



Studio di fattibilità forfait ambulatoriali

Su incarico del Consiglio di amministrazione
della SwissDRG SA

Autori: Constanze Hergeth, Fabian Gfeller, Rémi Guidon, Simon Hölzer
Versione del: 30.10.2018

Sommario

Management Summary.....	4
Introduzione	5
Parte I: Fondamenti.....	6
1. Incentivi nelle strutture tariffarie e attraverso il finanziamento	6
1.1. Tariffa per singola prestazione vs. forfait.....	6
1.2. Trattamento ambulatoriale precedente e successivo.....	7
1.3. Strutture tariffarie obsolete (tariffazione non uniforme)	7
1.4. Finanziamento eterogeneo delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere.....	7
1.5. Trasferimento di casi coperti da assicurazione complementare	7
2. Condizioni quadro	8
2.1. Campo di applicazione, livello dei fornitori di prestazioni	8
2.2. Campo di applicazione, livello delle prestazioni.....	9
2.3. Protezione tariffale.....	9
2.4. Modalità di applicazione	9
2.5. Attualità delle strutture tariffarie.....	9
2.6. La questione del finanziamento dal punto di vista dei sostenitori dei costi, EFAS	10
2.7. Organizzazione e finanziamento della SwissDRG SA.....	10
2.8. Modifiche legislative.....	10
3. Presupposti per un ulteriore sviluppo.....	10
3.1. Revisione del raggruppamento/metodo di calcolo.....	10
3.2. Necessità di ampliamento della rilevazione dei dati.....	10
3.3. Stato della rilevazione dei dati dei casi ambulatoriali a livello svizzero	11
4. Questioni da chiarire	11
Parte II: metodi e risultati.....	14
1. Settori di prestazioni	14
1.1. Elenco degli interventi elettivi da effettuare ambulatorialmente	14
1.2. Ampliamenti dell'elenco degli interventi	14
2. Metodologia	16
2.1. Organizzazione della struttura tariffaria	16
2.2. Assegnazione dei DRG	17
2.3. Delimitazione dei casi.....	18
2.4. Delimitazione dei costi	20
2.5. Calcolo	22
2.6. Valutazione dei forfait ambulatoriali e confronto.....	22

3. Discussione	23
Allegato A: Settori di prestazioni.....	24
Allegato B: Componenti di costo non utilizzate	28
Indice delle fonti.....	29

Management Summary

Il presente studio di fattibilità ci ha permesso di dimostrare che è possibile valutare i forfait ambulatoriali sulla base dei dati sulle prestazioni e dei costi ospedalieri disponibili. Secondo la disponibilità di tali dati a livello del singolo caso è possibile stabilire rapidamente forfait ambulatoriali. Nell'attuale mondo tariffario esistono incentivi errati orientati in modo sistematico e risultanti anche, ma non solo, dalla differente tariffazione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere. Il raggruppamento delle singole prestazioni (forfait) e della chiara regolamentazione «priorità al settore ambulatoriale» riduce gli incentivi errati esistenti nel sistema. Nel presente lavoro si è optato per la forfaitizzazione secondo il sistema di forfait per caso SwissDRG, supponendo che le prestazioni ambulatoriali possano essere riunite in gruppi di prestazioni e di pazienti e valutate in modo analogo alle prestazioni ospedaliere. Trattandosi di un sistema autoapprendente, successive rilevazioni dei dati relativi a costi e prestazioni dei fornitori di prestazioni ambulatoriali consentiranno di far confluire nel calcolo anche dati di casi gestiti a livello ambulatoriale. Oltre all'elaborazione tecnica e alla valutazione di una struttura tariffaria per i forfait ambulatoriali, si tratta di definire e modificare tutta una serie di condizioni quadro che devono essere elaborate da quelli che saranno i partner tariffali rilevanti in futuro per questo settore di prestazioni.

Die vorliegende Machbarkeitsstudie konnte zeigen, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Aufgrund der Verfügbarkeit dieser Daten auf Fallebene lassen sich rasch ambulante Pauschalen etablieren. In der heutigen Tarifwelt gibt es systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch - aber nicht ausschliesslich - aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung „ambulant vor stationär“ reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der vorliegenden Arbeit wurde die Pauschalierung gemäss dem SwissDRG-Fallpauschalensystem gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen. Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden.

Introduzione

Gli interventi ospedalieri che, in particolare grazie ai progressi della tecnica, possono essere eseguiti anche ambulatorialmente, vengono definiti potenziale ambulatoriale. I vantaggi insiti nel promuovere il trattamento ambulatoriale anziché ospedaliero di questi casi sono evidenti. In caso di prestazioni equiparabili, il setting ambulatoriale è più conveniente dal punto di vista dei costi, mentre la fornitura nel settore ospedaliero, che richiede maggiori risorse ed è quindi sproporzionata, è contraria ai criteri di EAE stabiliti nella LAMal. Anche dal punto di vista del paziente, la fornitura delle prestazioni nel settore ambulatoriale riduce i disagi per la persona interessata. Tra gli altri aspetti, un trattamento nel settore ambulatoriale può essere più facilmente orientato secondo le esigenze del paziente, i rischi di infezione sono minori ed è possibile ridurre il livello di stress del paziente, soprattutto in pediatria (cfr. [2], p. 24). Non da ultimo il trattamento ambulatoriale, essendo più conveniente, consente di sgravare non solo i pazienti ma anche i contribuenti e chi versa premi assicurativi.

Il rapporto di esperti «Misure per contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione malattie obbligatoria» [1] ha come obiettivo l'individuazione di misure che siano in grado di sgravare l'assicurazione malattia obbligatoria. Anche il confronto a livello internazionale sembra evidenziare del potenziale in tal senso che la Svizzera non ha finora ancora sfruttato. Le misure comprendono sia la promozione del passaggio dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale (M07 Trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale), che la definizione di forfait nel settore ambulatoriale (M15 Promozione d'importi forfettari nel settore ambulatoriale). Inoltre, nel rapporto vengono citate ulteriori misure rilevanti nel contesto dello studio di fattibilità: M25 Aggiornare la struttura tariffale attuale, M26 Introduzione di un finanziamento uniforme delle prestazioni forfettizzate nel settore ambulatoriale ospedaliero, M34 Creazione di un ufficio nazionale delle tariffe (analogo alla SwissDRG SA).

Studi dell'OCSE evidenziano il potenziale ambulatoriale della Svizzera anche nel confronto internazionale: rispetto alla media OCSE relativa agli interventi in linea di principio eseguibili a livello ambulatoriale, la Svizzera presenta quote percentuali più basse di prestazioni fornite nel settore ambulatoriale (cfr. [5], p. 117). I valori medi nel settore ospedaliero sono di conseguenza più elevati. Va aggiunto che questo confronto non può essere effettuato senza considerare altri fattori poiché nelle nazioni OCSE le condizioni quadro vengono gestite in modo diverso proprio per le cure conseguenti agli interventi ambulatoriali (ad es. visita della Spitex, alloggio in alberghi annessi all'ospedale con assistenza medica inclusa), il che implica quindi una diversa definizione di fornitura "ambulatoriale".

Lo studio PwC "Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen" ("Priorità al settore ambulatoriale per risparmiare un miliardo di franchi all'anno") [6] e il documento dell'Osservatorio svizzero della salute Obsan («Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatorio» [3]) contengono approcci per quantificare il risparmio potenziale che potrebbe essere realizzato attraverso una fornitura delle prestazioni nel settore ambulatoriale.

Nel dicembre 2017, il Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA ha incaricato il direttore di elaborare uno studio di fattibilità per i forfait ambulatoriali sulla base dell'elenco di interventi elettivi da effettuare ambulatorialmente dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Obiettivo di questo studio è anche un'analisi e una valutazione critiche dell'attuale struttura di incentivi, soprattutto nell'ottica di un trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale.

Parte I: Fondamenti

1. Incentivi nelle strutture tariffarie e attraverso il finanziamento

Annualmente, la struttura tariffaria SwissDRG viene ulteriormente sviluppata sulla base di dati attuali relativi alle prestazioni e ai costi. Tale metodo basato sui dati consente di mappare nella struttura tariffaria la realtà dell'assistenza medica e i cambiamenti a livello dei costi dei singoli casi.

