



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Scheda informativa

SwissDRG e il nuovo finanziamento ospedaliero

Berna, 22.05.2012 Il 1° gennaio 2012 sono stati introdotti il sistema dei forfait per caso SwissDRG e il nuovo finanziamento ospedaliero. Le prime fatture sono state allestite e saldate. SwissDRG è un sistema in apprendimento e perciò non è ancora perfetto. SwissDRG, i partner tariffali e il Dipartimento federale degli interni stanno attualmente cercando di trovare soluzioni alle questioni aperte e di sviluppare ulteriormente il sistema e di differenziarlo.

Ma cosa sono i forfait per caso?

I forfait per caso (Diagnosis Related Groups = DRG) intendono portare a una maggiore trasparenza nei trattamenti e a una remunerazione degli ospedali e delle cliniche più corrispondente alle prestazioni. Non saranno più finanziati gli ospedali in quanto istituzioni, bensì le prestazioni da loro fornite ai pazienti. E tali prestazioni dovranno essere paragonabili dal punto di vista qualitativo. Esiste un programma nazionale con cinque argomenti diversi di misurazione della qualità. I pazienti sanno quale ospedale effettua quale volume di quale operazione. Con i forfait per caso gli assicurati, i Cantoni e gli assicuratori ottengono confronti trasparenti per quanto riguarda il volume e i prezzi delle prestazioni di ospedali diversi. Per gli ospedali privati e quelli pubblici dovranno così valere i medesimi pesi e le medesime misure. Il sistema dei forfait per caso a livello svizzero si chiama SwissDRG. La SwissDRG SA è responsabile dell'implementazione e dello sviluppo ulteriore del sistema. A metà maggio la SwissDRG SA ha inoltrato al Consiglio federale la versione 2.0 per approvazione.

Nuovo finanziamento degli ospedali

Il nuovo finanziamento degli ospedali conferisce ai Cantoni diverse mansioni, obblighi e competenze. come ad esempio l'allestimento di nuovi elenchi ospedalieri, che dovranno orientarsi primariamente ai criteri della qualità e dell'efficienza. Con il nuovo finanziamento degli ospedali i Cantoni sono tenuti a versare a tutti gli ospedali pubblici e privati figuranti su tale elenco la loro quota parte cantonale ai costi dei trattamenti medico-sanitari dei pazienti.

Il nuovo finanziamento degli ospedali definisce inoltre una nuova ripartizione dei costi tra Cantoni e assicuratori malattie. Ora i Cantoni dovranno versare almeno il 55% dei costi, e le assicurazioni malattie al massimo il 45%.

I prezzi degli ospedali nel nuovo finanziamento ospedaliero devono ora coprire finanziariamente gli investimenti. Finora i Cantoni hanno finanziato gli edifici e gli impianti degli ospedali pubblici con il denaro dei contribuenti .

Vi sono ancora tre punti problematici da risolvere

1. Investimenti coperti in modo insufficiente

Secondo le regole LAMal per il finanziamento ospedaliero gli investimenti e i costi d'investimento sono contenuti nei prezzi base, vale a dire che nei prezzi per operazioni, terapie e le cure stazionarie negli ospedali e nelle cliniche sono calcolati i costi per tavoli operatori, apparecchi, medicinali e immobili; questa è la volontà del Parlamento. L'odierna Ordinanza OCPRe (Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie) crea confusione e impedisce la parità di trattamento di ospedali pubblici e privati. Ciò colpisce oggi tutte quelle aziende che dovrebbero investire ora. Molti stabili sono stati costruiti negli anni 60 e 70 e avrebbero ora bisogno di essere rinnovati. Le decisioni relative agli investimenti vengono procrastinate e trasferite a generazioni future. Per questo motivo s'impone una modifica dell'Ordinanza. La parità di trattamento tra tutti gli ospedali e tutte le cliniche è importante anche negli investimenti, affinché nella concorrenza e nella possibilità di confrontare prestazioni e costi dispongano dei medesimi mezzi.

