

Contatto

Maggiori informazioni sui forfait per caso in Svizzera:

www.swissdrg.org

SwissDRG SA

Haslerstrasse 21

CH-3008 Berna

Tel. +41 31 310 05 50

Fax +41 31 310 05 57

E-mail info@swissdrg.org

Sono azionisti della SwissDRG SA:



Conferenza svizzera delle direttrici
e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
www.gdk-cds.ch



H+ Gli Ospedali Svizzeri
www.hplus.ch



santésuisse Gli assicuratori malattia svizzeri
www.santesuisse.ch

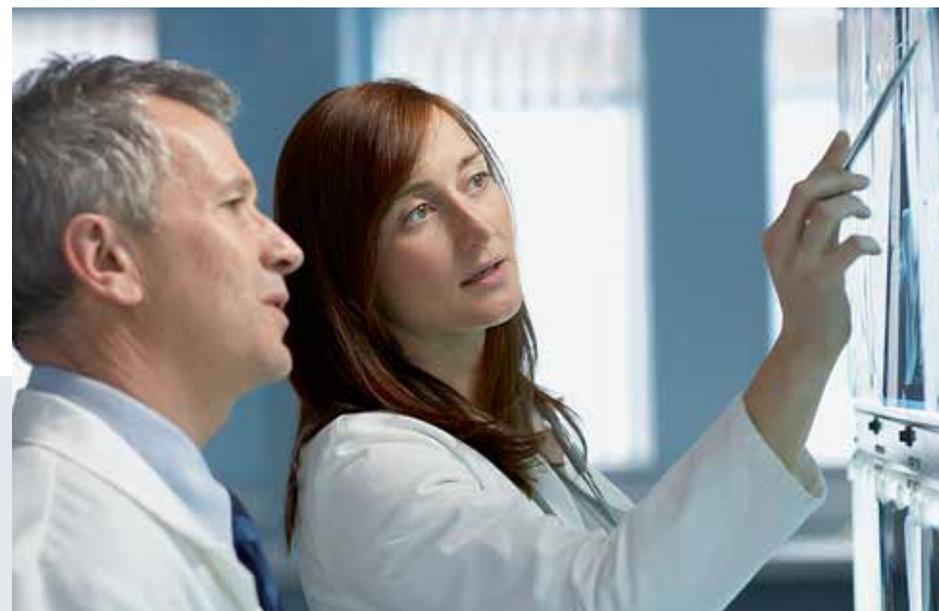


Federazione dei medici svizzeri (FMH)
www.fmh.ch

Assicuratori ai sensi delle leggi federali sull'assicurazione
contro gli infortuni, l'assicurazione per l'invalidità
e l'assicurazione militare

I forfait per caso negli ospedali svizzeri

Informazioni di base per gli operatori sanitari



«In Svizzera romanda il sistema DRG è impiegato senza problemi da cinque anni. Si tratta di un utile strumento di finanziamento ospedaliero, tenuto conto anche delle specificità regionali, delle condizioni di lavoro e dei mandati differenziati degli ospedali.»

Pierre-Yves Maillard

Consigliere di Stato, Dipartimento della sanità e dell'azione sociale del Canton Vaud

Che cos'è SwissDRG?

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) è il nuovo sistema tariffario per la remunerazione dei trattamenti stazionari di medicina somatica acuta. Conformemente all'ultima revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), il nuovo sistema regola l'indennizzo delle prestazioni ospedaliere mediante l'applicazione sul piano nazionale di importi forfaitari per caso.

Il sistema dei forfait per caso SwissDRG prevede che ogni degenza ospedaliera sia classificata secondo raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) e venga associata a un peso dei costi sulla base di criteri definiti quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, i trattamenti e il grado di gravità. L'ammontare dell'indennizzo è dato dalla moltiplicazione del peso dei costi relativo all'importo forfaitario per una tariffa di base valida per l'ospedale in questione.

Il sistema tariffario SwissDRG è stato introdotto uniformemente in tutta la Svizzera il 1° gennaio 2012.

Ampia diversificazione

La SwissDRG SA è responsabile dell'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e il mantenimento delle strutture tariffali nazionali necessarie per l'indennizzo forfaitario del trattamento stazionario negli ospedali in ottemperamento del mandato legale approvato dal Parlamento svizzero nel dicembre 2007. La società anonima di utilità pubblica è stata fondata il 18 gennaio 2008 ed è un'istituzione comune dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e dei cantoni: un'ampia diversificazione che tiene conto della varietà di esigenze e bisogni che il nuovo sistema di remunerazione dovrà soddisfare. SwissDRG SA e le organizzazioni partner si impegnano affinché il sistema di indennizzo forfaitario sia ulteriormente sviluppato in Svizzera a vantaggio di pazienti, pagatori dei premi e contribuenti.

«Per restare competitivi, gli ospedali devono fornire le proprie prestazioni sempre con un'elevata qualità e a prezzi convenienti. I forfait per caso creano buoni presupposti. Una maggiore trasparenza e verità dei costi favoriscono la concorrenza tra gli ospedali, con vantaggi per tutti i pazienti.»

