



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Informazioni dettagliate sulla procedura di consultazione e la versione 1.0 dei forfait ambulatoriali

1. Introduzione

La solutions tarifaires suisses SA ha finalizzato la versione tariffale 1.0 e l'ha trasmessa come previsto in data 26 giugno 2023 all'organizzazione tariffale nazionale ambulatoriale «Organizzazione tariffe mediche ambulatoriali SA» (OTMA SA). Secondo l'attuale pianificazione e la richiesta politica, la versione tariffale 1.0 sarà inviata per approvazione al Consiglio federale assieme al TARDOC alla fine del 2023 e introdotta nel 2025.

Una parte sostanziale dei lavori per giungere alla versione 1.0 consisteva nell'integrazione dei riscontri ricevuti dalla procedura di consultazione in merito alla versione tariffale 0.3. Da inizio febbraio a fine marzo 2023 la solutions tarifaires suisses SA ha consultato tutti i membri dei partner tariffali FMH, H+, santésuisse, curafutura e CTM/SCTM. Complessivamente sono giunti ben oltre 1'000 riscontri. Ringraziamo di cuore tutti i partecipanti provenienti da ospedali e cliniche per i preziosi input. In tal modo avete contribuito in modo sostanziale alla finalizzazione della versione 1.0 del sistema di forfait ambulatoriali.

La solutions tarifaires suisses SA ha analizzato ogni riscontro singolarmente, esaminandolo e priorizzandolo in vista dell'attuazione. Qui di seguito analizziamo in modo riassuntivo le modifiche più importanti che sono state apportate alla versione tariffale 1.0 in seguito alla procedura di consultazione.

2. Settore di applicazione

Le società specialistiche medico-sanitarie nel quadro della procedura di consultazione hanno avanzato delle riserve sulla forfettizzazione nel settore della diagnostica funzionale. È stato fatto notare in particolare che l'inclusione della diagnostica funzionale è in contraddizione con il principio concordato nel 2022 tra i partner tariffali H+, santésuisse e FMCH:

- *Il sistema di forfait ambulatoriali copre in particolare prestazioni nelle infrastrutture che richiedono molte risorse.*
- *La tariffa per prestazioni singole copre in particolare prestazioni nelle infrastrutture semplici.*

Il Consiglio d'amministrazione della solutions tarifaires suisses SA ha deciso di tener conto di tale richiesta e di adeguare in modo corrispondente il settore di applicazione del sistema di forfait ambulatoriali. Rispetto alla versione tariffale 0.3 ciò ha portato a un'importante riduzione dei contatti con pazienti di circa il 30% nel settore degli studi medici. Nel settore ambulatoriale degli ospedali la quota parte dei contatti con pazienti si riduce circa del 10%.

Quota parte dei contatti con pazienti			
	v1.0	v0.3	v0.2
Settore studi medici	5,2%	7,5%	14,3%
Settore ambulatoriale degli ospedali	18,5%	21,1%	36,3%

Tabella 1: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte dei contatti con pazienti Fonte: solutions tarifaires suisses SA, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; versione tariffale 1.0.

Il rapporto tra la quota di contatti con pazienti (cfr. tabella 1) e la quota parte di ricavi TARMED (cfr. tabella 2) illustra che nel corso della versione tariffale 0.2, 0.3 e 1.0 l'accento è stato posto in modo significativo su prestazioni in infrastrutture che richiedono molte risorse.

Quota parte ricavi TARMED			
	v1.0	v0.3	v0.2
Settore studi medici	20,4%	27,2%	40,7%
Settore ambulatoriale degli ospedali	43,9%	49,0%	64,9%

Tabella 2: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte ricavi TARMED. Fonte: solutions tarifaires suisses SA, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; versione tariffale 1.0.

Ciò rispecchia una delle richieste centrali di H+, vale a dire di rimediare al taglio tariffale nell'interfaccia tra ambulatoriale e stazionario e migliorare la permeabilità. Per gli ospedali il passaggio al regime ambulatoriale è finanziariamente sostenibile unicamente se le prestazioni spostate nel settore ambulatoriale vengono anche adeguatamente remunerate. Ciò a condizione che la tariffazione si orienti a dati reali riferiti ai costi. In aggiunta a una struttura tariffale basata sui dati è obbligatorio disporre di un prezzo adeguato (cfr. Cap. 5).

