



Attuazione delle misure per il miglioramento della qualità dei dati

In data 19.4.2011 il Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA ha deliberato delle misure per il miglioramento della qualità dei dati.

1. Rilevazione completa

Secondo le direttive dell'UFSP, la struttura tariffaria SwissDRG deve essere calcolata il più rapidamente possibile esclusivamente sulla base di dati svizzeri, effettuando una rilevazione completa ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LAMal.

A partire dall'anno di esercizio 2011, cioè dalla rilevazione 2012, si dovrà abbandonare l'attuale principio di una rilevazione parziale per i cosiddetti ospedali della rete, passando a una rilevazione completa per tutti gli ospedali somatici acuti i quali rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG.

La SwissDRG SA non potrà sanzionare l'eventuale non partecipazione o l'insufficiente qualità dei dati. Con la pubblicazione della versione del catalogo, la SwissDRG SA pubblica anche la lista degli ospedali i cui dati hanno potuto essere utilizzati per lo sviluppo del sistema e il calcolo.

A tale proposito l'ospedale deve soddisfare tre criteri generali:

1. Formato dei dati forniti
2. Termine per la fornitura dei dati incl. i termini di diffida
3. Nessun errore sistematico che possa comportare l'esclusione di più del 50% dei record di dati dei pazienti

I motivi della mancata considerazione vengono comunicati per iscritto all'ospedale e ai partner.

Il passaggio alla rilevazione completa presuppone che tutti gli ospedali somatici acuti svizzeri vengano informati tempestivamente del carattere obbligatorio della rilevazione ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LAMal.

Una circolare è stata inviata agli ospedali svizzeri in data 8 luglio 2011. Inoltre, la documentazione per la rilevazione viene pubblicata già a fine ottobre dell'anno precedente, affinché i nuovi ospedali possano iniziare per tempo i preparativi per la rilevazione. In tale documentazione viene sottolineato ancora una volta esplicitamente che i medicinali e gli impianti devono essere rilevati a livello del singolo caso.

2. Carattere vincolante di REKOLE® per la contabilità per unità finali di imputazione

Secondo le direttive dell'UFSP basate sull'art. 49 cpv. 7 LAMal, la qualità dei dati deve essere migliorata mediante metodi di calcolo uniformi. Attualmente invece i metodi per unità finali di imputazione non unitari causano una notevole eterogeneità dei costi, la quale non consente in tutti i casi una remunerazione conforme agli oneri mediante DRG.

Il carattere vincolante di REKOLE® come metodo per la contabilità per unità finali di imputazione verrà introdotto in due fasi.

- A) Carattere vincolante del formato SwissDRG per i dati relativi ai costi che si basa su REKOLE®: a partire dall'anno di esercizio 2011, cioè dalla rilevazione 2012. Fino alla rilevazione 2013 (dati 2012), gli altri formati vengono accettati a condizione che possano essere convertiti nel formato SwissDRG.
- B) Carattere vincolante di REKOLE® come metodo unitario per la stesura della contabilità per unità finali di imputazione: a partire dall'anno di esercizio 2013, cioè dalla rilevazione 2014.

Attualmente per la rilevazione SwissDRG sono ammessi due diversi formati dei dati. Da un lato il formato SwissDRG basato su REKOLE[®] e, dall'altro lato, il formato PRISMA prescritto dalla direzione sanitaria di Zurigo, che al momento dell'importazione dei dati viene convertito nel formato SwissDRG. A tale proposito va osservato che il grado di dettaglio del formato Prisma differisce in parte da quello del formato SwissDRG, il che causa una minore trasparenza (ad es. assenza del centro di costo per le dialisi o mescolanza di medicinali e materiale medico), anche se tali informazioni sarebbero disponibili nella contabilità per unità finali di imputazione degli ospedali.

È previsto che, a partire all'anno di esercizio 2012, cioè dalla rilevazione 2013, REKOLE[®] venga dichiarato vincolante anche per la definizione dei dati relativi ai costi, ossia come chiave di fatturazione della contabilità per unità finali di imputazione, il calcolo dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni, ecc. A partire da quel momento le plausibilizzazioni e l'esclusione di casi per il calcolo della struttura tariffaria non vengono più adattate a eventuali caratteristiche dell'ospedale non compatibili con REKOLE[®].