Verena Nold

Direttrice di santésuisse – Gli assicuratori malattia svizzeri

Visione d'insieme sugli aspetti più importanti del sistema dei forfait per caso / opinioni critiche e fatti

1. Con il sistema dei forfait per caso viene limitata l'autonomia dei medici

Il sistema dei forfait per caso serve al raggruppamento delle prestazioni sanitarie, che costituisce il presupposto fondamentale per la loro remunerazione finanziaria. Questo sistema non esercita alcun influsso diretto sui processi che guidano i trattamenti medici, garantendo la piena libertà terapeutica. Esso inoltre non acuisce né risolve il rapporto conflittuale tra prospettiva medica e logica economica vigente in ospedale.

2. Il sistema dei forfait per caso non apporta alcun miglioramento alla qualità terapeutica delle cure ospedaliere stazionarie

La qualità del trattamento e delle cure viene monitorata in modo indipendente e, tra l'altro, sulla base della suddivisione dei pazienti e delle prestazioni realizzata conformemente a SwissDRG. Le tariffe vengono strutturate in modo tale che il sistema di remunerazione copra i costi, garantendo il precedente livello di qualità e in parte migliorandolo attraverso l'introduzione della possibilità di confronti.

3. Il sistema dei forfait per caso induce a condurre interventi non motivati dal punto di vista medico e minaccia l'uniformità del trattamento dei pazienti

La scelta del trattamento medico viene effettuata indipendentemente dalla successiva fatturazione della singola degenza ospedaliera. Solo a conclusione del trattamento viene applicata la tariffazione conformemente SwissDRG. In questo modo viene garantito che anche durante il trattamento possano essere adottate tutte le misure necessarie secondo considerazioni di natura medica e indipendentemente dalla successiva remunerazione, anche in caso di complicazioni o effetti collaterali inaspettati.

4. Il sistema dei forfait per caso è causa di premature dimissioni ospedaliere dei pazienti fondate su valutazioni di redditività

Nella strutturazione e nel calcolo dei forfait per caso viene stabilito specificamente per ciascun trattamento quali siano le prestazioni necessarie e quanto debba durare normalmente una degenza ospedaliera per l'intervento medico in oggetto. Grazie al sistema DRG gli ospedali hanno un grande interesse a non dimettere troppo presto il paziente, poiché le riammissioni entro determinati intervalli di tempo devono essere fatturate con il forfait per caso stabilito originariamente.

I vantaggi del sistema dei forfait per caso SwissDRG

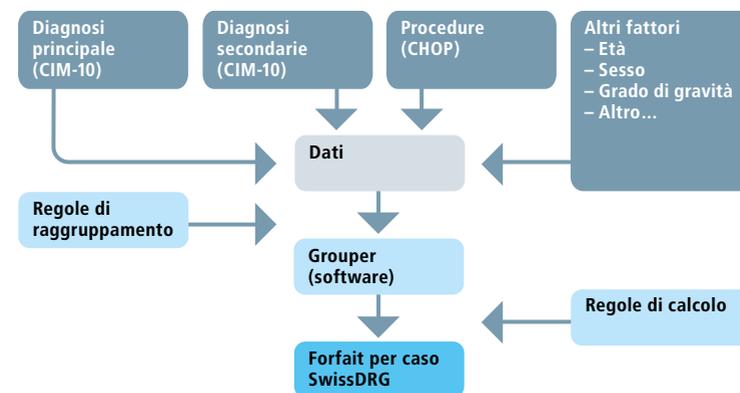
- I forfait per caso rendono i costi per le prestazioni mediche negli ospedali trasparenti e comparabili.
- Il sistema di remunerazione mediante forfait per caso è adeguato alle prestazioni, poiché si basa sul dispendio di risorse per singoli gruppi di pazienti.
- I forfait per caso contribuiscono a garantire la sostenibilità finanziariamente del sistema sanitario svizzero.
- I forfait per caso permettono agli ospedali di sfruttare il potenziale di risparmio e di ottimizzare i processi. Di fronte alla crescente limitazione delle risorse destinate alle prestazioni pubbliche e alla lievitazione dei costi dovuta all'invecchiamento della popolazione, è importante massimizzare l'efficienza dei trattamenti, senza però rinunciare agli standard qualitativi. Le risorse risparmiate possono essere in seguito impiegate per il finanziamento di trattamenti particolarmente complessi.
- I forfait per caso favoriscono un orientamento ai processi in ambito ospedaliero e tra i diversi prestatori di servizi, rafforzando la collaborazione interdisciplinare e interistituzionale.
- I forfait per caso semplificano la pianificazione ospedaliera sovracantonale.
- Grazie all'aumento della concorrenzialità, i pazienti beneficeranno a lungo termine di processi ottimizzati e di un incremento qualitativo dei trattamenti.

«Dall'introduzione del sistema basato su importi forfettari per caso SwissDRG, gli ospedali universitari sono particolarmente esposti. Per questo, noi ci impegniamo a favore di una struttura tariffaria e di tariffe, in grado di mappare e indennizzare in modo adeguato le prestazioni degli ospedali svizzeri, garantendo al contempo il mantenimento della massima qualità medica e infermieristica.»