Anche con la SwissDRG versione 8.0, nella struttura tariffaria è ancora presente una cosiddetta compressione. Ciò significa una sopravvalutazione di casi con gravità inferiore e una potenziale sottovalutazione di casi di trattamento più complessi. Tale sotto- e sopravvalutazione è la conseguenza di diversi fattori, tra cui l'attuale base di dati.

La struttura dei costi ed eventuali chiavi di ripartizione vengono indicate dal manuale REKOLE®. Valutare tale procedura di ripartizione e la rilevazione dei costi non rientra tra gli obiettivi del presente studio di fattibilità.

Oltre ai possibili incentivi errati sotto descritti (ad es. tariffe per le singole prestazioni vs. forfait, struttura tariffaria obsoleta, casi coperti da assicurazione complementare) non è possibile confermare il sospetto che nell'ambito della struttura tariffaria SwissDRG vi siano ancora incentivi errati che ostacolerebbero il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale.

I partner della SwissDRG SA si sono accordati su un modo di procedere basato sui costi per il calcolo dei cost-weight (costi imputabili sulla base dei costi effettivi di REKOLE®). Le prestazioni con un potenziale di trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, qui analizzate in modo più approfondito, non sono sistematicamente sovrarimunerate rispetto alle altre prestazioni puramente ospedaliere, ma possono eventualmente essere soggette all'effetto di compressione sopradescritto.

Incentivi con effetto negativo riguardo al passaggio dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale si hanno quando trattamenti per i quali, sia dal punto di vista medico che da quello sociale, è indicato un setting ambulatoriale, vengono comunque eseguiti in ambito ospedaliero. Obiettivo del presente capitolo è esporre tali incentivi con effetto negativo che ostacolano o addirittura impediscono il passaggio dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale.

1.1. Tariffa per singola prestazione vs. forfait

Supponendo che tutti gli operatori coinvolti siano sostanzialmente favorevoli all'esecuzione nel settore ambulatoriale di interventi elettivi selezionati e che i sistemi tariffari TARMED e SwissDRG siano in grado di mappare bene il consumo di risorse, la decisione in merito alle modalità di fornitura delle prestazioni a livello del singolo caso dovrebbe essere presa sulla base dell'indicazione dal punto di vista medico e sociale.

Mentre TARMED corrisponde a una tariffa per singola prestazione, la SwissDRG forfettizza le prestazioni fornite. A differenza delle tariffe per singola prestazione, i sistemi basati su forfait non creano l'incentivo a produrre il maggior numero possibile di prestazioni per singolo caso, bensì a focalizzarsi sui trattamenti necessari dal punto di vista medico. Per questo si può presupporre che i forfait riducano le possibilità di incremento delle quantità.

Un effetto selettivo nella scelta del sistema tariffario può risultare anche nella direzione opposta, cioè dal settore ambulatoriale a quello ospedaliero. Se il forfait genera un ricavo maggiore rispetto alle posizioni TARMED fatturabili, sussistono incentivi finanziari a fornire le prestazioni nel settore ospedaliero.

Solo regole di conteggio chiare e non manipolabili possono garantire che la fornitura nel settore ospedaliero avvenga solo se necessaria dal punto di vista medico.

1.2. Trattamento ambulatoriale precedente e successivo

I trattamenti precedenti e successivi a ricoveri ospedalieri e gli interventi ambulatoriali contribuiscono a garantire e consolidare il successo della terapia. Gli incentivi negativi riguardo a trattamenti ambulatoriali precedenti e successivi dipendono dalla capacità di mappare le prestazioni sia nell'ambito del forfait che attraverso singole posizioni in TARMED. La conseguenza può essere la fornitura di una prestazione a livello ambulatoriale che è anche contenuta nel DRG fatturabile. Regole chiare per quanto concerne le prestazioni contenute in un forfait (ad es. i trattamenti ambulatoriali precedenti e successivi effettuati presso lo stesso fornitore di prestazioni entro un determinato periodo di tempo potrebbero essere inclusi nel forfait ambulatoriale od ospedaliero tramite una regola di conteggio) ridurrebbero tali incentivi negativi. Anche i forfait per il settore ambulatoriale sono interessati da tali incentivi e anche in questo campo è necessaria una regolamentazione chiara.

1.3. Strutture tariffarie obsolete (tariffazione non uniforme)

I costi delle prestazioni cambiano in continuazione. Le prestazioni per le quali, ad esempio, i costi si sono ridotti grazie al progresso tecnologico ma che sulla base della tariffa prevedono ancora la stessa remunerazione, diventano finanziariamente attraenti.

Nel settore ambulatoriale gli ospedali, mediamente, non riescono più a coprire i propri costi (cfr. [3], p. 29). Già per questo motivo si possono generare incentivi al trasferimento nel settore ospedaliero. Lo stesso meccanismo si innesca a seguito di strutture tariffarie ormai superate. Se in una tariffa le prestazioni non sono correttamente mappate, si creano incentivi al trasferimento.

Una caratteristica qualitativa essenziale della struttura tariffaria SwissDRG è il suo ulteriore sviluppo su base annuale. Anche nel settore ambulatoriale la struttura tariffaria deve essere costantemente adattata alla situazione attuale.

1.4. Finanziamento eterogeneo delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere

Mentre nel settore LAMal ospedaliero il 55% della remunerazione è a carico dei cantoni (con il 45% a carico degli assicuratori), le prestazioni ambulatoriali sono totalmente a carico degli assicuratori. In base all'ammontare della remunerazione e ammesso che le prestazioni possano essere fornite sia nel settore ospedaliero che ambulatoriale, per gli assicuratori non vi sono incentivi al trasferimento nel settore ambulatoriale poiché in un setting ambulatoriale la remunerazione è totalmente a carico loro. Il trasferimento delle prestazioni nel settore ambulatoriale riduce invece le spese per i cantoni.

Nello studio dell'Obsan, i risparmi dei Cantoni sui costi di un ulteriore trasferimento nel settore ambulatoriale per i settori definiti in questo studio (cfr. [3], p.9) sono stimati in 90 milioni di franchi. Gli effetti per gli assicuratori sono difficili da valutare, a tale proposito saranno determinanti per ogni settore di prestazioni le differenze nell'ammontare della remunerazione secondo le tariffe per gli interventi operativi ambulatoriali. Non si possono quindi escludere ulteriori oneri per assicuratori e pagatori dei premi. Per valutare gli effetti finanziari sull'intero sistema è necessaria una serie di supposizioni. Analogamente al settore ospedaliero, tali calcoli farebbero parte della richiesta di modifica delle tariffe e dovrebbero essere presentati dai partner tariffali.

1.5. Trasferimento di casi coperti da assicurazione complementare

Per le prestazioni fornite nel settore ospedaliero a pazienti assicurati in reparto semiprivato o privato, gli ospedali/i medici ricevono di norma una remunerazione integrativa dall'assicurazione complementare. Nel settore ambulatoriale la remunerazione avviene, nei casi normali, indipendentemente dalla classe di assicurazione e non ne risultano possibilità di guadagno aggiuntive per gli ospedali. Ciò crea incentivi errati dal momento che gli ospedali, attraverso gli onorari dell'assicurazione complementare, traggono beneficio dalla fornitura di prestazioni nel settore ospedaliero. Se il guadagno del medico è correlato agli onorari

generati, la fornitura delle prestazioni nel settore ospedaliero per i pazienti con assicurazione complementare rappresenta per i medici un'ulteriore possibilità di guadagno, il che costituisce a sua volta un incentivo al trattamento in ambito ospedaliero.

Analisi da noi effettuate autonomamente confermano questa valutazione. Mentre nel 2016, nel campo di applicazione della SwissDRG, nella classe di degenza «comune» il 41,3% dei casi rappresentano interventi pianificati, nella classe di degenza «semiprivata» sono già il 53,6% e nella classe di degenza «privata» il 56,6% (cfr. Figura 1). È vero che la classe di degenza non corrisponde obbligatoriamente alla classe di assicurazione, ma è lecito attendersi un'elevata correlazione. Sulla base della preventiva definizione della classe di assicurazione è possibile spiegare il tipo di ammissione mediante la classe di assicurazione: in particolare nel caso degli interventi pianificabili i medici curanti dispongono di una maggiore autonomia di trattamento e possono gestire meglio l'andamento del processo di trattamento.