Il sistema REKOLE[®] viene introdotto come metodo per unità finali di imputazione vincolante e unitario ai fini della cura della struttura tariffaria. Ciò necessita di un modo di procedere coordinato tra H+ e la SwissDRG SA affinché gli ulteriori sviluppi del sistema REKOLE[®] continuino ad essere compatibili con lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG. Al contrario, la base di calcolo determinante per le trattative tariffarie non può essere stabilita dalla SwissDRG SA.

Dalle discussioni all'interno del gruppo è emerso che una certificazione REKOLE[®] è auspicabile come requisito per la partecipazione alla rilevazione SwissDRG. Questi due aspetti dovranno essere regolati nei prossimi mesi da parte di H+ e della SwissDRG SA. Il direttore provvederà a informare regolarmente il Consiglio di amministrazione al riguardo.

3. Precisazione della soglia minima in REKOLE[®]

In REKOLE[®] il metodo ABC viene definito come soglia minima per una rilevazione dei medicinali e degli impianti come costi singoli. Tale metodo non consente tuttavia un'interpretazione unitaria e causa valori soglia differenti negli ospedali.

Nella sua documentazione per la rilevazione, la SwissDRG SA precisa attualmente una soglia minima di CHF 1'000.- (per i costi dell'intero trattamento). La SwissDRG SA sta lavorando (nella prospettiva della rilevazione completa, vedi punto 1) affinché in futuro per quanto concerne REKOLE[®] vengano fornite direttive unitarie a livello nazionale. La decisione in merito a tali modifiche o proposte della SwissDRG SA riguardo a REKOLE[®] spetta al Consiglio di amministrazione.

4. Rilevazione dei costi per medicinali particolarmente costosi e impianti

Il calcolo delle attuali remunerazioni supplementari e la verifica dell'introduzione di remunerazioni supplementari future richiedono dati precisi riguardo ai costi dei singoli medicinali o impianti. Fino ad ora, nei dati relativi ai costi non è stato possibile individuare tali informazioni con la necessaria profondità a livello del singolo caso.

Nella propria documentazione per la rilevazione, la SwissDRG SA stabilisce per quali beni materiali deve essere effettuata una attribuzione dei costi dettagliata riferita al singolo caso. Oltre ai prodotti contenuti nell'elenco dei medicinali ciò comprende i prodotti dell'elenco degli impianti e singoli trattamenti costosi come ad es. dialisi ed ECMO.

A partire dall'anno di esercizio 2011, la rilevazione dei dati con i costi per caso dei VAD (cuori artificiali) e i fattori di coagulazione secondo l'elenco delle remunerazioni supplementari (allegato 3 del catalogo dei forfait per caso) viene integrata come file aggiuntivo nella rilevazione dei dati regolare.

Inoltre, in tale rilevazione vengono rilevati i costi effettivamente sostenuti per i prodotti dell'elenco dei medicinali SwissDRG e dell'elenco degli impianti SwissDRG.

Per i medicinali costosi non c'è la possibilità di assegnare i prodotti al caso di trattamento in modo conforme alla causa utilizzando la classificazione delle procedure CHOP disponibile, trasmettendo poi tali dati alla SwissDRG SA. Ciò significa che, tramite il codice CHOP contenuto nel record di dati del paziente, fino ad ora non era possibile individuare casi di trattamento comprendenti un determinato medicinale costoso. Con l'utilizzo di un modello di remunerazione orientato alle prestazioni era obbligatoriamente necessaria una modifica.

Per questo motivo è stato adottato l'elenco dei medicinali SwissDRG, nel quale sono elencati determinati medicinali costosi incluso un codice per la trasmissione delle informazioni nell'ambito della Statistica medica. In questa sede, la SwissDRG SA fa notare che tale elenco **non costituisce una lista delle remunerazioni supplementari da definire.**

Tale elenco consente una rilevazione dei medicinali per il caso di trattamento e con essa una selezione dei casi con la caratteristica identificativa «medicinali costosi».

Gli elenchi dei medicinali e degli impianti SwissDRG vengono aggiornati dalla SwissDRG con il coinvolgimento dei partner (procedura di richiesta).

5. Rilevazione dei costi per le dialisi

Attualmente gli importi delle remunerazioni supplementari per le dialisi sono tratti dal catalogo dei forfait per caso tedesco e adattati alla Svizzera. A tale scopo le remunerazioni supplementari vengono moltiplicate per il tasso di cambio dell'euro e per il fattore elvetico.