Un'ulteriore richiesta chiave da parte di H+ è che possibilmente interi ambiti di prestazioni (ad es. operazioni, radioterapia, medicina nucleare, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica, endoscopie) rientrino nel settore di applicazione del sistema dei forfait ambulatoriali. Forfettizzare e introdurre solamente singoli esami e trattamenti scelti comporterebbe i seguenti svantaggi:

- nessun miglioramento della tariffazione nel settore ambulatoriale degli ospedali in vista;
- dispendio amministrativo e di personale molto elevato e sproporzionato, dato che è sempre poco chiaro se una prestazione rientra nel settore di applicazione della tariffa per prestazioni singole o nel sistema dei forfait ambulatoriali;
- dispendio amministrativo e di personale molto elevato e sproporzionato, in particolare per quanto riguarda il rilevamento delle prestazioni, dato che al medesimo ambito di prestazioni si applicano due sistemi tariffali;
- non si raggiunge l'obiettivo della semplificazione;
- il dispendio per il cambiamento oneroso non sarebbe giustificato.

La versione tariffale 1.0 comprende dunque pure forfait per caso per prestazioni relativamente rare, tipicamente situate nell'interfaccia tra ambulatoriale e stazionario. Dalla tabella 3 si evince che nei raggruppamenti dei casi con <100 contatti con pazienti solamente l'1% dei contatti con pazienti viene valutato. A H+ pare importante che proprio anche tali casi rari sull'interfaccia tra ambulatoriale e stazionario rientrino nel settore di applicazione del sistema dei forfait ambulatoriali e nel tempo, a causa della crescente quantità di dati, vengano adeguatamente tariffati sulla base di dati reali degli ospedali riferiti alle prestazioni e ai costi.

Contatti con pazienti per raggruppamento dei casi	Numero di raggruppamenti dei casi valutato	Quota parte contatti con pazienti	Quota parte Casemix
> 10'000	24	69%	42%
> 1'000	69	23%	34%
> 100	193	7%	21%
> 30	94	1%	3%
≤ 30	70	0%	0%

Tabella 3: Ripartizione dei raggruppamenti dei casi secondo il numero di casi. Fonte: solutions tarifaires suisses SA, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; versione tariffale 1.0.

3. Catalogo

La solutions tarifaires suisses SA ha verificato singolarmente gli oltre 1'000 riscontri. Laddove sono stati confermati da dati riferiti ai costi e alle prestazioni sono confluiti nella versione tariffale 1.0. Ciò ha comportato ad esempio i seguenti adattamenti:

- spostamento di prestazioni da singoli capitoli al pre-capitolo
- inserimento di nuovi criteri di splitting
- spostamento di singole posizioni tariffali in altre tabelle e dunque attribuzione ad altri raggruppamenti dei casi

Gran parte dei riscontri si riferiva alle richieste nell'ambito della medicina pediatrica, ragione per cui a tale argomento è dedicato un capitolo separato qui di seguito (punto 4).

Con l'esame e l'inserimento delle indicazioni provenienti dalle società specialistiche e dagli ospedali è stato possibile migliorare ulteriormente l'omogeneità medico-sanitaria. Quale misura usuale della bontà del sistema viene impiegato tra gli altri R^2 (valore tra 0 e 1, ove più il valore è vicino a 1, migliore è la bontà del sistema). Per la versione introduttiva (versione tariffale 1.0) R^2 corrisponde a 0.8. A titolo di paragone: la 12^a versione della struttura tariffale stazionaria SwissDRG ha un R^2 pari a 0.757.

4. Medicina pediatrica

Nel corso dello sviluppo ulteriore della versione tariffale 1.0 per tutti i forfait della medicina pediatrica sono stati verificati i criteri dell'età e la bontà della raffigurazione. Laddove utile, i forfait sono stati differenziati secondo i criteri dell'età, basandosi sui dati. La medicina pediatrica in tale contesto non è sempre raggruppata esplicitamente secondo i criteri dell'età, bensì pure implicitamente secondo la forma dell'anestesia nei forfait con valutazione superiore. Il motivo è che per bambini e pazienti con disabilità o stati di ansia le strutture dei costi sono molto simili. In quel genere di costellazioni la forma dell'anestesia migliora la bontà della raffigurazione rispetto a uno split rigoroso ed esplicito secondo l'età. Sarebbe dunque errato desumere dalla denominazione di un forfait se la versione tariffale 1.0 ha tenuto sufficientemente in considerazione la medicina pediatrica. Per una differenziazione implicita dell'età nella versione tariffale 1.0 servirà quale esempio la circoncisione con i due forfait C12.03A (con anestesia da parte dell'anestesista) e C12.03B. Il mediano nella ripartizione dell'età del forfait C12.03A è di 12 anni. Quello del forfait C12.03B è di 58 anni.

Nella media i casi della medicina pediatrica raggiungono un CMI più elevato di circa il 20% rispetto ai casi della medicina degli adulti. La differenziazione accurata della medicina pediatrica si riconosce pure dal fatto che il grado di finanziamento per il collettivo di pazienti «bambini e giovani (di età inferiore ai 18 anni)» nella versione 1.0 è del 100% (applicando il baserate ipotetico per zero utili).

