



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# Riassunto delle correlazioni e delle proposte di soluzione nel settore gestione di casi, rilevamento delle prestazioni, contabilità per unità finali d'imputazione e valutazione delle risorse durante l'applicazione del sistema tariffale coerente

Per l'anno 2025 è prevista la sostituzione della struttura tariffale TARMED. Il TARMED sarà sostituito da un sistema tariffale coerente composto da forfait ambulatoriali (simile a SwissDRG) e dalla tariffa per singola prestazione TARDOC (simile a TARMED). Il presente documento illustra le correlazioni più importanti nel settore gestione di casi, rilevamento delle prestazioni e contabilità per unità finali d'imputazione, come pure lo stato degli sviluppi delle soluzioni nella contabilità per unità finali d'imputazione.

## 1 Situazione di partenza e correlazioni

I processi di **rilevamento, codifica e fatturazione** di prestazioni medico-sanitarie negli ospedali sono strettamente legati e dipendono dalle strutture tariffali applicate. È altresì collegata la **contabilità per unità finali d'imputazione**, e, di pari passo, la valutazione dell'impiego delle risorse. I requisiti minimi posti alla contabilità per unità finali d'imputazione degli ospedali svizzeri è disciplinata da REKOLE®, in particolare le regole per la valutazione dell'impiego delle risorse. Tale **valutazione dell'impiego di risorse** in alcuni centri di costo si basa su intervalli di tempo, in altri però pure sulla condizione minima del numero di punti provenienti dalle strutture tariffali corrispondenti. I dati della contabilità per unità finali d'imputazione d'altronde fungono da base per la **valutazione relativa di determinate strutture tariffali (SwissDRG, TARPSY, ST Reha)** e le **negoziazioni tariffali**.

Per gli ospedali è essenziale, per le negoziazioni tariffali, disporre di dati riferiti ai costi, affidabili e legati alla realtà. Per tutti gli attori tali dati riferiti ai costi sono essenziali per lo **sviluppo ulteriore delle strutture tariffali**. In tal modo è possibile garantire che la valutazione dell'impiego di risorse nello sviluppo delle strutture tariffali concordi sempre con lo sviluppo del tipo e dell'intensità della fornitura di prestazioni al paziente.

## 2 Il rilevamento delle prestazioni: il punto centrale della contabilità analitica

Per la contabilità analitica è indispensabile disporre di un rilevamento delle prestazioni completo, riferito ai centri di costo e alle unità finali d'imputazione e di una valutazione oggettiva dell'impiego di risorse. Affinché i costi di produzione del trattamento di una/un paziente possano essere determinati e rilevati, occorre definire e delimitare la medesima in maniera inequivocabile, di modo che possa essere valutata.

Il rilevamento delle prestazioni deve essere completo: occorre rilevare non soltanto le prestazioni fatturabili, ma pure quelle non fatturabili. Il primo scopo del rilevamento delle prestazioni non è la fatturazione, bensì la valutazione dei mezzi di produzione impiegati e costituisce il punto centrale di una contabilità a costi pieni a cui ci si riferisce per la formazione dei prezzi nelle assicurazioni sociali.

Vi sono diverse modalità di rilevamento di una prestazione. L'elenco seguente è strutturato seguendo il grado di dettaglio e il dispendio, in ordine decrescente:

- la misurazione EFFETTIVA del tempo rileva il tempo EFFETTIVO concretamente impiegato per l'adempimento di un lavoro, ad es. mediante rapporti al minuto od orari.
- La misurazione del tempo normato rileva il tempo normato predefinito (basato su rilevamenti effettuati in passato e vicini alla realtà) impiegato per l'adempimento di un lavoro, ad es. mediante minuti normati od orari normati riferiti all'azienda. Vi rientrano teoricamente pure tariffari quali ad es. TARMED, nella misura in cui questi ultimi vengono sviluppati ulteriormente in maniera sistematica (ventaglio di prestazioni) e aggiornati i valori normali depositati.
- Ulteriori strutture tariffali non legate al tempo rilevano le posizioni tariffali (punti tariffali) attribuite a una prestazione.