Dott. Werner Kübler, Vicepresidente di H+ Gli ospedali svizzeri e membro del Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA; Direttore dell'Ospedale Universitario di Basilea

Come funziona il sistema SwissDRG?

L'attribuzione dei casi ospedalieri a un gruppo di diagnosi avviene in seguito a la dimissione dall'ospedale in base a caratteristiche mediche (p. es. le diagnosi principali e secondarie, il peso alla nascita per i neonati e i trattamenti), dati amministrativi (p. es. età, sesso, modalità di dimissione) e altri fattori. La classificazione secondo raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) avviene tramite un software di raggruppamento chiamato grouper. L'entità del peso dei costi (cost weight) per caso SwissDRG è calcolato di nuovo ogni anno in base ai costi effettivi degli ospedali svizzeri e viene pubblicato nel catalogo dei forfait per caso.



ICD-10: Classificazione Internazionale delle Malattie, decima revisione, elaborata dal Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Istituto tedesco per la documentazione medica). Standard di classificazione applicato alla diagnostica in ambito medico.

CHOP: Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica. Standard di classificazione applicato alle procedure e agli interventi chirurgici.

Il manuale di definizione determina il modo in cui il software di raggruppamento attribuisce i gruppi DRG e fornisce informazioni sulle definizioni dei singoli raggruppamenti omogenei di diagnosi. Il manuale e il catalogo completo dei forfait per caso possono essere consultati sul sito www.swissdrg.org

Il sistema dei forfait per caso SwissDRG viene costantemente aggiornato in ragione dei progressi medico-tecnologici e delle competenze degli operatori sanitari. In questo modo, il sistema si adegua all'evoluzione nel campo dell'approvvigionamento sanitario.

Misure di accompagnamento per la promozione della qualità

Il presupposto fondamentale è il benessere dei pazienti. Indipendentemente dal tipo di sistema tariffario, le decisioni in merito alla necessità degli interventi medici continua a essere prerogativa degli operatori sanitari. Misure di accompagnamento indipendenti e la partecipazione degli operatori sanitari permettono di ottimizzare costantemente il sistema.

Qualsiasi sistema tariffario, indipendentemente dal fatto di essere o non essere basato su importi forfetari per caso, comporta potenziali incentivi economici che in assenza di regolamentazioni specifiche potrebbero avere un'influenza negativa sulla qualità delle prestazioni mediche. Per evitare questo rischio, la SwissDRG SA ha elaborato insieme ai suoi partner una serie di disposizioni concrete, qui di seguito elencate:

1. Durata della degenza ospedaliera

Per contrastare l'incentivo a dimettere i pazienti prematuramente, è prevista una riduzione dell'importo forfetario per caso se la degenza di un paziente risulta più breve di quanto normalmente previsto per la patologia in questione. Inoltre, se entro un determinato lasso di tempo dalla sua dimissione, il paziente deve essere nuovamente ricoverato per la stessa patologia o in seguito a complicazioni, gli ospedali non beneficiano di un importo forfetario aggiuntivo. La presente disposizione non è applicabile a determinate patologie per le quali una riammissione regolare è giustificata dal punto di vista medico.

2. Qualità del trattamento medico

Diversi studi condotti sul sistema DRG hanno dimostrato che l'economizzazione non va a detrimento dei pazienti. In Svizzera, l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e in cliniche (ANQ) e l'associazione H+ Gli Ospedali Svizzeri hanno sviluppato criteri di valutazione e pubblicano regolarmente rapporti sull'evoluzione della qualità dei trattamenti negli ospedali elvetici (www.anq.ch).

3. Formazione e perfezionamento del personale medico e di cura

I partner del settore sanitario realizzano in continuazione soluzioni per non svantaggiare gli istituti ospedalieri che impiegano risorse finanziarie per la formazione e il perfezionamento rispetto a quelli che non formano il personale.

4. Interazione fra trattamenti stazionari e ambulatoriali

L'esperienza di altri paesi mostra che in seguito all'introduzione di un sistema di remunerazione basato su importi forfetari si è registrato un aumento dei trattamenti ambulatoriali a discapito di quelli stazionari e che i pazienti vengono trasferiti agli istituti di cura e di riabilitazione in tempi più brevi. Si tratta di un'evoluzione desiderabile e generalmente sensata sul piano medico. Il sistema dei forfait per caso stimola la collaborazione tra i prestatori di servizi e riduce i doppi trattamenti. Analogamente si nota un parziale trasferimento dei trattamenti dall'ambito stazionario a quello ambulatoriale. La futura evoluzione dei prezzi e delle prestazioni degli ospedali sarà sorvegliata conformemente al mandato legale.

«I pazienti vogliono cure d'alto livello qualitativo. Per poter continuare a garantire questa qualità nel settore sanitario svizzero, sono necessarie condizioni quadro sane. È indispensabile una remunerazione adeguata alle prestazioni – e questo vale anche per casi con costi estremamente elevati»

Dott. Pierre-François Cuénod, vicepresidente della FMH, responsabile del dipartimento Tariffe e Economia della sanità medici ospedalieri