

Compiti e responsabilità di SwissDRG SA

Il 21 dicembre 2007, il Parlamento ha approvato una revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) che conteneva un'importante novità: i trattamenti stazionari sarebbero stati fatturati in futuro con importi forfettari per caso uniformi a livello nazionale. Questo ai sensi di una contabilità dei costi globali che tenesse conto anche dei costi d'investimento degli ospedali. Ciò ha significato passare da un finanziamento oggettivo a un finanziamento soggettivo orientato alle prestazioni. Inoltre, è stata decisa la libera scelta dell'ospedale: le pazienti e i pazienti devono poter decidere liberamente (con alcune limitazioni) in quale ospedale farsi curare. Il Consiglio federale e il Parlamento si aspettavano da questa revisione un effetto di contenimento dei costi e una maggiore concorrenza tra gli ospedali. Per dare a tutte le parti coinvolte tempo sufficiente per prepararsi, l'introduzione del sistema degli importi forfettari per caso è stata fissata per il 2012.

Nuovo sistema di fatturazione per gli ospedali

Le degenze in ospedali, cliniche e case per partorienti in Svizzera vengono ora fatturate secondo una base uniforme. Gli interventi di appendicectomia, il trattamento stazionario di persone affette da malattie mentali o la terapia di persone con malattie polmonari in una clinica di riabilitazione sono remunerati in base a importi forfettari per caso. L'obiettivo è compensare in modo uniforme i trattamenti effettuati per quadri clinici simili.

SwissDRG SA ha sviluppato tre strutture tariffarie valide a livello nazionale:

- SwissDRG per i trattamenti ospedalieri stazionari (importi forfettari per caso)
- TARPSY per i trattamenti psichiatrici stazionari (importi forfettari giornalieri)
- ST Reha per la guarigione di persone in clinica di riabilitazione (importi forfettari giornalieri)

Nel campo delle prestazioni di medicina somatica acuta stazionaria ogni degenza stazionaria in ospedale, clinica o casa per partorienti viene assegnata, in base a determinate caratteristiche, a un raggruppamento omogeneo di diagnosi (*Diagnosis Related Group*, DRG). Questo gruppo diagnostico corrisponde a un gruppo di pazienti con diagnosi o trattamenti uguali o simili.

Per la remunerazione dell'ospedale si considerano l'assegnazione al gruppo diagnostico, la ponderazione dei costi (*cost-weight*) del rispettivo gruppo diagnostico e il prezzo base (*base-rate*) dell'ospedale. Il *cost-weight* di un gruppo diagnostico rispecchia l'onere di trattamento medio, mentre il prezzo base fa riferimento alla struttura dei costi dell'ospedale.

Caso pratico

In una paziente di 57 anni di età viene rilevata un'artrosi dell'anca. In un ospedale le viene impiantata una protesi d'anca artificiale. La paziente rimane in ospedale per quattro giorni, durante i quali non si verificano complicanze.

DRG	Intervento	Cost-weight	Prezzo base	Costi
I46C	Impianto di una protesi dell'anca	1.547	CHF 9'800.-	CHF 15'160.60

La remunerazione che l'ospedale riceve per il trattamento dell'anca varia tra 14'700 e 17'800 franchi a seconda del livello di cura dell'ospedale e di altri fattori regionali in funzione del diverso prezzo base. Importante: la remunerazione comprende tutti i costi necessari per il trattamento, oltre all'intervento chirurgico e a tutte le prestazioni mediche e infermieristiche, anche i costi per la protesi, ecc.

Vantaggi degli importi forfettari per caso

Gli importi forfettari per caso consentono che i costi delle prestazioni mediche diventino comparabili e trasparenti. Essi offrono inoltre altri importanti vantaggi:

- Contribuiscono a un sistema sanitario finanziariamente sostenibile.
- Aiutano i fornitori di prestazioni a sfruttare il potenziale di risparmio esistente e a ottimizzare i processi.
- Offrono uno stimolo a trattare le pazienti e i pazienti nel modo più efficiente possibile.
- Garantiscono che le pazienti e i pazienti possano beneficiare a lungo termine di un processo di trattamento ottimizzato e di una concorrenza tra gli ospedali che sia basata sulla qualità.

Il ruolo di Swiss DRG SA

SwissDRG SA ha il mandato legale di mantenere e sviluppare ulteriormente le strutture tariffarie del sistema degli importi forfettari per caso. La base per questa attività sono i dati annuali sui costi e sulle prestazioni degli ospedali e delle cliniche psichiatriche e di riabilitazione in Svizzera che le vengono trasmessi. Tutte le prestazioni ospedaliere sono incluse in modo equivalente nello sviluppo delle tariffe, indipendentemente dalla situazione e dalla struttura dei singoli ospedali, cliniche o case per partorienti. Ogni nuova versione tariffaria deve essere sottoposta all'approvazione del Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA e del Consiglio federale prima della sua entrata in vigore.

Le istituzioni responsabili di SwissDRG SA sono i fornitori di prestazioni, gli assicuratori sociali e i Cantoni, in particolare:

- H+ Gli Ospedali Svizzeri
- Federazione dei medici svizzeri (FMH)
- santésuisse, gli assicuratori-malattia svizzeri
- curafutura, gli assicuratori-malattia innovativi
- Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)
- Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)

Importante: mediante le strutture tariffarie, SwissDRG SA fornisce esclusivamente le regole tecniche e non è responsabile delle tariffe dei singoli ospedali, né del loro sovrafinanziamento o sottofinanziamento: il prezzo base (baserate) determinante per i diversi trattamenti viene negoziato in ogni Cantone tra ospedali e assicuratori. Il prezzo base LAMal viene successivamente approvato o stabilito dal Cantone responsabile.