

Finanziamento di nuove prestazioni e mappatura di metodi di diagnosi e trattamento innovativi sotto la SwissDRG

Decisione

(1) Il consiglio di amministrazione decide all'unanimità che debba essere garantita al più presto la mappatura di metodi di diagnosi e trattamento innovativi nel sistema dei forfait per caso della SwissDRG. Ciò dovrà avvenire attraverso le seguenti misure:

- procedura di richiesta ordinaria (nuovi codici CHOP e richieste DRG)
- valutazione delle decisioni in merito alle prestazioni del DFI per quanto concerne la mappatura nel sistema SwissDRG da parte della SwissDRG SA.

(2) Il consiglio di amministrazione decide all'unanimità che la remunerazione di nuove prestazioni risp. di metodi di diagnosi e trattamento innovativi al di fuori della struttura tariffaria venga regolata entro un limite di tempo nei contratti tariffari.

(3) Il consiglio di amministrazione incarica all'unanimità il direttore di implementare un processo per la valutazione delle decisioni in merito alle prestazioni del DFI (art. 33 lit. c OAMal) dal punto di vista della SwissDRG (cfr. punto 2.2 lit. a della motivazione della richiesta). Il processo dovrà essere sottoposto al consiglio di amministrazione. (*)

(4) Il consiglio di amministrazione autorizza all'unanimità il direttore a stabilire, se necessario, codifiche per analogia da utilizzare fino al momento in cui verranno implementati, in modo unitario e vincolante, codici differenziati tramite la procedura di richiesta ordinaria. E' obbligatorio prendere accordi preventivi con l'UFS. Tali codici saranno poi rilevanti anche per eventuali revisioni della codifica.

(*) 2.1 Finanziamento di nuove prestazioni durante la "lacuna nella mappatura"

Il finanziamento di nuove prestazioni durante la cosiddetta "lacuna nella mappatura" (periodo tra la richiesta di un nuovo codice CHOP e la presa in considerazione di una nuova versione della struttura tariffaria con una durata della lacuna nella mappatura fino a 5 anni) si orienta secondo quanto previsto dall'art. 49, cpv. 1 LAMal: *"...Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente..."*.

E' prevista la seguente procedura:

- a. Se un fornitore di prestazioni fa valere il conteggio di una prestazione al di fuori di SwissDRG, nelle trattative tariffarie deve esporre sulla base dei dati perché la prestazione non è coperta da SwissDRG (il semplice fatto che sia stato richiesto un nuovo codice CHOP non è sufficiente a giustificare una tariffazione separata).
- b. Devono essere previste le relative scadenze fino all'avvenuta mappatura nella struttura tariffaria.
- c. Se l'assicuratore o gli assicuratori malattie contestano l'obbligo a fornire le prestazioni da parte dell'AOMS la prestazione si intende controversa → cfr. punto 2.2
- d. I contratti tariffari individuali sono soggetti all'obbligo ordinario di approvazione da parte delle autorità cantonali.

Le esperienze fatte in Germania mostrano che tali prestazioni non vengono attuate su tutto il territorio. Bisogna presupporre che una regolamentazione nei contratti nazionali costituirà un'eccezione. La discussione in Germania va addirittura nella direzione di far applicare e remunerare le innovazioni solo in appositi centri, per poter svolgere le relative valutazioni scientifiche in modo mirato.

2.2 Finanziamento di *prestazioni controverse*

Il finanziamento di prestazioni controverse dipende dalle decisioni del Dipartimento Federale dell'Interno (DFI), il quale decide su raccomandazione delle rispettive commissioni. Se una prestazione deve essere assunta dall'AOMS, sia durante la procedura di verifica che dopo la decisione finale da parte del DFI, vale la seguente procedura:

- a. la SwissDRG SA, su richiesta delle proprie organizzazioni partner, verifica se la prestazione oggetto della decisione è già confluita nel sistema tariffario e riferisce al consiglio di amministrazione in merito ai risultati. I risultati sono a disposizione dei partner tariffari;
- b. la tariffazione di prestazioni che sono già confluite nel sistema tariffario avviene quindi per procedura ordinaria nell'ambito della trattativa sul prezzo base (per i gruppi di casi valutati), rispettivamente della trattativa tariffaria (per i gruppi di casi non valutati);
- c. la tariffazione di prestazioni non ancora confluite nel sistema tariffario avviene in contratti tariffari separati tra gli assicurati o le relative associazioni da un lato e i fornitori delle prestazioni secondo quanto indicato al punto 2.1 dall'altro.