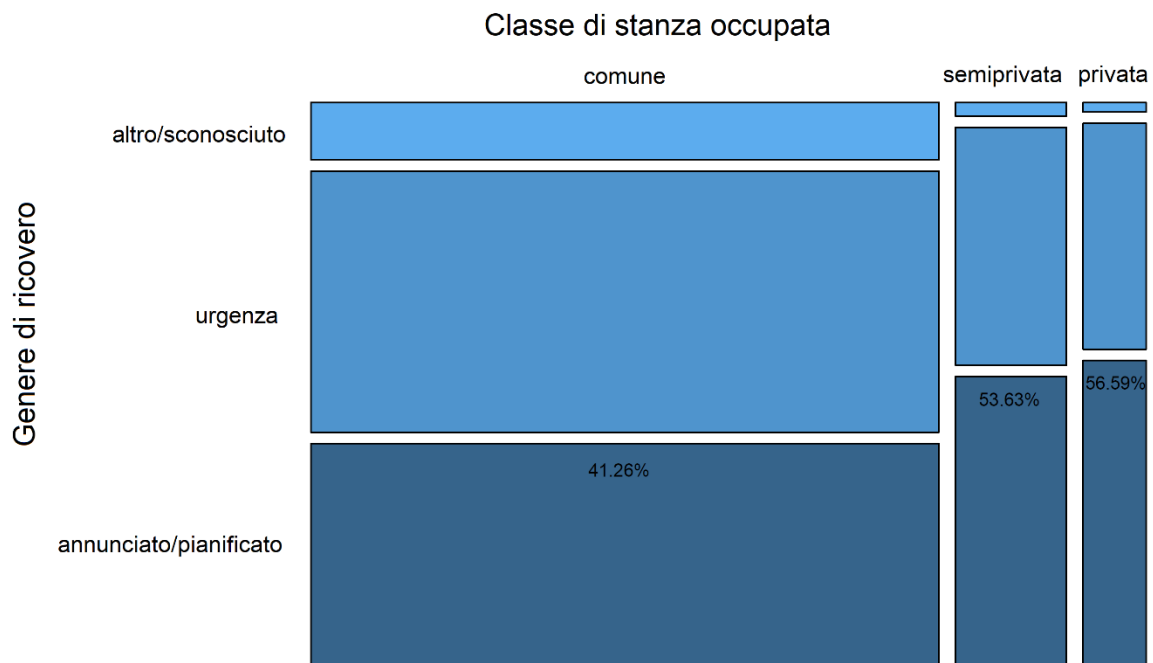


Figura 1: Quota di interventi annunciati/pianificati per classe di degenza, campo di applicazione della SwissDRG 2016

2. Condizioni quadro

Per introdurre forfait ambulatoriali, che sono descritti in modo più dettagliato nella parte II del presente rapporto, devono essere tra l'altro soddisfatte determinate condizioni quadro al fine di ridurre gli incentivi errati. Qui di seguito sono elencate le singole condizioni principali dal punto di vista della SwissDRG SA. A tale proposito è inevitabile toccare problematiche di carattere politico. Esse non vengono tuttavia in alcun modo descritte fornendone una valutazione, bensì solo ai fini di un'analisi non esaustiva.

2.1. Campo di applicazione, livello dei fornitori di prestazioni

Si tratta di definire quali casi rientrano nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali.

Se i casi ambulatoriali trattati presso uno studio medico non vengono inclusi nel campo di applicazione, ciò contraddice il principio «stessa tariffazione per la stessa prestazione indipendentemente dal luogo in

cui viene fornita”. A seguito del diverso ammontare della remunerazione per gli stessi interventi in base all’applicazione della tariffa scelta si generano nuovi incentivi errati.

2.2. Campo di applicazione, livello delle prestazioni

L’incarico concernente lo studio di fattibilità per lo sviluppo di forfait ambulatoriali fa concreto riferimento alle prestazioni secondo l’elenco contenuto nell’allegato 1a cifra I, OPre degli interventi elettivi da effettuare ambulatorialmente. Il metodo descritto nella parte II consentirebbe tuttavia di valutare ulteriori prestazioni. Va chiarito per quali prestazioni devono essere introdotti forfait ambulatoriali, rispettivamente quali casi rientrano nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali. È pensabile iniziare con un determinato set di prestazioni e ampliare poi progressivamente la struttura tariffaria. Resta da chiarire in che misura ciò sia auspicato e secondo quali criteri debba essere ampliato il catalogo.

Dal punto di vista degli autori, una limitazione agli interventi ambulatoriali ha senso in linea di principio a partire da una determinata complessità medica. Le singole prestazioni, ad es. gli esami non invasivi (CHOP Z68.11 Esplorazione digitale dell’utero), non sono adatti al calcolo di un forfait né dal punto di vista dei contenuti, né sulla base del consumo di risorse. È inoltre necessario descrivere le prestazioni in modo univoco. Non ha senso inserire nel catalogo delle prestazioni codici CHOP indeterminati e non descritti in modo più dettagliato per via del loro ampio margine interpretativo.

Secondo l’Obsan ([4], S.9), le prestazioni sono state suddivise in tre fasi del trasferimento: una fase iniziale, una fase intermedia e una fase finale del trasferimento. In linea di principio sembra opportuno valutare le prestazioni che si trovano nella fase iniziale o intermedia del processo di trasferimento. Va invece evitato un obbligo di valutazione nella fase di transizione (valutazione iniziale mediante casi ospedalieri) per le prestazioni nella fase finale poiché, non da ultimo, anche le quote relative di casi ospedalieri sul totale dei casi risultano ridotte.

Lo sviluppo di forfait ambulatoriali sembra utile non solo con riferimento al potenziale di trasferimento o all’andamento delle quantità, bensì anche se la loro valutazione nell’attuale sistema tariffario è superata e ne risultano incentivi errati.

2.3. Protezione tariffale

Secondo quanto spiegato nella LAMal art. 44 riguardo alla protezione tariffale, i fornitori di prestazioni per le prestazioni obbligatorie per legge non sono autorizzati a pretendere ulteriori remunerazioni, nemmeno con il consenso del paziente. Le tariffe stabilite contrattualmente devono essere rispettate. Va pertanto garantito che ai pazienti non vengano fatturate prestazioni soggette alla protezione tariffale. Va anche prestata attenzione che i fornitori di prestazioni accettino ed eseguano l’incarico di trattamento per gli interventi ambulatoriali. Deve essere evitato che gli interventi da eseguire ambulatorialmente vengano trasferiti nel settore ospedaliero a carico di una remunerazione aggiuntiva da parte del paziente.

2.4. Modalità di applicazione

Le regole di applicazione sono inscindibilmente correlate alle strutture tariffarie. Per questo, esse devono essere definite prima di introdurre i forfait ambulatoriali. A tale proposito il gruppo di lavoro Regole di fatturazione nell’ambito della SwissDRG SA può occuparsi delle necessarie armonizzazioni con il settore ospedaliero.

2.5. Attualità delle strutture tariffarie

Riguardo alla possibilità di evitare o eliminare incentivi negativi esistenti nel sistema, è necessario che la struttura tariffaria esistente per la remunerazione di singole prestazioni ambulatoriali venga aggiornata e costantemente sviluppata. Anche le valutazioni per i forfait ambulatoriali devono poter essere aggiornate in modo che siano attuali. La struttura e il metodo di calcolo del sistema devono pertanto essere orientati

a fare in modo che possano essere effettuati adeguamenti del sistema (nel senso di un sistema autoapprendente) e inserimenti di nuovi settori/interventi (ampliabilità).

2.6. La questione del finanziamento dal punto di vista dei sostenitori dei costi, EFAS

Riguardo alla possibilità di evitare o eliminare incentivi negativi esistenti nel sistema sembra utile ripensare il regime di finanziamento delle prestazioni (ospedaliero-)ambulatoriali e ospedaliere attualmente in vigore, adattandolo in modo da garantire incentivi uniformi per tutti gli operatori. L'obiettivo è promuovere il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale.

