Pertanto è stata condotta un'equiparazione di questi codici nel DRG di base P02 «*Interventi cardiotoracici o vascolari o intervento in più tempi su neonati*».

Nel DRG R63D «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza,...*» sono apparsi casi con un deficit di copertura dovuto alla chemioterapia intensiva. Un nuovo split del DRG R63D con il codice CHOP

99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*» ha permesso soprattutto di migliorare la remunerazione dei casi pediatrici.

È stata stabilita una remunerazione supplementare per la somministrazione orale di Risdiplam, particolarmente utilizzato nel trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA). Inoltre, sono state create o ampliate le classi di dose per i bambini per le remunerazioni supplementari per l'Immunoglobulina umana antiepatite B, il Tocilizumab e il Ruxolitinib.

5 Versione 13.0

5.1 Età gestazionale

Per lo sviluppo della versione 13.0, sono state effettuate nuovamente analisi approfondite sui dati 2021 per i casi con «Età > 27 giorni o < 366 giorni e un peso superiore a 2500 g» associati a una bassa età gestazionale. Questi casi non sono stati raggruppati nella MDC 15 «Neonati» sulla base del peso all'ammissione o dell'età, ma sulla base della diagnosi principale all'interno delle MDC per organi. Questo gruppo molto ristretto di casi era costituito da neonati prematuri con ricoveri ospedalieri ripetuti. Anche in questo caso si è rivelato inadeguato stabilire l'età gestazionale al di fuori della MDC 15 come caratteristica rilevante per il raggruppamento. Per rappresentare meglio questi casi, sono stati aggiunti nuovi split per bambini «Età < 1 anno».

5.2 Medicina intensiva

Il principale punto di sviluppo della versione 13.0 sui dati per l'anno 2021 è stata una revisione completa della rappresentazione dei casi di terapia intensiva. L'attenzione si è concentrata sulla sostituzione delle ore di respirazione assistita come caratteristica rilevante per il raggruppamento. A partire dai dati del 2019, è stato dimostrato che i casi di trattamento possono essere adeguatamente rappresentati attraverso i punti risorse della terapia intensiva complessa. Poiché questo risultato è stato confermato anche sulla base dei dati del 2021, la struttura tariffaria per il settore della terapia intensiva è stata rivista a livello della MDC. A questo proposito sono state necessarie complessivamente più di 1 000 simulazioni. Le logiche per le ore di respirazione assistita nei DRG sono state gradualmente rimosse e, se necessario, sono stati creati nuovi elementi logici. In tal modo è stato possibile migliorare anche la rappresentazione di casi altamente impegnativi.

Come negli anni precedenti, la rappresentazione dei casi pediatrici si è rivelata difficile a causa dei punti risorse non sufficientemente differenziati di terapia intensiva complessa e terapia intensiva per neonati e bambini con punti risorse più bassi. Tuttavia, i codici CHOP aggiuntivi per i punti risorse bassi erano disponibili solo con il catalogo CHOP 2022. A causa di questa situazione, per la versione V13.0 del catalogo (catalogo CHOP 2021) sono stati aggiunti dei segnaposto con «HMV > 24 ore» o «HMV > 12 ore» nella MDC 04 «Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio» nel DRG di base E90 e nella MDC 15 «Neonati» nel DRG di base P60. Con la versione 13.0 versione pianificazione 1 (catalogo CHOP 2022), questi segnaposto sono stati sostituiti dalla condizione «Terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse».

5.3 Trapianti nei bambini

Le analisi generali dei DRG sull'omogeneità dei costi hanno dimostrato che le condizioni di split per il DRG A15A «Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo,...» non sono più dei separatori di costi. La logica è stata rivista sulla base dei dati dell'anno 2021. Nella versione 13.0, solo i casi con «Età < 18 anni» sono raggruppati nel DRG A15A.

5.4 Altre ristrutturazioni

In un totale di 10 DRG, i casi pediatrici sono stati rivalorizzati o gli split pediatrici esistenti sono stati adattati.