Considerando che la struttura tariffaria dovrà essere al più presto basata su dati svizzeri, si rende necessaria una rilevazione aggiuntiva. Oltre al calcolo dell'ammontare delle remunerazioni supplementari, essa dovrà consentire anche una definizione dei costi di dialisi a livello del singolo caso, al fine di non causare una remunerazione distorta.

Per il calcolo delle dialisi viene eseguita una rilevazione a livello dell'ospedale la quale, a partire dall'anno di esercizio 2011, viene integrata come rilevazione dettagliata nell'ambito della rilevazione ordinaria.

A livello del singolo caso vengono esposti secondo REKOLE® i costi sostenuti dal centro di costo per le dialisi. I singoli costi per medicinali e materiale medico, nonché per prestazioni di dialisi, i quali vengono imputati ad altri centri di costo (ad es. reparto di terapia intensiva), non vengono indicati sotto la voce dialisi. I costi di dialisi a livello del singolo caso non possono pertanto essere definiti sulla base del centro di costo per le dialisi.

L'esclusione delle prestazioni di dialisi a livello del singolo caso ai fini del calcolo dei cost-weight si effettua mediante una detrazione dei costi di dialisi secondo una stima a livello dell'ospedale. La stessa procedura si applica per altri trattamenti onerosi come l'afesi e l'ossigenazione extracorporea (ECMO).

6. Svolgimento, competenze e tempistica per la definizione di eventuali remunerazioni supplementari

In linea di principio va considerato che il numero di remunerazioni supplementari deve essere mantenuto il più basso possibile. Ciò significa definire solo il numero di remunerazioni supplementari minimo indispensabile al fine di permettere una corretta mappatura dei casi di trattamento. Con un limitato numero di remunerazioni supplementari sarà possibile migliorare l'omogeneità dei costi nei singoli DRG. In tal modo, la struttura tariffaria SwissDRG si avvicina al proprio obiettivo di garantire un sistema di remunerazione forfettario e orientato alle risorse per tutti i casi di trattamento della medicina stazionaria somatica acuta, ivi inclusi i casi complessi e specialistici.

Le remunerazioni supplementari sono parte integrante della struttura tariffaria e pertanto inseparabili dallo sviluppo ulteriore e dalla cura della struttura tariffaria. È consentito proporre remunerazioni supplementari solo se:

- la prestazione suscettibile di remunerazione supplementare è presente in più DRG;
- si tratta di una prestazione definibile (ad es. tramite un codice CHOP);
- tale prestazione si presenta sporadicamente senza un'attribuzione fissa a determinati DRG;
- i costi sono di ammontare rilevante per la struttura tariffaria SwissDRG;
- la prestazione causa oneri aggiuntivi al di fuori della distribuzione dei costi di un DRG;
- queste prestazioni non sono distribuite uniformemente su tutti i fornitori di prestazioni.

Nell'ambito del normale sviluppo del sistema e dell'elaborazione delle proposte presentate, la SwissDRG SA verifica per quali delle remunerazioni supplementari richieste sono disponibili dati di calcolo. La SwissDRG SA verifica in primo luogo se la prestazione per la quale è stata richiesta una remunerazione supplementare può essere correttamente mappata nell'ambito dei gruppi di casi. Qualora tale soluzione non sia soddisfacente, la SwissDRG SA valuta se possa essere utile proporre una remunerazione supplementare per tale prestazione.

Sulla base dei suddetti criteri, la SwissDRG SA nell'ottobre del relativo anno (ad es. a ottobre 2012 per la versione 3 con anno di applicazione 2014) presenterà al Consiglio di amministrazione le prestazioni per le quali da un punto di vista tecnico può essere definita una remunerazione supplementare. Il Consiglio di amministrazione stabilirà quindi quali remunerazioni supplementari dovranno essere escluse e quali integrate nella struttura tariffaria. In linea di principio, la valutazione delle remunerazioni supplementari viene effettuata dalla SwissDRG SA, mentre il Consiglio di amministrazione stabilisce le eccezioni.

Per l'ulteriore sviluppo della SwissDRG Versione 2.0 non è possibile definire ulteriori remunerazioni supplementari poiché nei dati del 2010 trasmessi alla SwissDRG SA mancano i fondamenti per effettuare calcoli basati sui dati relativamente alle prestazioni suscettibili di remunerazione supplementare.



Stato

Versione 01 i cui contenuti sono stati discussi nella riunione del gruppo del 23.08.2011.

Approvata nella riunione dell'organo di coordinamento del 20.09.2011.

Approvata dal Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA a Berna in data 5.12.2011.