2.7. Organizzazione e finanziamento della SwissDRG SA

Lo scopo sociale della SwissDRG SA è descritto come «l'elaborazione e l'ulteriore sviluppo, nonché l'adeguamento e la cura delle strutture tariffarie [...] necessarie per la remunerazione riferita alla prestazione del trattamento ospedaliero [...]». Se i forfait ambulatoriali devono essere elaborati nell'ambito della SwissDRG SA e successivamente introdotti, è necessaria una modifica dello statuto della SwissDRG SA.

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LAMaI, le attività della SwissDRG SA in relazione alle strutture tariffarie ospedaliere vengono finanziate tramite un contributo per ogni caso. Tale contributo va impiegato esclusivamente per scopi correlati alle strutture tariffarie ospedaliere. I lavori correlati ai forfait ambulatoriali non possono pertanto essere finanziati tramite il contributo per ogni caso, il che rende necessario un finanziamento separato.

2.8. Modifiche legislative

Non da ultimo, è necessario verificare in che misura siano necessarie modifiche legislative (LAMaI, OCPRe).

3. Presupposti per un ulteriore sviluppo

Una valutazione iniziale dei forfait ambulatoriali per gli interventi ambulatoriali con l'ausilio di dati sui casi ospedalieri appare logica sulla base di diverse circostanze (cfr. parte II). L'introduzione e il necessario eventuale ulteriore sviluppo di una struttura tariffaria per i forfait ambulatoriali sono soggetti a determinate limitazioni che vengono spiegate brevemente qui di seguito.

3.1. Revisione del raggruppamento/metodo di calcolo

Il metodo proposto utilizza per la valutazione dei forfait ambulatoriali esclusivamente casi del settore ospedaliero. Questo modo di procedere sembra logico per via della disponibilità dei dati e della definizione delle prestazioni tramite codici CHOP nell'elenco dell'UFSP. Volendo creare un sistema autoapprendente, analogo a quello per il settore ospedaliero, la struttura tariffaria deve poter essere ulteriormente sviluppata. L'obiettivo deve essere la possibilità di adattare il raggruppamento e il metodo in modo che, in un momento successivo, i relativi casi ambulatoriali confluiscono nel calcolo. Gli utilizzatori della struttura devono registrare i casi ambulatoriali che vengono conteggiati secondo i forfait ambulatoriali seguendo direttive modificate che ne consentano successivamente il raggruppamento e la conteggiabilità (ad es. ICD/CHOP). Non appena, tramite la rilevazione dei dati SwissDRG, verranno rilevati anche casi ospedaliero-ambulatoriali nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali (cfr. 3.2), sarà anche possibile affinare il raggruppamento e il metodo di calcolo.

3.2. Necessità di ampliamento della rilevazione dei dati

Il necessario adeguamento del metodo di calcolo sopra descritto volto a integrare i casi ambulatoriali comporta che i rispettivi casi debbano essere inclusi in aggiunta nella rilevazione dei dati della SwissDRG SA. Tale ampliamento della rilevazione dei dati comporta, in particolare per i fornitori di prestazioni ma anche per la SwissDRG SA, un onere aggiuntivo che presenta caratteristiche differenti in base a diversi fattori.

Da parte dei fornitori di prestazioni la parte più significativa dell'onere aggiuntivo dovrebbe consistere pertanto nel fatto che i casi che vengono conteggiati sulla base di forfait ambulatoriali dovranno essere codificati in modo analogo ai casi stazionari. Inoltre, al fine di sviluppare ulteriormente il metodo di calcolo e la struttura tariffaria, è necessario nel complesso che tutti i dati relativi a prestazioni e costi siano disponibili nello stesso formato come per i casi ospedalieri (codifica CHOP e ICD e costi per caso secondo REKOLE®). È inoltre necessario che i fornitori di prestazioni siano obbligati a fornire i dati. Va obbligatoriamente tenuta in considerazione la proporzionalità dell'onere aggiuntivo, che si genererebbe soprattutto in una fase di transizione, e degli adeguamenti necessari.

La SwissDRG SA da parte sua dovrà provvedere a modificare l'interfaccia Web per la rilevazione dei dati e le strutture nelle banche dati. Inoltre, devono essere ulteriormente sviluppati tutti i processi per una rilevazione dei dati estesa. Segnatamente in questa sede vanno citati la logica di plausibilizzazione e lo scambio con i fornitori di prestazioni ad essa correlato.

3.3. Stato della rilevazione dei dati dei casi ambulatoriali a livello svizzero

Il progetto MARS si occupa della creazione di statistiche sull'assistenza ambulatoriale. Viene fatta distinzione tra gli ospedali da un lato e gli studi medici/i centri ambulatoriali dall'altro. I contenuti della rilevazione dei dati dei pazienti in ambulatorio ospedaliero sulla base del singolo caso comprendono tipo, entità e costi delle prestazioni fornite, nonché il tipo di ammissione e dimissione. La rilevazione della diagnosi è auspicata ma non è ancora obbligatoria dal momento che la codifica avviene sulla base di diverse classificazioni. Secondo l'Ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal rivista (in vigore dal 1.1.2015), il Dipartimento federale dell'interno (DFI) definirà entro il 2019 classificazioni delle diagnosi e delle procedure per il settore «Riabilitazione e prestazioni ambulatoriali» applicabili a livello nazionale. Esse verranno poi introdotte rispettando il principio della proporzionalità. Da parte degli studi medici e dei centri ambulatoriali fino ad ora la rilevazione è stata rivolta ai dati strutturali. In futuro anche i dati dei pazienti dovranno essere rilevati in modo analogo ai dati ospedalieri, cioè indicando i trattamenti e le prestazioni ricevuti, oltre alla diagnosi. Al fine di ridurre al minimo gli oneri per i fornitori dei dati, verranno rilevate principalmente informazioni che sono già presenti in formato elettronico nei sistemi gestionali delle aziende o in banche dati e registri esistenti.

Al momento, la SwissDRG SA non è in possesso di dati relativi a prestazioni e costi di casi ambulatoriali che siano idonei per scopi di sviluppo della struttura tariffaria.

4. Questioni da chiarire

Dai capitoli 1-3 è possibile dedurre questioni e richieste in sospeso nei confronti di una struttura tariffaria SwissDRG-PAM. Il 21 settembre 2018 il Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA non ha deciso in merito alle questioni elencate, bensì in merito alla prosecuzione del progetto PAM in generale. Alle domande riportate qui di seguito è necessario dare una risposta prima dell'eventuale introduzione dei forfait ambulatoriali.

- Lo scopo sociale della SwissDRG SA deve essere esteso, il che rende necessaria una modifica dello statuto.
- È necessario regolare il finanziamento dei lavori concernenti le tariffe ambulatoriali nell'ambito della SwissDRG.
- Va verificato se e in che misura siano necessari adeguamenti nella OCPre.
- Devono essere effettuati un'elaborazione e un adeguamento nella LAMal.