Nel DRG di base A43, i casi altamente costosi erano meglio rappresentati con la condizione «terapia a pressione negativa complessa ed età < 16 anni».

I bambini con una paralisi cerebrale codici ICD G80.- raggruppati nel DRG A97G sono stati sottorimunerati. È stata pertanto inclusa una nuova tabella con «Paralisi cerebrale infantile» nella condizione di split per il DRG A97E.

I casi della MDC 19 «*Malattie e disturbi psichici*» sono stati raggruppati nel DRG di base A92 «*Terapia del dolore multimodale per malattie specifiche o..., senza procedura OR*» in combinazione al trattamento multimodale del dolore, mentre i bambini della MDC 19 senza trattamento multimodale del dolore sono stati meglio posizionati nel DRG di base U64. L'inclusione del criterio di split «*Età < 16 anni*» nel DRG A92B ha permesso di equiparare i bambini nei due DRG di base U64 e A92.

Durante le verifiche di omogeneità nella MDC 01 «*Malattie e disturbi del sistema nervoso*», è stato notato che alcuni codici ICD non erano adeguatamente rappresentati. Con l'inclusione dei codici ICD P11.59 «*Trauma da parto della colonna vertebrale e del midollo spinale...*» e T09.3 «*Traumatismo del midollo spinale...*» nel DRG di base B60 «*Paraplegia/tetraplegia*» e l'integrazione dei codici ICD P11.50 «*Trauma da parto della colonna vertebrale e del midollo spinale...*», S34.18 «*Altra lesione del midollo spinale lombare*» e S34.38 «*Altri e non specificati traumatismi della cauda equina*» nella tabella globale MDC «*Paraplegia/tetraplegia*», questi casi sono stati rivalutati.

Nell'ambito della revisione del settore della medicina intensiva, una rilevanza di raggruppamento dei codici CHOP 93.9F.12 e 93.9F.22 «*Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso [sistema HFNC]...*», è stata esaminata e implementata nelle funzioni «*Neonato con problemi gravi*» e «*Neonato con problemi gravi multipli*». Analogamente, i codici CHOP 93.9E* «*Ventilazione non invasiva fuori da un'unità di cure intensive*» sono stati stabiliti come criteri di split per i DRG E77C, E65A ed E70A.

All'interno della MDC 15, i nuovi codici CHOP 99.A8.- «*Diagnostica neonatologica e sorveglianza in unità di terapia neonatale (speciale, intermedia, intensiva), secondo la durata*» sono stati equiparati al codice CHOP 99.B8.31 «*Trattamento complesso IMC in età neonatale, da 197 a 392 punti risorse*».

Con l'inclusione dei codici CHOP 93.59.50 - 53 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, 21 giorni e più di trattamento*» nel DRG P67C e l'equiparazione dei codici CHOP 99.84.25 - 2F «*Isolamento da goccioline, fino a 6 giorni di trattamento - 84 giorni e più di trattamento*», è stato possibile rappresentare adeguatamente queste procedure.

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. Per questa ragione, la condizione di split «*Neonato multiplo...*» è stata rimossa dal DRG P67B.

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

Il DRG P60C esistente è stato diviso per rappresentare meglio i casi costosi con le condizioni «*Problemi gravi multipli nel neonato*» o «*trasferito all'ammissione*». Il risultato per la versione 13.0 è un nuovo DRG P60D, utilizzato anche per la fatturazione dei neonati nella casa per partorienti.

È stata introdotta una remunerazione supplementare per la somministrazione endovenosa di Dinutuximab bêta, particolarmente utilizzato nel trattamento del neuroblastoma nei bambini.