## **2.1 Attuazione attuale negli ospedali & valutazione delle risorse mediante punti tariffali**

Dato che il TARMED contiene tutte le prestazioni, ad es. pure interventi non eseguibili in regime ambulatoriale (ad es. intervento di endoprotesi all'anca), oggi quest'ultimo viene tuttora impiegato in parte per la valutazione dell'impiego delle risorse nella contabilità analitica. Tale impiego comprende oggi il punto critico legittimo secondo cui il TARMED e la standardizzazione/valutazione ivi contenute sono molto vetuste.

→ Una volta effettuata la sostituzione tramite i forfait ambulatoriali e il TARDOC, il TARMED non entra dunque più in considerazione per la valutazione dell'impiego delle risorse.

In teoria sarebbe possibile il passaggio al TARDOC quale base per la valutazione delle risorse, comporterebbe però i seguenti effetti indesiderati:

- il TARDOC quale valutazione delle risorse presenta i medesimi punti deboli che oggi conosciamo dall'applicazione del TARMED: nessun aggiornamento dei valori normali depositati nel TARMED, nessuna raffigurazione di nuovi tipi di fornitura di prestazioni, ecc.
- il TARDOC 1.3.2. ha il medesimo settore di applicazione del TARDOC, e potrebbe dunque essere impiegato nel medesimo modo. Nel sistema tariffale coerente (TARDOC e forfait ambulatoriali) non viene introdotto il TARDOC integrale. Si presume perciò che sarà aggiornata unicamente ancora la parte applicata del TARDOC (TARDOC light). Ciò porterebbe entro pochi anni alla medesima situazione in cui ci troviamo oggi, vale a dire che i valori normali depositati nel TARDOC non vengono aggiornati e che la valutazione dell'impiego delle risorse basata su tali valori si fonderebbe su dati vetusti e lontani dalla realtà.
- Per quanto riguarda i contatti con il paziente (=trattamento del paziente) fatturati tramite forfait ambulatoriali, occorre rilevare la prestazione fornita mediante la procedura CHOP. Se la valutazione dell'impiego delle risorse continua a necessitare i punti tariffali del TARDOC, ne consegue che per ogni contatto con il paziente andrebbero rilevati sia la procedura sia le prestazioni TARDOC o il punto tariffale TARDOC.

→ Il passaggio al TARDOC quale valutazione delle risorse non è dunque desiderato.

## **3 Nuova soluzione per la valutazione delle risorse**

La sostituzione del TARMED sarà sfruttata per congedarsi, a livello di valutazione delle risorse, dai punti tariffali quale grandezza di riferimento per la valutazione e sostituire questi ultimi con grandezze di riferimento convenzionali e riconosciute: il tempo (tempo riferito alla prestazione, all'uso dei locali e/o all'uso delle apparecchiature) e i relativi intervalli di tempo corrispondenti definiti a livello nazionale. In tal modo la valutazione dell'impiego delle risorse è pure indipendente dal tipo di caso (ambulatoriale/stazionario).

Tale adeguamento richiede diverse riflessioni (ad es. l'armonizzazione a livello nazionale delle definizioni di intervalli di tempo), che attualmente già sono in corso e che comporteranno un intervento maggiore nella soluzione settoriale nazionale REKOLE®. Il passaggio dal "punto tariffale" (TARMED) al "tempo" quale grandezza di riferimento per la valutazione delle prestazioni mediche comporta i seguenti lavori:

- per ca. 15-20 CC obbligatori occorre valutare se sarà necessario ridefinire blocchi di voci di costo, perché ad esempio il tempo riferito alla prestazione medica è diverso dal tempo riferito all'uso dei locali (sia per quanto riguarda la durata sia per l'intensità). Tutti gli intervalli di tempo andranno definiti per ogni settore di attività che entra in considerazione in maniera tale da permetterne e garantirne l'applicazione uniforme a livello nazionale.
- Occorre esaminare l'impiego di tempi riferiti all'uso di apparecchiature quale soluzione IT automatizzata.
- Gli intervalli di tempo nazionali da definire saranno a disposizione della commissione REK entro la fine del 2023, come pure lo scadenario che indica a partire da quando saranno vincolanti (decisione REK).
- Occorre prevedere la formazione del personale interessato.

Tali lavori, per esperienza, richiedono molto tempo e l'attuazione negli ospedali è molto dispendiosa, l'attuazione dall'1.1.2025 non è perciò fattibile e occorre organizzare una fase d'introduzione scaglionata.

Tale fase d'introduzione nazionale scaglionata garantisce che le prestazioni fornite da un determinato settore di attività vengano valutate nel medesimo modo a livello nazionale garantendo così la gestione adeguata della struttura tariffale. Essa permette pure di armonizzare la procedura di certificazione REKOLE® con la fase d'introduzione. Il piano d'introduzione spazierà probabilmente su 3 anni e sarà pure approvato dalla commissione REK.

## 4 Soluzione transitoria

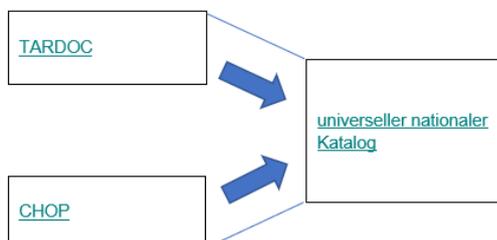
Dato che il TARMED non può più essere impiegato per la valutazione delle risorse, che neppure il TARDOC è idoneo e che l'introduzione di grandezze di riferimento riconosciute non è possibile per l'1.1.2025, da tale data occorre una soluzione transitoria.

Con l'introduzione del sistema tariffale coerente, il rilevamento delle prestazioni deve adempiere ulteriori requisiti per preservare l'equilibrio tra costi e benefici.

- **Doppio rilevamento indesiderato:** All'inizio di un contatto con il paziente, al fornitore di prestazioni non è necessariamente chiaro quale struttura tariffale sarà applicabile. Non appare neppure sensato lasciare che il fornitore di prestazioni debba prendere tale decisione al momento del rilevamento. *Esempio: Se il contatto con il paziente viene fatturato tramite TARDOC, devo rilevare la posizione tariffale A, se vengono fatturati i forfait ambulatoriali devo rilevare CHOP X.* Neppure rilevare la prestazione su entrambi i fronti è sensato.
- **Settore di applicazione:** Il settore di applicazione dei forfait ambulatoriali può essere soggetto a cambiamenti con le versioni annuali. Adeguare i forfait ambulatoriali ogni anno e formare il personale, affinché vengano rilevate le prestazioni corrette, è molto dispendioso e fonte di errori.

## 4.1 Elenco universale e nazionale (delle prestazioni) (parte delle soluzioni “rilevamento delle prestazioni”)

Per togliere al fornitore di prestazioni la decisione riguardante la struttura tariffale (tariffa per singola prestazione o forfait amb.) e garantire che la fatturazione sia la medesima a livello nazionale, è necessario disporre di un elenco universale e nazionale. Quest’ultimo descrive la prestazione indipendentemente dalla struttura tariffale che sarà da fatturare più tardi (tariffa per singola prestazione o forfait amb.) ed è dunque “universale”. Tale elenco universale nazionale viene allestito da una semplificazione di TARDOC e una semplificazione di CHOP.



**Esempio per la semplificazione TARDOC:** Quando il rilevamento delle prestazioni indica dove viene fornita la prestazione (presso il paziente a domicilio o presso l’istituzione med.), allora è chiaro quale sia la posizione tariffale da applicare.