La tariffa forfettaria per pazienti rivendica il diritto di raffigurare in modo appropriato la medicina pediatrica e di non porre incentivi errati per quanto riguarda l'assistenza sanitaria del gruppo più giovane della popolazione. Rispetto agli adulti, nei bambini e giovani per gli interventi e gli esami viene più frequentemente fatto uso dell'anestesia. Per evitare di sottoporre i giovani pazienti ripetutamente ad anestesia, gli interventi necessari vengono combinati all'interno di un'operazione sola. Il chiarimento 11 nelle modalità di applicazione riprende tale argomento e l'esempio inserito nel chiarimento menzionato precisa che nell'intervento combinato presentato è ammesso fatturare due contatti con il paziente.

5. Formazione dei prezzi e remunerazione

Nell'ambito della consultazione sono stati sollevati quesiti legati alla formazione dei prezzi e alla remunerazione. Soltanto con la combinazione di struttura tariffale e prezzo si ottiene la tariffa applicabile e definiscono l'ammontare dei ricavi. Nella fase introduttiva i ricavi dipendono inoltre dalla determinazione della neutralità dei costi (attuazione art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal).

Assieme alla versione 1.0 del catalogo dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali e delle modalità di applicazione, i partner tariffali H+ e tarifsuisse stanno negoziando un arsenale di regole completo che copra gli aspetti della formazione dei prezzi necessari per la fase introduttiva e che soddisfi le richieste di stabilità finanziaria avanzate dagli utenti. H+ da parte sua chiede e negozia inoltre in modo coerente un supplemento di prezzo, affinché anche durante la fase della neutralità dei costi si possa rimediare gradualmente al finanziamento insufficiente cronico nel settore ambulatoriale degli ospedali. Per il settore ospedaliero non è accettabile continuare con i punti storicamente troppo bassi del TARMED, che tra gli altri non comprendono i costi delle immobilizzazioni e non possono garantire il finanziamento della formazione e del perfezionamento.

L'allegato E della convenzione tariffale definisce il metodo per calcolare prezzi di partenza neutrali dal punto di vista dei ricavi. Per principio, per gli ospedali ma anche per i medici e le istituzioni ai sensi dell'art. 35 LAMal, a livello cantonale vengono calcolati prezzi di partenza neutrali dal punto di vista dei ricavi. I fornitori di prestazioni, dunque pure ospedali e cliniche con un ampio ventaglio di prestazioni, possono richiedere prezzi di partenza individuali. I partner tariffali, inoltre, nelle loro convenzioni tariffali possono prevedere un aggiustamento dei prezzi di partenza nel corso della fase della neutralità dei costi, ciò che è attualmente in fase di negoziazione tra H+ e tarifsuisse nell'ambito del pacchetto della formazione dei prezzi.

A livello nazionale durante la fase triennale della neutralità dei prezzi per quanto riguarda l'attuazione della prescrizione «il cambiamento di modello tariffale non deve comportare costi supplementari» (art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal) viene garantito che i costi per persona assicurata e per persona malata si situino entro un margine ("corridoio") prestabilito. Per poter valutare esclusivamente l'effetto del cambiamento del modello tariffale, una procedura statistica per l'aggiustamento del rischio elimina quasi interamente l'influsso di fattori esogeni sullo sviluppo dei costi. L'osservazione dello sviluppo dei costi avviene non soltanto a livello nazionale, bensì pure a livello regionale (grandi regioni ai sensi dell'UST). Si crea così la condizione per poter adottare, a livello regionale, misure di correzione conformi al principio di causalità, se dal cambiamento di modello tariffale dovessero risultare costi supplementari.

Pure la roadmap approvata per lo sviluppo ulteriore della struttura tariffale contribuisce alla stabilità. La versione introduttiva del catalogo per i raggruppamenti dei casi ambulatoriali sarà applicata nei primi due anni d'introduzione. Gli adeguamenti al catalogo e i cost-weight modificati legati ai medesimi sono previsti non prima del 2027.

Una struttura tariffale basata sui dati e una formazione dei prezzi basata sui costi è obbligatoria per il finanziamento equo e sostenibile del settore ambulatoriale degli ospedali pertinente per l'assistenza sanitaria.

6. Modalità di applicazione

I vantaggi della tariffa forfettaria per i pazienti si evidenziano soltanto se la raffigurazione appropriata di prestazioni al catalogo dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali vengono aggiunte regole comprensibili e ricostruibili. Affinché l'applicazione provochi poche domande da parte degli enti finanziatori e il sistema ponga incentivi utili, i riscontri dalla procedura di consultazione sono stati colti quale occasione per rielaborare e completare il documento denominato «Modalità di applicazione». Grazie al documento delle modifiche, gli adattamenti rispetto alla versione precedente possono essere ricostruiti in modo trasparente. Il corrispondente [documento è disponibile sul sito web della solutions tarifaires suisses SA](#) (in D). In questo contesto vale la pena menzionare i completamenti nel capitolo 1.4.3 in merito alla fusione di contatti con pazienti in un contatto con pazienti fatturabile, come pure l'inserimento di ulteriori esempi nell'allegato 2.