- A quale ambito di applicazione si devono riferire i forfait PAM?
 - a) In una prima fase al settore ospedaliero-ambulatoriale e in una seconda fase, dopo la valutazione delle esperienze e in base ai risultati, anche al settore ambulatoriale negli studi medici.
 - b) Contemporaneamente al settore ospedaliero-ambulatoriale e a quello ambulatoriale in studio medico.
 - c) Solo al settore ospedaliero-ambulatoriale.
- Le modalità di applicazione devono essere definite con riferimento all'entità delle prestazioni dei forfait. A tale scopo le prestazioni devono essere descritte in modo univoco e deve essere chiarito quali trattamenti precedenti e successivi sono integrati nel forfait o vanno distinti rispetto ad esso.
- Si tratta di definire quali prestazioni rientrano nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali:
 - a) va considerato solo l'elenco degli interventi da effettuare ambulatorialmente contenuto nella OPre;
 - b) sulla base di criteri bisogna stabilire quali ulteriori procedure rientrano nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali.
- Inoltre, è necessario precisare se e quali prestazioni subordinate del campo di applicazione dei forfait ambulatoriali vengono escluse (ad es. esami non invasivi, prestazioni indeterminate e non descritte più dettagliatamente, cfr. parte II punto 1.1).
- Si tratta di definire se le prestazioni nel campo di applicazione debbano essere valutate in base alle fasi del trasferimento (secondo Obsan):
 - a) valutare solo gli interventi nella fase iniziale e di transizione;
 - b) valutare anche le prestazioni nella fase finale (ad es. cataratta) secondo un obbligo di valutazione.
- Va assicurato che la protezione tariffale sia garantita:
 - a) i fornitori di prestazioni non sono autorizzati a pretendere ulteriori remunerazioni per le prestazioni obbligatorie per legge;
 - b) i fornitori di prestazioni sono tenuti ad accettare ed eseguire l'incarico di trattamento per gli interventi ambulatoriali.
- Il regime di finanziamento attualmente valido per le prestazioni (ospedaliero-)ambulatoriali e ospedaliere va ripensato e adattato cercando di creare incentivi neutrali (cfr. parte I, punto 2.6).
- Va chiarito a quale ambito si riferisce la rilevazione dei dati su costi e prestazioni a medio termine. Devono essere valutati gli ulteriori vantaggi derivanti dall'inclusione dei casi ambulatoriali in studio medico.
- Come deve essere organizzata la struttura tariffaria?
 - a) La SwissDRG SA calcola i cost-weight come qui indicato (grandezza di riferimento secondo SwissDRG v8.0). I partner tariffali negoziano i prezzi base.
 - b) La SwissDRG SA calcola i cost-weight mediante una grandezza di riferimento autonoma per le prestazioni ambulatoriali (sganciamento dal catalogo dei forfait per caso SwissDRG). I partner tariffali negoziano i prezzi base.
 - c) La SwissDRG SA deve quantificare i forfait PAM attraverso importi in franchi.

-
- Va chiarito in che misura debba essere consentita la fatturazione di remunerazioni supplementari in aggiunta ai forfait. Il metodo di calcolo deve essere adeguato tenendo in considerazione la decisione in merito alla conteggiabilità.
 - a) Le remunerazioni supplementari possono essere conteggiate secondo l'allegato 2 del catalogo dei forfait per caso SwissDRG.
 - b) Non è consentito fatturare remunerazioni supplementari in aggiunta a un forfait ambulatoriale.
 - c) Per ogni ambito di prestazioni definito sono ammesse solo determinate remunerazioni supplementari. La regolamentazione delle possibili remunerazioni supplementari deve essere effettuata secondo criteri definiti.

Parte II: metodi e risultati

Per i casi ospedalieri rilevati dalla SwissDRG SA sono disponibili i costi effettivamente sostenuti. La parte II espone l'elaborazione di una struttura tariffaria per i forfait ambulatoriali sulla base della struttura tariffaria SwissDRG (SwissDRG-PAM). Viene effettuata un'assegnazione dei settori di prestazioni, vengono delimitati i casi e i costi per i dati disponibili e si mostra in che modo è stata effettuata la valutazione dei forfait. La parte II del presente studio di fattibilità si conclude con una discussione.

1. Settori di prestazioni

1.1. Elenco degli interventi elettivi da effettuare ambulatorialmente

Per l'analisi vengono utilizzati tutti gli interventi indicati nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) nella versione 1.0 del 23 novembre 2017. L'elenco, pubblicato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), contiene i sei seguenti gruppi di interventi:

- A. Interventi sulle vene varicose dell'arto inferiore monolaterali
- B. Interventi sulle emorroidi
- C. Operazioni di ernia monolaterali
- D. Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero
- E. Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco
- F. Interventi su tonsille e adenoidi

Per ogni gruppo sono stati elencati diversi codici CHOP 2017 per i quali un trattamento ambulatoriale sembra essere in linea di principio indicato e adeguato. I codici CHOP 2017 corrispondono ai codici CHOP 2018 secondo le modifiche della OPre del 7 giugno 2018. Come indicato nella parte I (punto 2.2), agli autori non sembra opportuno calcolare un forfait per prestazioni singole o indeterminate. Per questo gli esami elencati qui di seguito non sono stati inclusi in questo studio (secondo CHOP 2017):

- Z49.41 Riduzioni di emorroidi
- Z49.42 Iniezione di emorroidi
- Z49.47 Rimozione di emorroidi trombizzate
- Z49.49.00 Altri interventi sulle emorroidi, NAS
- Z49.49.10 Altri interventi sulle emorroidi, Sclerotizzazione
- Z49.49.11 Altri interventi sulle emorroidi, Legatura elastica
- Z49.49.99 Altri interventi sulle emorroidi, altro
- Z67.11 Biopsia endocervicale
- Z67.12 Altra biopsia cervicale
- Z67.19 Altre procedure diagnostiche sulla cervice
- Z68.11 Esplorazione digitale dell'utero

1.2. Ampliamenti dell'elenco degli interventi

Come descritto in questo studio, i forfait sono adatti anche a mappare gli interventi invasivi come ad es. la coronarografia. Santésuisse e la FMCH hanno sottoscritto un contratto concernente una tariffa forfettaria ambulatoriale per le operazioni di cataratta. Per questo, oltre agli interventi definiti nell'elenco contenuto nell'allegato 1a cifra I,r OPre, confluiscono nell'analisi anche i seguenti codici CHOP di due gruppi di interventi contenuti negli elenchi cantionali [7]:

G. Cataratta

CHOP 2016	Denominazione
Z13.11	Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale inferiore
Z13.19	Altra estrazione intracapsulare del cristallino
Z13.2	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di estrazione lineare
Z13.3	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)
Z13.41	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta
Z13.42	Facoframmentazione meccanica ed aspirazione di cataratta per via posteriore
Z13.43	Facoframmentazione meccanica ed altra aspirazione di cataratta
Z13.51	Estrazione extracapsulare del cristallino per via temporale inferiore
Z13.59	Altra estrazione extracapsulare del cristallino
Z13.64	Discissione di membrana secondaria [dopo cataratta]
Z13.65	Asportazione di membrana secondaria [dopo cataratta]
Z13.66	Frammentazione meccanica di membrana secondaria [dopo cataratta]
Z13.69	Altra estrazione di cataratta

H. Cateterismo cardiaco / Angiocardiografia

CHOP 2016	Denominazione
Z37.21	Cateterismo cardiaco del cuore destro
Z37.22	Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
Z37.23	Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro
Z88.50	Angiocardiografia, NAS
Z88.51	Angiocardiografia della vena cava
Z88.52	Angiocardiografia del cuore destro
Z88.53	Angiocardiografia del cuore sinistro
Z88.54	Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
Z88.55	Arteriografia coronarica con catetere singolo
Z88.56	Arteriografia coronarica con catetere doppio
Z88.57	Altra e non specificata arteriografia coronarica

2. Metodologia

In questo capitolo viene descritto il modo di procedere per la valutazione dei forfait ambulatoriali. Un trasferimento dei codici CHOP 2017 a quelli del 2016 garantisce che i casi e le relative prestazioni definiti per il 2017 (codice CHOP 2017) potranno essere delimitati mediante i dati 2016 in possesso della SwissDRG SA (codici CHOP 2016). Poi nel capitolo Assegnazione DRG per ogni codice CHOP viene determinato un DRG secondo la versione 8.0, che mappa la prestazione nel modo migliore. La delimitazione dei casi permette di definire quali casi vengono presi in considerazione per un forfait ambulatoriale. La successiva delimitazione dei costi descrive quali componenti di costo del setting ospedaliero esistono e confluiscono nel calcolo per una successiva utilizzabilità ambulatoriale. Il capitolo 2 si chiude con il metodo di calcolo e la valutazione dei forfait.