6 Analisi della qualità della rappresentazione

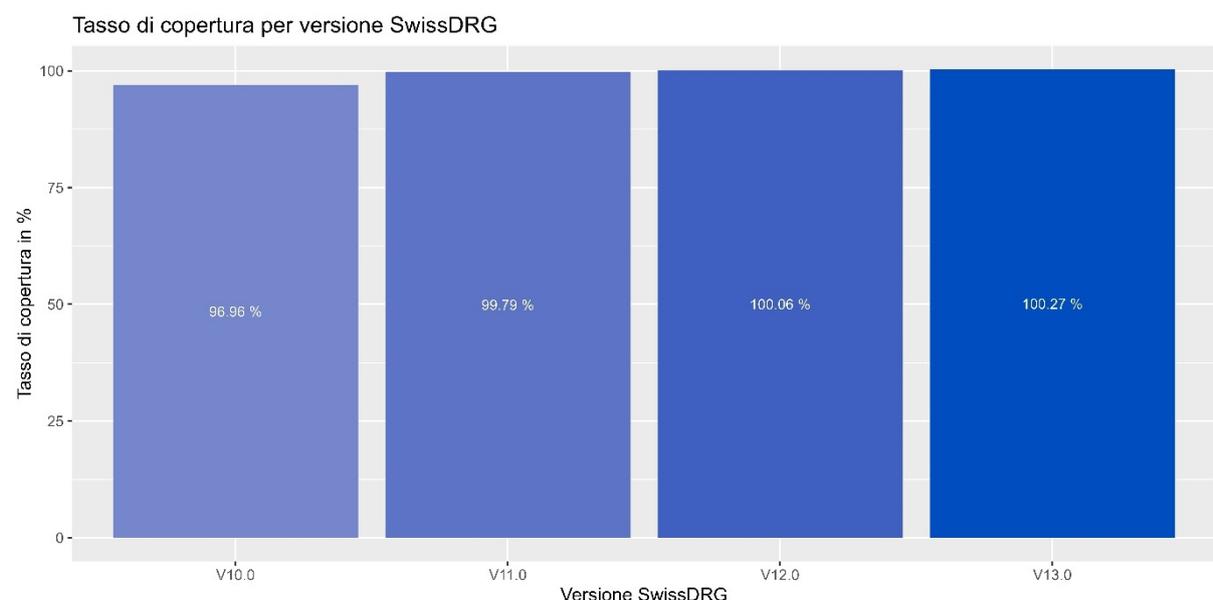
Al fine di procedere a un'osservazione pertinente della qualità della rappresentazione per versione, i casi sono stati dapprima raggruppati sulla base dei dati dell'anno 2021 secondo le versioni 10.0, 11.0, 12.0 e 13.0 di SwissDRG.

Per effettuare un'analisi del tasso di copertura, è stato calcolato un prezzo base ipotetico per ogni versione. Il prezzo base ipotetico è determinato in modo tale che i dati somatici acuti per l'intera Svizzera per l'anno 2021 (base di dati per il calcolo) siano finanziati in misura media e quindi non presentino né profitti né perdite cumulative. La tabella seguente mostra il prezzo base ipotetico per i dati del 2021 in base alla versione SwissDRG. A seconda della versione, il prezzo varia da circa CHF 10 950 a quasi CHF 11 000.

Anno di dati	Versione SwissDRG	Prezzo base ipotetico
2021	V10.0	CHF 10 955
2021	V11.0	CHF 10 984
2021	V12.0	CHF 10 981
2021	V13.0	CHF 10 995

6.1 Valutazione per versione SwissDRG

Nell'ambito della struttura tariffaria SwissDRG, nell'anno di riferimento 2021 sono state ricoverate in totale 151 267 persone di età inferiore ai 16 anni, di cui 17 067 sono state curate in uno dei tre ospedali pediatrici svizzeri. Il grafico seguente mostra l'evoluzione del tasso di copertura per questo gruppo di casi nelle diverse versioni SwissDRG. Esso mostra chiaramente che i casi pediatrici possono essere rappresentati meglio con la versione 13.0 rispetto alle versioni precedenti, pur mantenendo la stessa base di dati.