Le modalità di applicazione nella versione 1.0 comprendono regole ed esempi espliciti per la fusione:

- dei contatti con pazienti del medesimo fornitore di prestazioni nel corso di due giornate successive (ad es. laboratorio del sonno, degenza presso il pronto soccorso oltre la mezzanotte);
- di più contatti con pazienti da parte di fornitori di prestazioni differenti, quando la loro fornitura di prestazioni è direttamente interdipendente (ad es. intervento da parte di un medico accreditato, con l'anestesia effettuata da un medico d'ospedale).

L'introduzione di un esempio per la fatturazione di interventi combinati durante un'anestesia da parte di un'anestesista è spiegata nel capitolo sulla medicina pediatrica.

Ai sensi di un sistema tariffale coerente per le prestazioni mediche ambulatoriali, la versione 1.0 disciplina in maniera più chiara quali fornitori di prestazioni devono codificare una diagnosi per i propri contatti con pazienti. Si garantisce così la risposta alla domanda sulla fusione di più contatti con pazienti per un paziente nel corso della medesima giornata.

7. Codifica

La solutions tarifaires suisses SA, in collaborazione con H+, ha elaborato quale base della codifica i «principi per la codifica ambulatoriale» e le «direttive per la codifica ambulatoriale». Tali documenti stabiliscono tra gli altri il principio che per la codifica nel settore ambulatoriale non è necessario disporre di personale di codifica specializzato come è il caso nella codifica stazionaria. Ciò si esprime pure mediante altri principi, quali:

- la codifica di 1 diagnosi al massimo;
- la codifica di procedure soltanto nella misura in cui è necessario per la differenziazione, ove di regola è sufficiente una procedura.

Nelle «direttive per la codifica ambulatoriale» si tiene pure conto del principio menzionato poc'anzi, stabilendo unicamente direttive necessarie per l'applicazione del sistema. In tal modo le direttive risultano più comprensibili di quelle del settore stazionario e vengono illustrate tramite diversi esempi. È stato garantito che anche con una codifica individuale differente si raggiunge il corretto raggruppamento dei casi.

È stata così creata una tariffa forfettaria per i pazienti che permette all'utente la certezza di trovare la tolleranza della codifica, garantendo dunque un sistema semplice.

Laddove gli utenti per la simulazione con la versione tariffale 1.0 hanno ancora a disposizione dei grouper basati sul TARMED, per l'introduzione del sistema tariffale la codifica avverrà mediante ICD-10 e CHOP e in futuro si limiterà a questi ultimi.

8. Contabilità per unità finali d'imputazione

I processi di rilevamento, codifica e fatturazione di prestazioni medico-sanitarie negli ospedali è strettamente legata e dipende dalle strutture tariffali applicate. È altresì collegata la contabilità per unità finali d'imputazione (REKOLE®), e la valutazione dell'impiego delle risorse che va di pari passo.

La sostituzione del TARMED, nella contabilità per centri di costo, viene sfruttata per quanto riguarda la valutazione delle risorse, per congedarsi dai punti tariffali quali grandezza di riferimento per la valutazione, e sostituirli con grandezze di riferimento convenzionali riconosciute, quali tempo di prestazione, tempo di utilizzo del locale e gli intervalli di tempo corrispondenti definiti a livello nazionale.

Occorre stabilire una fase introduttiva differenziata a livello nazionale per quanto riguarda queste nuove grandezze di riferimento e i rispettivi intervalli di tempo. La menzionata fase introduttiva differenziata s'impone, visto che non è realistico attendersi che gli ospedali svizzeri, a causa di investimenti elevati e della mancanza di personale qualificato, saranno in grado di

introdurre in un sol colpo, per l'1.1.2025, un intervento di questo genere. Per poter superare tale fase introduttiva e ciò nonostante poter valutare dall'1.1.2025 le risorse mediante la grandezza di riferimento «tempo», s'impone una soluzione transitoria che si basa sui tempi normativi delle prestazioni e dell'utilizzo dei locali.

Pure a livello di contabilità per unità finali d'imputazione e in particolare nella definizione del caso amministrativo si delineano adeguamenti. In relazione alla definizione delle unità finali d'imputazione e della gestione del caso, il caso amministrativo corrisponde al caso tariffale. Nel settore ambulatoriale il caso amministrativo corrisponde al cosidd. contatto fatturabile con pazienti. Quest'ultimo può essere delimitato in modo inequivocabile da altri mediante forfait ambulatoriali, contatti fatturabili con pazienti e altre prestazioni singole fornite e fatturabili.