2.1. Organizzazione della struttura tariffaria

Il metodo per la valutazione dei forfait ambulatoriali proposto nel presente rapporto si basa sul metodo di calcolo della struttura tariffaria SwissDRG. In tale ottica sembra utile integrare i forfait ambulatoriali nella struttura tariffaria SwissDRG. Tuttavia ciò non è obbligatoriamente necessario e dovrebbe dipendere tra l'altro dal modo in cui è organizzata la valutazione della prestazione. Se devono essere indicati esclusivamente cost-weight che comportano ulteriori negoziazioni del prezzo di base, è pensabile un'integrazione nella struttura tariffaria SwissDRG. Se vengono valutate prestazioni con importi in franchi, un catalogo separato sembra più adatto allo scopo.

2.2. Assegnazione dei DRG

L'assegnazione dei DRG è stata effettuata sulla base della rilevanza per il raggruppamento delle procedure del codice, senza ulteriori condizioni nell'ambito dei tipici gruppi di diagnosi principale (MDC), ad es. artroscopia al ginocchio in DRG della MDC 08: Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo. In aggiunta sono stati considerati gli split per età esistenti.

Gruppo	Denominazione	DRG secondo Versione 8.0
A1	Operazioni sulle vene varicose dell'arto inferiore monolaterali	Vene varicose F39C
B1	Interventi sulle emorroidi	Emorroidi G26A (<16 anni)
B2		G26B (>15 Anni)
C1	Operazioni di ernia monolaterali	Ernia G09E
D1	Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero	Cervice uterina N09Z
D2		Isteroscopia N10Z
D3		Raschiamento O40Z
D4		Biopsia dell'utero N25Z
E1	Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco	Artroscopie del ginocchio I18A (<16 Anni)
E2		I18B (>15 Anni)
F1	Interventi su tonsille e adenoidi	Tonsille D30B (<16 Anni)
F2		D30C (>15 Anni)
F3		Adenoidectomia senza tonsillectomia D13A (<6 Anni)
F4		D13B (>5 Anni)
G1	Cataratta	Estrazione extracapsulare o intracapsulare C08A (bilaterale)
G2		C08B (unilaterale)
G3		Altra estrazione di cataratta C20Z
H1	Cateterismo cardiaco / Angiocardiografia	Cateterismo cardiaco / Angiocardiografia senza vena cava F49F
H2		Angiocardiografia della vena cava F75D (>17 Anni)

Le assegnazioni dei rispettivi codici CHOP ai DRG secondo la versione 8.0 sono elencate in modo dettagliato nell'allegato A.

2.3. Delimitazione dei casi

Per il calcolo vengono utilizzati dati del 2016. Da base fungono i casi del 2016 che sono stati utilizzati anche per lo sviluppo del sistema della SwissDRG versione 8.0 (cfr. Figura 2). Per queste quantità, la SwissDRG SA ha potuto effettuare i passaggi correttivi necessari (depurazione dei costi per insegnamento e ricerca, ulteriori costi per casi privati o semiprivati, costi per remunerazioni supplementari). Anche questi casi superano la verifica di plausibilità e possono pertanto essere definiti complessivamente casi plausibili.

Un caso plausibile viene raggruppato secondo la versione 8.0 e resta nei dati per il calcolo solo se viene classificato in un DRG per il quale deve essere calcolato un forfait ambulatoriale. In aggiunta, il caso non deve essere né deceduto né interessato da un'eccezione e/o dimissione per trasferimento. Anche se sono stati registrati costi per un reparto di terapia intensiva o se il caso è interessato da una remunerazione supplementare, esso viene escluso dalla base di calcolo.

Ha luogo una determinazione (ex post) basata sui dati della base di calcolo. Una delimitazione definitiva secondo la OPre non è considerata adatta per scopi di calcolo poiché in tal modo la quantità di casi dipenderebbe fortemente da queste direttive e limiterebbe l'ulteriore sviluppo. Il metodo per la delimitazione dei casi viene verificato annualmente tenendo in considerazione la mappabilità dei casi e, se necessario, adeguato.

Totale dei casi	Rilevazione SwissDRG	
1'335'246	1'060'732	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria / Riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissione al di fuori del periodo di rilevazione
1'276'785	1'056'577	Casi nel campo di applicazione della SwissDRG (incl. le case per partorienti)
	↓	- casi di DRG non rilevanti - casi con durata del ricovero > 1 - casi trasferiti o deceduti - casi con costi per reparto di terapia intensiva - casi con remunerazioni supplementari
	30'576	Casi ospedalieri nell'ambito di applicazione ex post dei forfait ambulatoriali (SwissDRG-PAM)
	↓	- casi privati non utilizzabili - casi senza costi completi - Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione totale di 7 ospedali)
	28'623	Dati di calcolo SwissDRG-PAM

Figura 2: Erosione dei dati relativi ai forfait ambulatoriali (SwissDRG-PAM)

Per il calcolo dei casi restano pertanto 28'623 casi che si distribuiscono sui DRG nel seguente modo:

DRG		Numero di casi ospedalieri nell'ambito di applicazione ex post dei forfait ambulatoriali SwissDRG-PAM	Numero di casi utilizzati per il calcolo SwissDRG-PAM
A1	F39C	1564	1427
B1	G26A	86	79
B2	G26B	1837	1754
C1	G09E	4499	4274
D1	N09Z	1138	1095
D2	N10Z	1896	1760
D3	O40Z	2119	1946
D4	N25Z	874	819
E1	I18A	978	952
E2	I18B	7597	6947
F1	D30B	609	597
F2	D30C	502	484
F3	D13A	332	323
F4	D13B	278	271
G1	C08A	42	38
G2	C08B	724	661
G3	C20Z	198	185
H1	F49F	4861	4627
H2	F75D	442	384
	Total	30'576	28'623

Tabella 1: Dati di calcolo SwissDRG-PAM per ogni DRG

La Tabella 1 mostra nella colonna 3 anche il numero di casi per ogni DRG nell'ambito di applicazione SwissDRG ex post e le quantità di casi effettivamente utilizzati per il calcolo dei forfait. La quantità totale non viene definita esplicitamente come potenziale ambulatoriale poiché qui viene effettuata solo una delimitazione per scopi di calcolo. Nel suo studio, l'Obsan [3] quantifica, per i sei interventi principali definiti dall'UFSP, in circa 33'000 casi il potenziale di casi trasferibili per l'anno 2016.

Non viene effettuata una delimitazione dei casi secondo gli interventi OPre e/o i criteri a favore di una esecuzione ospedaliera: da calcoli di simulazione risulta che, data l'omogeneità dei casi nei DRG, i cost weight successivi presentano solo leggere differenze se per il calcolo vengono considerati solo i casi con le procedure previste secondo la lista contenuta nell'allegato 1a cifra I, OPre rispettivamente le liste

cantionali. Lo stesso vale per le delimitazioni di casi secondo i criteri a favore di un'esecuzione nel settore ospedaliero. Se viene effettuata una delimitazione dei casi secondo PCCL, risultano comunque solo leggere modifiche riguardo a quantità di casi e calcolo dei cost-weight.

Se un intervento può o meno essere eseguito nel settore ambulatoriale dipende, oltre che dall'idoneità dell'intervento, anche dall'idoneità del paziente (aspetti sociali e medici). Resta pertanto una decisione nel singolo caso che non deve essere anticipata dalla struttura tariffaria.

2.4. Delimitazione dei costi

Nella rilevazione 2017 dei dati sui costi 2016 sono stati ammessi due formati dei costi. Il formato dei costi più recente e differenziato può essere trasferito sul formato dei costi precedente. A partire dai dati 2017 sarà consentito solo il nuovo formato.

La verifica dei dati 2017 è attualmente in corso. Per questo sembra prematuro utilizzare già tali dati per una prima valutazione. Nel 2017 molti ospedali hanno fornito i dati 2016 ancora nel vecchio formato, il che rende impossibile fare riferimento per il calcolo alle componenti di costo differenziate. Come avvenuto anche per la versione 8.0, le componenti di costo possono confluire nel calcolo solo indifferenziate. Le componenti di costo e i relativi Piani contabili H+ possono essere visualizzati nella documentazione relativa alla rilevazione 2017¹.