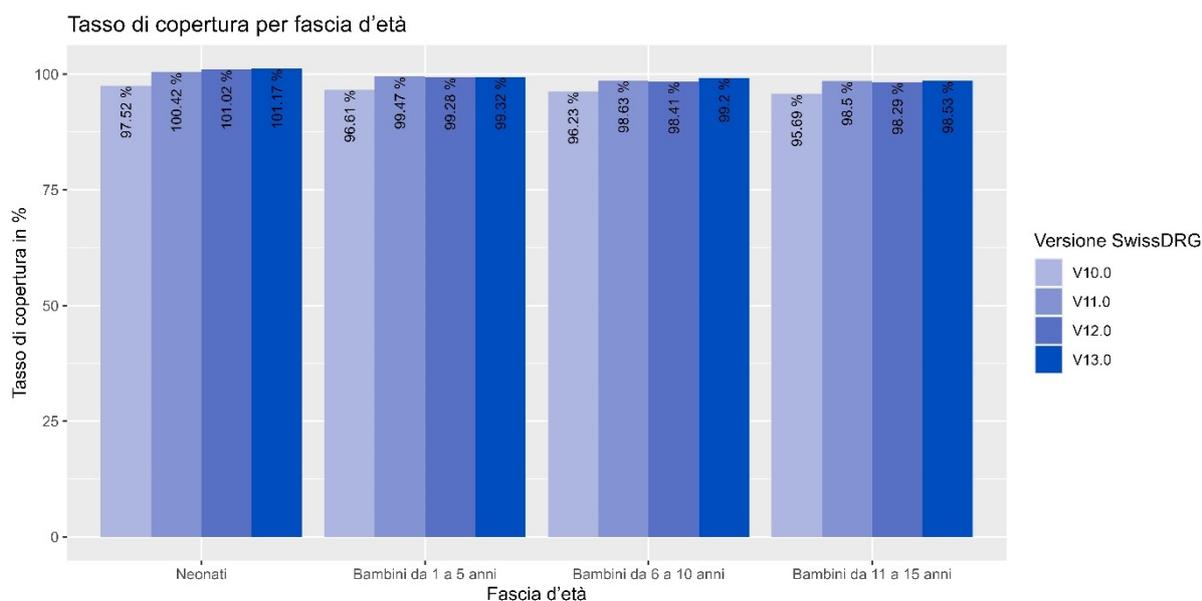
Base di dati: campo di applicazione SwissDRG 2021.
Raggruppati secondo le versioni SwissDRG V10.0 - V13.0,
Età < 16 anni,
Numero di casi: 151'267

Mentre il tasso di copertura aggregato per questi casi nella versione 10.0 è ancora chiaramente inferiore al 100%, la versione 13.0 consente di coprire tutte le spese con la remunerazione attraverso la struttura tariffaria (utilizzando un prezzo base ipotetico di CHF 10 995).

Se ci limitiamo ad analizzare il tasso di copertura dei 17 067 casi provenienti dai tre ospedali pediatrici svizzeri, possiamo notare la stessa tendenza. Il tasso di copertura per questi casi è stato del 92,60% con la versione 10.0, aumentando con ogni versione e raggiungendo infine il 97,95% con la versione 13.0.

6.2 Valutazione per fascia d'età

Per studiare più precisamente l'effetto su tutti i casi pediatrici, sono state successivamente create quattro fasce d'età (neonati, bambini da 1 a 5 anni, bambini da 6 a 10 anni e bambini da 11 a 15 anni). L'aumento percentuale maggiore del tasso di copertura è stato osservato per la fascia dei neonati. In questo caso, il tasso di copertura è passato dal 97,52% (V10.0) al 101,17% (V13.0). In ciascuna delle quattro fasce d'età, si osserva una tendenza positiva verso un tasso di copertura del 100% nelle quattro versioni di SwissDRG studiate. I risultati dettagliati per fascia d'età sono riportati nel grafico seguente.