Pos. TARDOC	Testo TARDOC	Elenco universale nazionale
AA.00.0010	Consulto medico, primi 5 min.	Consulto, ogni 5 min.
AA.00.0020	+Consulto medico, ogni ulteriore min.	
AA.00.0030	Visita, primi 5 min.	
AA.00.0040	+Visita, ogni ulteriore min.	

**Esempio per la semplificazione CHOP:** Invece dei 7 codici CHOP finali a 6 cifre viene impiegato il codice CHOP contrassegnato di giallo.

Wundversorgung (93.51-93.59)

78.10	Anlegen eines Fixateur externe, n.n.bez.
78.11	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen)
78.11.0	Detail der Subkategorie 78.11
78.11.00	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez.
78.11.10	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.11	Offene Reposition einer einfachen Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.12	Offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur von Klavikula und Skapula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.20	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.21	Offene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.99	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), sonstige
78.12	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen)
78.12.0	Detail der Subkategorie 78.12
78.12.00	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez. [L]

In aggiunta alla descrizione delle prestazioni (elenco universale nazionale) il rilevamento contiene ulteriori caratteristiche:

- genere di fornitore di prestazioni (gruppo professionale/funzione) (medico, personale curante, paramedico ecc.)
- settore specializzato (chirurgia della mano, reumatologia, fisioterapia ecc.)

- dispendio effettivo o normato di tempo riferito all'azienda per la fornitura di prestazioni (tempo di prestazione del medico, tempo di utilizzo del locale, ulteriori lassi di tempo)
- infrastruttura/luogo della fornitura (sala visite, presso il paziente a domicilio, sala operatoria, ecc.)
- informazioni sul paziente (età, diagnosi, sesso, ecc.)

L'elenco universale nazionale ha diversi effetti:

- chi rileva le prestazioni non deve sapere quale struttura tariffale si applica alla fatturazione del contatto con il paziente; l'elenco è applicabile universalmente; il rilevamento delle prestazioni risulta più semplice.
- Dalle informazioni dell'elenco universale nazionale con le ulteriori informazioni per il rilevamento (v. sopra) è possibile generare le posizioni TARDOC oppure elaborare il contatto con il paziente nel grouper dei forfait ambulatoriali.
- L'elenco universale nazionale dipende dalle strutture tariffali nazionali. Esso può dunque essere applicato in modo uniforme a livello nazionale.
- L'applicazione uniforme a livello nazionale comporta un risparmio di risorse nella gestione dell'elenco, perché è necessaria soltanto una volta.
- Nel caso di modifiche tariffali (idealmente ogni anno) non necessariamente devono essere effettuati adeguamenti all'elenco. Diversi adeguamenti quali modifiche delle limitazioni possono essere effettuati direttamente nell'interfaccia tra elenco e fatturazione. Il dispendio annuo si riduce.
- Spostando i settori di applicazione TARDOC/forfait amb. è possibile effettuare eventuali adeguamenti all'elenco universale nazionale e non è necessario formare di nuovo singolarmente i fornitori di prestazioni.

## **4.2 Tempi normati nazionali (parte della soluzione “valutazione delle risorse”)**

Affinché la fase d'introduzione necessaria per le grandezze di riferimento riconosciute possa essere superata, dall'1.1.2025:

- nei codici di trigger CHOP vengono depositati tempi normati nazionali e
- nelle posizioni TARDOC vengono impiegati i già depositati prestazione in senso stretto/uso dei locali.