2. Non ancora in vigore l'Ordinanza sulla trasmissione dei dati

Alcuni assicuratori hanno rifiutato di saldare le prime fatture quando l'ospedale con la fattura non ha fornito sistematicamente tutti i dati medici all'amministrazione della cassa malati. Finché i partner tariffali non dispongono di un'intesa al riguardo e non è ancora in vigore la modifica di legge corrispondente, ciò sarebbe illegale, ha constatato il Consiglio federale in riferimento alle domande parlamentari della Consigliera nazionale Kessler e del Consigliere nazionale Steiert. Il Parlamento ha creato una base legale per l'inoltro sistematico dei dati e il Consiglio federale deve ora mettere in vigore la legge e le disposizioni di esecuzione.

3. Trattamenti fuori Cantone

Si stanno sommando i problemi con le tariffe dei pazienti di fuori Cantone. Generalmente la tariffa dell'ospedale che effettua il trattamento vale per tutti i pazienti. A protezione dei Cantoni il Parlamento ha previsto che per i propri abitanti i Cantoni debbano versare in un altro Cantone al massimo la tariffa più elevata del proprio Cantone. Ciò porta ora a una certa creatività nelle direzioni cantonali della sanità. Un Cantone per gli abitanti trattati fuori Cantone ha addirittura emanato una tariffa più bassa della propria tariffa più bassa.

Approvata la versione 2.0 SwissDRG

Durante la propria seduta dell'11 maggio 2012 il Consiglio d'amministrazione della SwissDRG ha approvato la versione di sistema 2.0 con una standardizzazione per la versione d'introduzione 1.0. Gli indennizzi supplementari rimangono invariati rispetto alla versione 1.0. La versione 2.0 del sistema di forfait per caso SwissDRG passa ora al Consiglio federale per approvazione.

Il Consiglio d'amministrazione SwissDRG ha pure preso atto approvandoli dei rapporti sullo stato dello sviluppo delle tariffe Psichiatria (progetto TARPSY) e Riabilitazione (ST Reha).

Il Consiglio d'amministrazione ha inoltre approvato una valutazione della situazione relativa alla necessità di differenziazioni nei prezzi. Secondo il Consiglio d'amministrazione di SwissDRG "prezzi di base differenti nei primi anni successivi all'introduzione dei forfait per caso sono necessari, inerenti al sistema e voluti. Il Consiglio d'amministrazione in autunno effettuerà un workshop di strategia relativo allo sviluppo ulteriore del sistema di forfait per caso e alla differenziazione dei prezzi.

Sviluppo ulteriore di SwissDRG

I partner tariffali concordano sul fatto che la struttura tariffaria deve svilupparsi ulteriormente. Una richiesta centrale degli ospedali è che in caso di sviluppo ulteriore venga garantito il confronto dei costi. Per questo motivo H+ avanza richieste alle versioni future del sistema.

Mentre gli ospedali regionali, le cliniche specializzate e la maggior parte delle prestazioni degli ospedali di centro se la cavano con pochi gruppi di casi DRG, gli ospedali altamente specializzati con molti pazienti sofferenti di malattie complicate necessitano di una struttura tariffaria molto dettagliata. Ciò può essere raggiunto mediante gruppi di casi DRG supplementari oppure mediante indennizzi supplementari specialistici. Solamente in tal modo l'offerta di prestazioni diventa più paragonabile e l'indennizzo corretto.

Per ragguagli

Bernhard Wegmüller, direttore
tel. uff: 031 335 11 00
mobile: 079 635 87 22
e-mail: bernhard.wegmueller@hplus.ch

H+ Gli Ospedali Svizzeri è l'associazione nazionale degli ospedali, delle cliniche e degli istituti di cura, pubblici e privati. Ad essa aderiscono in veste di membri attivi 338 ospedali, cliniche e istituti di cura, e quasi 200 associazioni, autorità, istituzioni, ditte e persone singole quali membri partner. H+ rappresenta istituzioni sanitarie che danno lavoro a circa 185'000 persone.
