

Dichiarazione del Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA

Mappatura delle differenze di costo tramite la struttura tariffaria SwissDRG e conseguenze per i prezzi dei casi di base differenziati

1. Situazione di partenza

Il sistema basato sui forfait per caso SwissDRG viene utilizzato dal 2012 per il finanziamento delle prestazioni somatiche acute negli ospedali, nelle case per partorienti e in altri istituti stazionari. Attraverso la relativa struttura tariffaria (catalogo dei forfait per caso), il sistema mappa i costi di esercizio e di utilizzo delle immobilizzazioni di gran parte delle prestazioni attualmente fornite a livello ospedaliero.

Come sistema di remunerazione, la struttura tariffaria SwissDRG segue il principio della forfettizzazione, limitando a 1'200 il numero di forfait fatturabili inclusi i relativi supplementi. La logica medica, il metodo di calcolo e l'applicazione tariffaria si basano sui dati di fatto medici e sulle prestazioni erogate al paziente nel singolo caso, tenendo così particolarmente in considerazione il grado di gravità individuale dal punto di vista medico.

2. Situazione attuale

La SwissDRG SA ha l'incarico di mappare ogni anno in modo differenziato tutte le prestazioni ospedaliere attuali sulla base dei dati relativi a prestazioni e costi disponibili, aggiornando di conseguenza la valutazione di tali prestazioni. A tale proposito essa segue le direttive di legge, un metodo di calcolo definito e trasparente, e gli obiettivi fissati da partner tariffali e cantoni, con particolare riferimento alla strategia di sviluppo indicata dal Consiglio di amministrazione.

La SwissDRG SA, secondo le direttive del Consiglio di amministrazione, pubblica annualmente le caratteristiche della nuova struttura tariffaria, spiegando in che modo sono stati mappati alcuni settori di prestazioni particolari. Le prestazioni non mediche, le variabili influenzabili dall'ospedale e i fattori regionali o strutturali del singolo ospedale non sono volutamente rappresentati nella struttura tariffaria.

3. Utilizzo ordinato nell'ambito del finanziamento ospedaliero

In quanto parte di un sistema tariffario uniforme a livello svizzero, nelle trattative tariffarie individuali tra l'ospedale e gli assicuratori viene concordato ai fini della struttura tariffaria SwissDRG un prezzo del caso base (a copertura dei costi di esercizio e di utilizzo delle immobilizzazioni).

Anche in presenza di una corretta separazione tra costi AOMS e costi non-AOMS (insegnamento e ricerca, prestazioni di pubblica utilità), i forfait per caso di un modello DRG non consentono di spiegare tutte le differenze di costo tra gli ospedali.

Le seguenti differenze di costo concernenti prestazioni obbligatorie AOMS non sono spiegabili tramite la struttura tariffaria SwissDRG:

1. differenze dei costi salariali e costi salariali accessori a livello regionale;
2. costi di mantenimento per infrastrutture altamente specializzate o per l'assistenza di emergenza, necessarie dal punto di vista medico o assistenziale, ma che non possono essere utilizzate al massimo delle loro capacità (ad es. reparto per ustionati gravi e reparto di isolamento speciale);
3. perdite causate da casi in forte deficit che, come dimostrano le statistiche, non possono essere compensati da casi redditizi;
4. altri casi secondo la giurisprudenza.

Tali differenze di costo possono essere compensate in fase di trattativa mediante una differenziazione dei prezzi. Tale differenziazione può comportare supplementi o riduzioni rispetto a una grandezza economica di riferimento (benchmark). Da considerare a parte sono le differenze di costo dovute a un differente livello di efficienza degli ospedali. Rilevanti sono pertanto solo gli oneri in aggiunta o in difetto a carico di un determinato ospedale rispetto al collettivo di riferimento.

Secondo quanto deciso dal Consiglio di amministrazione, i partner tariffali possono anche concordare remunerazioni per l'innovazione.

4. Piano operativo

Per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, la SwissDRG si attiene alla strategia di sviluppo 2013+.

Tutti i fornitori di prestazioni sono tenuti a indicare separatamente e in modo trasparente, nei confronti della SwissDRG e degli assicuratori, tutti i dati relativi a costi e prestazioni necessari ai fini della differenziazione dei prezzi.

La SwissDRG SA risponde alle richieste nella misura in cui sia i fornitori di prestazioni che i sostenitori dei costi ne siano a conoscenza. La SwissDRG SA mette le analisi a disposizione di entrambe le parti. Essa fornisce inoltre informazioni su singoli fattori o variabili che non siano volutamente considerati nella struttura tariffaria e pertanto oggetto delle trattative tariffarie, a condizione che si tratti di prestazioni obbligatorie.

In caso di corretta separazione dei costi di esercizio e di utilizzo delle immobilizzazioni rilevanti per l'AOMS, il Consiglio di amministrazione prevede un valore di riferimento del +/- 5% per il corridoio dei costi medi per caso calcolati. Tale obiettivo dovrà essere raggiunto entro fine 2019. Le trattative tra i partner tariffali riferite a singoli ospedali consentono di considerare una particolare gravità dei casi (ad es. ospedali che trattano con frequenza superiore alla media casi di infortunio o invalidità) o una concentrazione particolarmente elevata a livello locale in singoli ospedali della fornitura di prestazioni stazionarie che richiedano la necessità di tenere a disposizione risorse tecniche e umane straordinarie (ad es. reparti di isolamento speciale, centri per gravi ustionati).

5. Stato del documento

Versione 2.0 approvata dal Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA in data 26 maggio 2016.