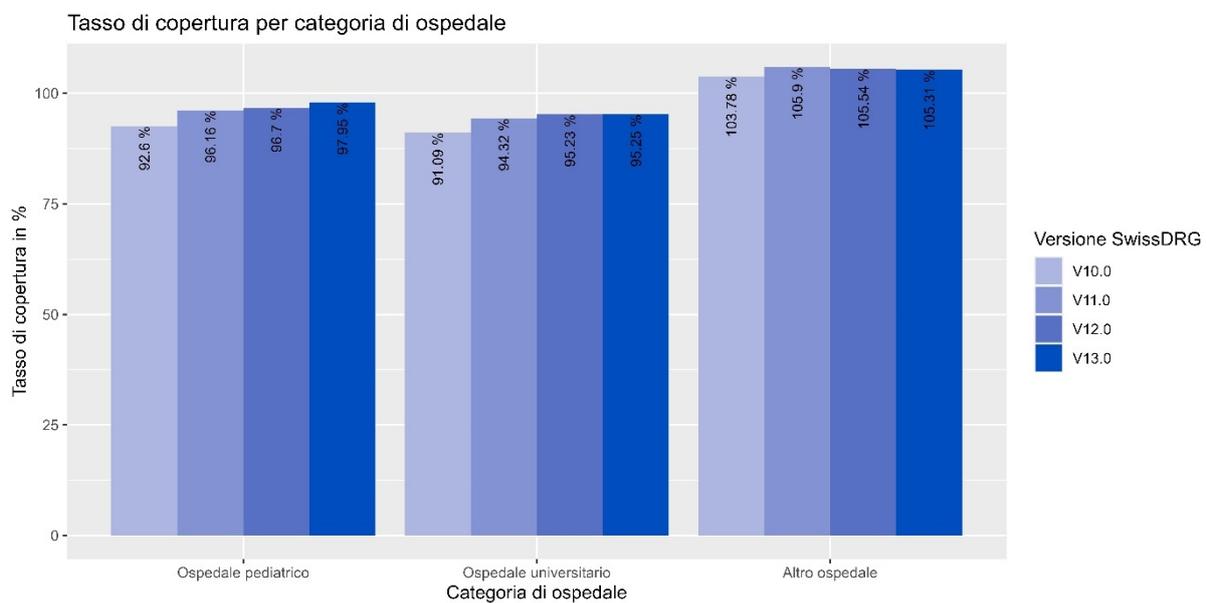
Base di dati: campo di applicazione SwissDRG 2021,
Raggruppati secondo le versioni SwissDRG V10.0 - V13.0,
Età < 16 anni,
Numero di casi: 151'267

Se riduciamo il campione ai casi trattati in uno dei tre ospedali pediatrici svizzeri, l'aumento del tasso di copertura è ancora più evidente per i neonati. Un tasso di copertura dell'89,15% secondo la versione 10.0 si oppone ad un tasso di copertura del 97,58% secondo la versione 13.0. Anche per le altre fasce d'età, il tasso di copertura secondo la versione 13.0 è più alto di quello secondo la versione 10.0.

6.3 Valutazione per categoria di ospedale

Un'analisi differenziata per categoria di ospedale rinforza gli effetti osservati. A tal fine, il campione è stato suddiviso in tre categorie: casi di un ospedale pediatrico, casi di un ospedale universitario e casi di un altro ospedale.

Il grafico seguente mostra che il tasso di copertura in ciascuna delle categorie di ospedali menzionate è stato chiaramente aumentato rispetto alla versione 10.0 e, secondo la versione 13.0, si colloca al 97,95% per gli ospedali pediatrici, al 95,25% per gli ospedali universitari e al 105,31% per i casi provenienti da altri ospedali. Le differenze tra le categorie sono dovute alla diversa gravità dei casi, che viene presa in considerazione nelle singole negoziazioni dei prezzi base effettivi e quindi per la remunerazione degli ospedali.



Base di dati: campo di applicazione SwissDRG 2021,
Raggruppati secondo le versioni SwissDRG V10.0 - V13.0,
Età < 16 anni,
Numero di casi: 151'267

6.4 Conclusione

In conclusione, si può notare che il tasso di copertura di questi casi è aumentato significativamente nel corso delle varie versioni, pur mantenendo la stessa base di dati. Non si tratta di un effetto causato da singoli ospedali o gruppi di casi, ma di un miglioramento generale e ampiamente condiviso nella rappresentazione dei casi di trattamento ospedaliero in pediatria. La qualità della rappresentazione della pediatria è stata costantemente migliorata e attualmente può essere considerata adeguata.