Nel setting ospedaliero, i costi totali per ogni caso risultano dalla somma delle singole componenti di costo v10 fino a v39. Qualora nei costi per caso siano compresi i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca, tali costi vengono detratti. Anche i costi aggiuntivi per i casi in reparto privato e semiprivato vengono esclusi in fase di depurazione dei dati. Infine, vengono detratti dai costi totali i costi per eventuali remunerazioni supplementari, sommando invece i costi di utilizzo degli impianti. In tal modo si ottengono costi totali depurati che sono stati utilizzati per il calcolo dei cost-weight della versione 8.0.

Le prestazioni nel settore ospedaliero generano tuttavia costi che nel settore ambulatoriale non esistono. Dopo analisi preventive, sulla base di valori tratti dall'esperienza della SwissDRG SA e delle conoscenze sull'assistenza medica sono state escluse dal calcolo dei costi ambulatoriali totali alcune variabili di costo (cfr. allegato B). A seguito di una rilevazione successiva dei dati relativi ai costi per i casi ambulatoriali presso i fornitori delle prestazioni (cfr. 3.2) la delimitazione dei costi è diventata superflua e per questo va intesa solo come elemento di transizione. Per il calcolo delle tariffe ambulatoriali sono stati utilizzati i costi delle seguenti componenti di costo:

¹ https://www.swissdrg.org/application/files/5314/9365/1815/SwissDRG_Erhebung_2017_i.pdf, visualizzato il 11.07.2018

Costi singoli		Piano contabile H+
v10	Farmaci	400
v12	Impianti	401
v13	Materiale medicale	401
v14	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri	380
v15	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381
v16	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405*
v19	Altri costi singoli	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Costi generali		Centri di costi obbligatori REKOLE®
v20	Sale operatorie	(20)
v23	Diagnostica per immagini e medicina nucleare	(26) + (28)
v24	Laboratorio interno (incl. donazione sangue)	(29)
v26	Corpi medici	(31)
v32	Anestesia	(23)

* Solo quota onorari del conto 405 (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

** Conto 405 senza oneri per onorari di medici per medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

I costi ambulatoriali totali esclusi i costi di utilizzo degli impianti per ogni caso i possono essere calcolati sommando le componenti di costo sopraindicate e detraendo gli oneri aggiuntivi stimati per l'onorario dei medici per i pazienti della classe di degenza privata o semiprivata ($\widehat{on\sigma}_i$) e i costi per insegnamento e ricerca (IeR_i) nel modo seguente (detrazione secondo il metodo di calcolo SwissDRG):

$$costi_esclusiCUI_i = v10_i + \dots + v32_i - \widehat{on\sigma}_i - IeR_i$$

Gli oneri aggiuntivi stimati per l'onorario dei medici vengono determinati in modo analogo alla correzione dei dati per la struttura tariffaria SwissDRG.

Al momento del calcolo i dati 2017 sono già disponibili in formato dei costi differenziato, anche se depurati in modo insufficiente. Per ogni caso, i costi di utilizzo degli impianti (CUI) delle componenti di costo qui utilizzate vengono delimitati tramite i dati 2017 e contrapposti ai costi totali per CUI. Una preventiva identica delimitazione dei casi per i dati 2017 assicura la successiva trasferibilità ai dati 2016. Per ogni DRG j si ottiene così una stima in percentuale della quota CUI ambulatoriale rilevante rispetto all'intero importo per i CUI. Tale stima ($p_CUI_amb_j$) viene quindi applicata ai dati 2016, nei quali i CUI per ogni caso sono disponibili solo in forma aggregata:

$$costi_inclusiCUI_{i,j} = costi_esclusiCUI_i + p_CUI_amb_j * CUI_i$$

Per ogni caso i nei DRG j vengono così determinati i costi totali inclusi i costi di utilizzo degli impianti che confluiscono nel calcolo dei cost-weight.

2.5. Calcolo

Dopo una preventiva delimitazione dei casi e dei costi, nonché il raggruppamento dei casi secondo la SwissDRG versione 8.0, è possibile eseguire il calcolo effettivo. I cost-weight dei forfait ambulatoriali si calcolano in modo analogo, come accade anche per i DRG espliciti con un giorno di ospedalizzazione:

$$CW_j = \frac{mCT_j}{BG_{8.0}}$$

considerando che mCT_j corrisponde ai costi per caso medi del DRG j inclusi i CUI e che $BG_{8.0}$ indica la grandezza di riferimento che per la versione 8.0 corrispondeva a 10'277 CHF.

2.6. Valutazione dei forfait ambulatoriali e confronto

I forfait ambulatoriali sono rappresentati nella colonna 3 (cost-weight SwissDRG-PAM). La colonna 4 consente di effettuare il confronto con i cost-weight effettivi del rispettivo DRG secondo la versione 8.0 per casi con durata della degenza di un giorno.

	DRG	Cost-weight SwissDRG-PAM	Cost-weight SwissDRG 8.0 per casi con durata della degenza=1
A1	F39C	0.392	0.515
B1	G26A	0.371	0.505
B2	G26B	0.264	0.389
C1	G09E	0.401	0.519
D1	N09Z	0.255	0.397
D2	N10Z	0.278	0.411
D3	O40Z	0.208	0.355
D4	N25Z	0.466	0.616
E1	I18A	0.343	0.492
E2	I18B	0.293	0.429
F1	D30B	0.290	0.426
F2	D30C	0.256	0.380
F3	D13A	0.289	0.423
F4	D13B	0.266	0.387
G1	C08A	0.451	0.628
G2	C08B	0.290	0.428
G3	C20Z	0.401	0.552
H1	F49F	0.208	0.443
H2	F75D	0.180	0.345

3. Discussione

Nell'attuale mondo tariffario esistono incentivi errati orientati in modo sistematico e risultanti anche, ma non solo, dalla differente tariffazione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere. I forfait ambulatoriali puntano a ridurre le prestazioni fornite inutilmente, promuovendo al contempo il processo terapeutico e la qualità delle prestazioni. In linea di principio, il luogo di fornitura delle prestazioni deve continuare a essere determinato dalla sicurezza del trattamento, cioè anche dall'indicazione (tipo ed entità dell'intervento), restando quindi una decisione medica e riferita al singolo paziente. Il raggruppamento di singole prestazioni (forfait) e la chiara regolamentazione "priorità al settore ambulatoriale" (fornitura della prestazione nel settore ospedaliero possibile solo dopo la definizione di caratteristiche chiare e verificabili), riduce gli incentivi errati esistenti nel sistema. Nel presente lavoro si è optato per la forfaitizzazione secondo il sistema di forfait per caso SwissDRG, supponendo che le prestazioni ambulatoriali possano essere riunite in gruppi di prestazioni e di pazienti e valutate in modo analogo alle prestazioni ospedaliere.

Il presente studio di fattibilità è riuscito a dimostrare che è possibile valutare i forfait ambulatoriali sulla base dei dati sulle prestazioni e i costi ospedalieri disponibili. Il grande vantaggio consiste sia nella disponibilità di dati su casi codificati che nella disponibilità di dati su costi attuali e validi. Il vantaggio decisivo a livello di applicazione consiste nel possibile pari trattamento o nella pari tariffazione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere.

I forfait ambulatoriali risultanti dall'approccio scelto (qui SwissDRG-PAM) possono essere confrontati direttamente con il forfait SwissDRG. Tale struttura fa sì che la SwissDRG SA possa sviluppare i sistemi SwissDRG futuri simultaneamente e in accordo con i forfait ambulatoriali SwissDRG-PAM. La SwissDRG SA non può effettuare alcun confronto dei forfait qui calcolati rispetto alla situazione remunerativa in conformità a TARMED. Sia nello studio PwC [6] che nel rapporto dell'Obsan [3], i costi ambulatoriali vengono stimati sulla base di tariffe già esistenti. Non vi è una reale visione dal punto di vista dei costi. Attraverso l'approccio qui proposto è possibile invece avere una visione dal punto di vista dei costi anche se su dati ospedalieri. Trattandosi di un sistema autoapprendente, successive rilevazioni dei dati relativi a costi e prestazioni dei fornitori di prestazioni ambulatoriali consentiranno di far confluire nei calcoli anche dati di casi gestiti a livello ambulatoriale.

Non è possibile prevedere se le previste modifiche alle strutture tariffarie favoriranno effettivamente le forniture di prestazioni. Sembra tuttavia probabile, in particolare per le prestazioni che comprendono ancora un elevato potenziale ambulatoriale non sfruttato.