Dall'1.1.2025 un collegio di esperti si occuperà di tale valutazione per ogni codice CHOP e la depositerà per ogni codice CHOP. In tale contesto occorre solamente tener conto di codici di trigger CHOP di prestazioni non fornite nei centri di costo che già oggi valutano le proprie prestazioni mediante tempi effettivi (ad es. sala operatoria o laboratorio di cateterismo cardiaco). Tali tempi normati validi a livello nazionale sarebbero “sovrascrivibili”, affinché, non appena avviene il cambiamento verso il rilevamento del tempo riferito all'azienda conformemente all'intervallo di tempo riconosciuto a livello nazionale (fase d'introduzione scaglionata), tutti gli ospedali svizzeri possano depositare nel CHOP i propri valori aziendali (tempo effettivo riferito alla prestazione & per l'uso dei locali).

## 5 Precisazione della definizione dell'unità finali d'imputazione (più piccola delle unità registrabili) nel settore ambulatoriale degli ospedali

Per principio valgono i requisiti minimi REKOLE®.

In relazione alla definizione delle unità finali d'imputazione e della gestione del caso, il caso amministrativo corrisponde al caso tariffale. Nel settore dei forfait ambulatoriali, il caso amministrativo corrisponde al cosidd. contatto fatturabile con il paziente. Il contatto fatturabile con il paziente è descritto nel dettaglio nelle modalità di applicazione.

La tabella qui di seguito riassume la regola della definizione delle unità finali d'imputazione per i forfait ambulatoriali:

<b>GRUNDREGEL REKOLE® Kostenträgerdefinition für ambulante Pauschalen</b>		V.0.4/05.07.2023
<b>administrativer Fall REKOLE®</b> (= tarifischer Fall)	=	mittels ambulanter Pauschale <b>abrechenbarer Patientenkontakt</b>
abrechenbarer Patientenkontakt	=	physisches oder fernmündliches Treffen zwischen Leistungserbringer und Patient (=Patientenkontakt)
	=	Zusammenfassung von Patientenkontakten, wenn Patientenkontakte am selben Tag erfolgen und ihre Behandlungsdiagnose dem gleichen Capitulum zugeordnet werden.
<b>Spezialregel für bestimmte Leistungen</b>		
Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden innert max. 30 Tage dem Patientenkontakt zugeordnet, der diese Leistungen auslöst.		Eingriffs- & Verlaufsberichte
		Pathologie- (Probeanalyse) und Laborleistungen
		Weitere Leistungen (z. B. nachträgliche ärztliche Auskünfte)
Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet		von Versicherten verlangte Berichte
Folgende erbrachte Leistungen <u>mit oder ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet		Gutachten
		interdisziplinäres Board
		Akten- / Bildkonsilium

## 6 Pietre miliari

<b>Che cosa?</b>	<b>Quando?</b>	<b>Chi?</b>
Elenco nazionale <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concetto</li> <li>▪ Allestimento elenco</li> <li>▪ Allestimento arsenale di regole</li> <li>▪ Attuazione tecnica</li> <li>▪ Pubblicazione</li> </ul>	Fino a <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ settembre 2023</li> <li>▪ febbraio 2024</li> <li>▪ febbraio 2024</li> <li>▪ febbraio 2024</li> <li>▪ marzo 2024</li> </ul>	H+ ua Tariffe
REKOLE® <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definizione delle unità finali d'imputazione</li> <li>▪ Requisiti minimi dei centri di costo (definizione intervallo di tempo)</li> <li>▪ Approvazione del piano d'introduzione scaglionato dei nuovi intervalli di tempo (commissione REK)</li> </ul>	Fino a <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ agosto 2023</li> <li>▪ dicembre 2023</li> <li>▪ dicembre 2023</li> </ul>	H+ ua Economia aziendale

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rollout della fase d'introduzione scaglionata dei nuovi intervalli di tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dall'1.1.2025 all'1.1.2028</li> </ul>	
<p>Soluzione transitoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concetto</li> <li>▪ Definizione CHOP interessati</li> <li>▪ Definizione tempi normati su CHOP</li> </ul>	<p>Fino a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ottobre 2023</li> <li>▪ dicembre 2023</li> <li>▪ marzo 2024</li> </ul>	H+ ua Tariffe