

8 aprile 2023

Riassunto dei principali sviluppi 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 paraplegiologico.

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.

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 al fine 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.

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. Il DRG di base B61 è stato rivisto e ulteriormente differenziato. 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.

Matrice CC

La prosecuzione dei lavori sulla versione 12.0 per l'ulteriore sviluppo della matrice CC ha portato a una migliore rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse. Come risultato sono state ora aggiunte 17 diagnosi ICD alla matrice CC e sono state rimosse 6 diagnosi dalla matrice CC. Sono stati rivalutati 15 codici diagnostici e sono stati svalutati 23 codici. 67 codici sono stati rivalutati o svalutati con specificità di DRG. Inoltre, è stato possibile creare 13 ulteriori split PCCL. Nel complesso, questi adeguamenti garantiscono una sempre maggiore differenziazione della logica del grado di gravità.

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 si è consolidato nel tempo, poiché in passato esisteva solo una componente di costo per i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) o componenti di costo poco 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.

Ora viene presa in considerazione una formula adeguata per il calcolo della riduzione giornaliera per trasferimento. 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.

Rappresentazione di campi di prestazioni speciali nella versione SwissDRG 13.0 / 2024

La struttura tariffaria SwissDRG nella versione 13.0 contiene sviluppi rilevanti dal punto di vista medico per nuove prestazioni, differenziazioni di prestazioni e altre remunerazioni supplementari.

In generale, i casi dei campi speciali sotto menzionati in ospedali e cliniche di degenza acuta sono ben rappresentati mediante la versione 13.0 SwissDRG e possono essere tariffati con le regole di fatturazione ad essi conformi.

1. Pediatria e neonatologia

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

per lo sviluppo della versione 13.0 sono state condotte analisi approfondite per casi con «età > 27 giorni o < 366 giorni e peso superiore a 2500 g» in combinazione con una bassa età gestazionale. Questi casi non sono raggruppati nella MDC 15 «Neonati» in ragione del peso o dell'età all'ammissione ma in base alla diagnosi principale all'interno delle MDC per organi. In questo gruppo di casi molto piccolo si tratta di neonati prematuri con ricoveri ospedalieri ripetuti. Ancora una volta non si è dimostrato appropriato considerare l'età gestazionale al di fuori della MDC 15 come caratteristica rilevante per il raggruppamento. Per una migliore rappresentazione di questi casi sono stati realizzati alcuni nuovi split pediatrici.

Nella MDC 07 nei DRG H60A e H61A è stato possibile creare un nuovo split «età < 16 anni» e per il DRG H01A «età < 1 anno». All'interno della MDC 17 è stato incluso il criterio di split «età < 1 anno» per i DRG R63C e R65B.

Inoltre, sono stati introdotti nuovi split pediatrici nel DRG A92B «età < 16 anni» e nel DRG di base A43 «età < 16 anni con terapia a pressione negativa complessa».

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 99.B8.31 «*Trattamento complesso IMC in età neonatale, da 197 a 392 punti risorse*».

Il DRG P60C esistente è stato splittato con le condizioni «*problemi gravi multipli nel neonato*» o «*trasferito all'ammissione*» per una migliore rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse. Per la versione 13.0 viene così creato un nuovo DRG P60D, che viene analogamente utilizzato per la fatturazione dei neonati in una casa per partorienti.

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG possono essere rappresentati adeguatamente i casi del campo specialistico pediatria e neonatologia.

2. Cure palliative

Definizione:

il campo di prestazioni della medicina palliativa e della medicina palliativa specializzata è rappresentabile in modo chiaro attraverso i codici CHOP.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

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.

In particolare è stata registrata la prestazione di base «*cure palliative specializzate*» per i casi in combinazione con una neoplasia maligna che non erano rappresentati adeguatamente in alcuni DRG. Di conseguenza, sono stati inclusi come criteri di split i codici CHOP 93.8B.12 e 93.8B.13 nei DRG B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A e N60A, consentendo la rivalutazione di questi casi.

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 equiparati ai codici ICD G82.- «*paraplegia/tetraplegia cronica*» nel DRG A97E. La logica è stata inoltre ampliata con la condizione «*CC estremamente gravi*».

Oltre a ciò ha potuto essere rivalutata la condizione «*trattamento infermieristico complesso da 31 punti risorse*» nel DRG A97C.

Secondo due richieste, alcuni casi con grande assorbimento di risorse della MDC 03 «*Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola*» e della MDC 06 «*Malattie e disturbi dell'apparato digerente*» sono sottorimunerati nel DRG di base A97. Includendo interventi

complessi di queste aree di organi nella funzione «*Procedura OR complessa*» è stato possibile ottenere una rivalutazione di questi casi anche all'interno del DRG di base A97.

Valutazione:

nella versione 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG, la rappresentazione dei casi con trattamento complesso di medicina palliativa o medicina palliativa specializzata rispecchia adeguatamente le prestazioni fornite.

3. Medicina intensiva in UCI / IMCU

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

al fine di poter rappresentare anche in futuro in modo appropriato la medicina intensiva nella struttura tariffaria in linea con l'ulteriore sviluppo medico, tutti i DRG con casi di terapia intensiva sono stati ampiamente rivisti. A partire dalla versione 13.0, le ore di respirazione assistita non vengono più considerate come caratteristica rilevante per il raggruppamento.

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG i casi del campo specialistico medicina intensiva (UCI e IMCU) sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

4. Trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

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 correttamente. La logica è stata rivista sulla base dei dati relativi all'anno 2021. Nella versione 13.0 sono raggruppati nel DRG A15A solo i casi con «*età < 18 anni*».

Valutazione:

i trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche vengono rappresentati appropriatamente nella versione 13.0 SwissDRG.

5. Paraplegiologia

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

SwissDRG SA ha ricevuto di nuovo dati relativi a casi con un trattamento paraplegiologico complesso dai campi di applicazione «*medicina somatica acuta*» e «*ST Reha*», nonché casi con un trattamento di medicina somatica acuta in associazione con una paraplegia.

Rappresentazione attuale:

per i casi trattati in modo conservativo o chirurgico in presenza di malattie e traumatismi del midollo spinale senza un trattamento paraplegiologico complesso sono state effettuate ampie ristrutturazioni rispetto alla precedente versione 12.0 per migliorare la rappresentazione.

Per i casi con un trattamento paraplegiologico complesso è stato possibile ottenere un aumento della qualità della rappresentazione all'interno del DRG di base A46.

Valutazione:

con la versione 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG, i casi del campo specialistico della paraplegiologia sono rappresentati adeguatamente.

6. Riabilitazione precoce

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Non ci sono cambiamenti nella situazione dei dati e nella rappresentabilità dei casi rispetto alla struttura tariffaria SwissDRG versione 12.0.

Valutazione:

con la versione 13.0 della struttura tariffaria SwissDRG sono rappresentati adeguatamente i casi del campo di prestazioni dei trattamenti complessi di riabilitazione precoce.