Oltre all'elaborazione tecnica e alla valutazione di una struttura tariffaria per i forfait ambulatoriali (in questo caso SwissDRG-PAM, forfait ambulatoriali sulla base della SwissDRG) si tratta di definire e modificare tutta una serie di condizioni quadro che devono essere elaborate da quelli che saranno i partner tariffali rilevanti in futuro per questo settore di prestazioni. Tutti questi partner collaborano con la SwissDRG SA.

Allegato A: Settori di prestazioni

A1 Operazioni sulle vene varicose dell'arto inferiore monolaterali – Vene varicose: F39C

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z38.50	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata	Z38.50
Z38.59.00	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS	Z38.59.00
Z38.59.10	Legatura, asportazione e stripping di vene varicose e vene perforanti dell'arto inferiore (quale intervento indipendente)	Z38.59.10
Z38.59.20*	Crossectomia e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS	Z38.59.20*
Z38.59.21*	Crossectomia e stripping, vena safena magna	Z38.59.21*
Z38.59.22*	Crossectomia e stripping, vena safena parva	Z38.59.22*
Z38.59.30*	Crossectomia (isolata), NAS.	Z38.59.30*
Z38.59.31*	Crossectomia (isolata), vena safena magna	Z38.59.31*
Z38.59.32*	Crossectomia (isolata), vena safena parva	Z38.59.32*
Z38.59.40	Terapia laser locale di vene varicose	Z38.59.40
Z38.59.50	Terapia endoluminale di varici	Z38.59.50
Z38.59.51	Terapia laser endovenosa di varici [EVLT]	Z38.59.51
Z38.59.52	Ablazione endovenosa a radiofrequenza di varici	Z38.59.52
Z38.59.59	Terapia endoluminale di varici, altro	Z38.59.59
Z38.59.99	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, altro	Z38.59.99
Z38.69	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore	Z38.69

*: solo interventi monolaterali

B1/B2 Interventi sulle emorroidi – Emorroidi: G26A/G26B

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z49.43	Cauterizzazione di emorroidi	Z49.43
Z49.44	Distruzione di emorroidi per crioterapia	Z49.44
Z49.45	Legatura di emorroidi	Z49.45
Z49.46.00	Emorroidectomia, NAS	Z49.46.00
Z49.46.10	Emorroidectomia, Emorroidopessia con stapler	Z49.46.10
Z49.46.11	Emorroidectomia, Legatura di arteria emorroidale	Z49.46.11
Z49.46.12	Emorroidectomia con ricostruzione plastica	Z49.46.12
Z49.46.99	Emorroidectomia, altro	Z49.46.99

C1 Operazioni di ernia monolaterali – Ernia: G09E

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z53.00	Riparazione di ernia inguinale, NAS	Z53.00
Z53.06.11	Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto, senza impianto di membrane o reti	Z53.01 Z53.02
Z53.06.21	Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto, con impianto di membrane e reti	Z53.03 Z53.04
Z53.07.11	Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica, senza impianto di membrane o reti	
Z53.07.21	Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica, con impianto di membrane e reti	Z53.05
Z53.09	Riparazione di ernia inguinale, altro	

Solo interventi monolaterali senza operazioni di recidiva. I codici CHOP 2016 contengono già la lateralità.

D1 Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero – cervice uterina: N09Z

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z67.2	Conizzazione della cervice	Z67.2
Z67.31	Marsupializzazione di cisti cervicale	Z67.31
Z67.32	Distruzione di lesione della cervice mediante cauterizzazione	Z67.32
Z67.33	Distruzione di lesione della cervice mediante criochirurgia	Z67.33
Z67.34	Distruzione di tessuto o lesione della cervice mediante elettrocoagulazione	Z67.34
Z67.35	Distruzione di tessuto o lesione della cervice mediante laser-fotocoagulazione	Z67.35
Z67.39	Altra asportazione o distruzione di lesione o tessuto della cervice	Z67.39

D2 Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero – Isteroscopia: N10Z

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.12.00	Endoscopia diagnostica dell'utero e delle strutture di sostegno, NAS	Z68.12.00
Z68.12.10	Isteroscopia, NAS	Z68.12.10
Z68.12.11	Isteroscopia diagnostica	Z68.12.11
Z68.12.12	Isterosalpingoscopia diagnostica	Z68.12.12
Z68.12.19	Isteroscopia, altro	Z68.12.19
Z68.12.99	Endoscopia diagnostica dell'utero e delle strutture di sostegno, altro	Z68.12.99

D3 Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero – Raschiamento O40Z

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z69.02	Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto (esclusivo dopo parto)	Z69.02
Z69.09	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero	Z69.09
Z69.52	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di parto o aborto (esclusivo dopo parto)	Z69.52
Z69.59	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione	Z69.59

D4 Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero – Biopsia dell'utero: N25Z

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.15	Biopsia chiusa dei legamenti uterini	Z68.15
Z68.16	Biopsia chiusa dell'utero	Z68.16

E1/E2 Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco – Artroscopie del ginocchio: I18A/I18B

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z80.26.00	Artroscopia del ginocchio, NAS	Z80.26.00
Z80.26.10	Artroscopia diagnostica del ginocchio	Z80.26.10
Z80.26.99	Artroscopia del ginocchio, altro	Z80.26.99
Z80.6X.00	Meniscectomia del ginocchio, NAS	Z80.6X.00
Z80.6X.10	Meniscectomia del ginocchio, per via artroscopica, parziale	Z80.6X.10
Z80.6X.11	Meniscectomia del ginocchio, per via artroscopica, totale	Z80.6X.11
Z80.6X.99	Meniscectomia del ginocchio, altro	Z80.6X.99
Z80.86.11	Sbrigliamento dell'articolazione del ginocchio	Z80.86.11
Z80.86.13	Asportazione di cisti meniscale del ginocchio	Z80.86.13

F1/F2 Interventi su tonsille e adenoidi – Tonsille: D30B/D30C

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.2X.10	Resezione parziale di tonsilla [tonsillotomia] senza adenoidectomia	Z28.2X.10

F3/F4 Interventi su tonsille e adenoidi – Adenoidectomia senza tonsillectomia: D13A/D13B

CHOP 2017	Denominazione CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.6	Adenoidectomia senza tonsillectomia	Z28.6

Allegato B: Componenti di costo non utilizzate

Costi singoli		Piano contabile H+
v11	Sangue e prodotti sanguigni	400
v17	Oneri per certificati e perizie	
Costi generali		Centri di costi obbligatori REKOLE®
v21	IPS e Intermediate Care (IC)	(24)
v22	Pronto soccorso	(25)
v25	Emodialisi	(30)
v27	Terapie e consulenza non mediche (fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza nutrizionale, terapia di attivazione)	(32) + (33) + (34) + (35)
v28	Diagnostica medica e terapeutica	(36)
v29	Cura	(39)
v30	Settore alberghiero	(41) + (42) + (43)
v31	Sala parto	(27)
v39	Altri fornitori di prestazioni	(44) + (45) + (10) + (77)***

Indice delle fonti

- [1] UFSP (2017); Rapporto del gruppo di esperti; «Misure per contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione malattie obbligatoria»; <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- [2] Lemos et al. (2006); «Day Surgery: Development and praxis»; IAAS; <http://www.iaas-med.com/files/historical/DaySurgery.pdf>
- [3] Obsan (2018); Roth S., Pellegrini S.; «Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire»; Obsan Dossier 63
- [4] Obsan (2015); Roth S., Pellegrini S.; «Virage ambulatoire; Transfert ou expansion de l'offre des soins?»; Obsan Rapport 68
- [5] OCSE (2015); «Ambulatory surgery», Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Parigi
- [6] PwC (2016); Schwendener P., Sommer P. et al.; «Ambulant vor stationär»
- [7] Canton Zurigo ; Comunicato ai media del 26.10.2017 ; «Ambulant statt stationär: Die kantonalen Listen sind koordiniert»; <https://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2017/ambulant-statt-stationaer-die-kantonalen-listen-sind-koordiniert.html>