



Data:

31 marzo 2020

Assunzione dei costi delle cure stazionarie nel quadro della pandemia da COVID-19

Il presente documento riunisce varie direttive sulle cure stazionarie nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) ed è finalizzato a garantire una prassi uniforme in tutta la Svizzera del disciplinamento delle cure stazionarie e della relativa assunzione dei costi durante il periodo pandemico del coronavirus. Si basa su un coordinamento preliminare tra l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e le organizzazioni mantello interessate (H+ Gli Ospedali Svizzeri, santésuisse e curafutura), SwissDRG SA e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Le direttive si riferiscono al periodo della durata di validità dell'ordinanza 2 del 13 marzo 2020 sui provvedimenti per combattere il coronavirus (ordinanza 2 COVID-19; RS 818.101.24)

1. Assunzione dei costi in generale

Principio

La remunerazione delle cure stazionarie acute comprese la degenza e le prestazioni di cura in ospedale avviene mediante importi forfettari per singolo caso basati su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Per l'anno di fatturazione 2020, il 6 dicembre 2019 il Consiglio federale ha approvato la versione 9.0 della struttura tariffale SwissDRG. Le cure stazionarie della malattia COVID-19, causata dall'infezione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2, non sono definite in modo sufficiente nella versione 9.0.

Per permettere agli ospedali di codificare e remunerare uniformemente in tutta la Svizzera mediante importi forfettari per singolo caso le crescenti cure stazionarie acute causate dall'infezione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2, è necessario un chiarimento sulla rappresentazione corretta di questi casi nella versione 9.0 della struttura tariffale SwissDRG. L'emissione di una simile raccomandazione nel corso dell'anno per l'applicazione di una struttura tariffale approvata è, per principio, di competenza dell'organizzazione responsabile per lo sviluppo e l'adeguamento delle strutture, che procede in tal senso d'intesa con i partner tariffali. Una raccomandazione nel corso dell'anno riguardante l'applicazione ai nuovi casi di una struttura tariffale approvata non necessita dell'autorizzazione del Consiglio federale. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sostiene la raccomandazione pubblicata da SwissDRG SA (<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni>), che consente di applicare una procedura uniforme valida in tutta la Svizzera per la remunerazione di cure ospedaliere di pazienti affetti da COVID-19.

Trattamenti di medicina intensiva

L'imprevedibile dinamica di una pandemia può rendere necessario lo sviluppo o il cambiamento di utilizzazione delle capacità ospedaliere esistenti per mantenere un'assistenza sanitaria sufficiente. L'UFSP ritiene che il trasferimento delle relative competenze agli ospedali debba avvenire d'intesa con

Informazioni complementari:

Ufficio federale della sanità pubblica, unità di direzione Assicurazione malattia e infortunio, tel. +41 58 462 37 23
tarife-grundlagen@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

i Cantoni, competenti per l'assistenza sanitaria.

Affinché i crescenti trattamenti di medicina intensiva causati dall'infezione da SARS-CoV-2 possano essere codificati e remunerati uniformemente in tutta la Svizzera mediante importi forfettari per singolo caso, anche se dispensati in stazioni di cure intense non certificate, è necessaria una raccomandazione sulla rappresentazione corretta di questi casi nella versione 9.0 della struttura tariffale SwissDRG. L'emissione di un tale chiarimento (cfr. annuncio della SwissDRG SA: <https://www.swissdrg.org/it>) per l'applicazione di una struttura tariffale approvata è anch'essa, per principio, di competenza dell'organizzazione responsabile dell'elaborazione e dell'adeguamento delle strutture, che procede in tal senso d'intesa con i partner tariffali.

2. Cambiamento di utilizzazione dell'infrastruttura ospedaliera esistente e suo ampliamento mediante costruzioni provvisorie

Stazione di cure intense (certificazione)

Data l'attesa di una forte diffusione del SARS-CoV-2, numerosi ospedali stanno attualmente ampliando le loro capacità di medicina intensiva o le amplieranno ulteriormente. Queste stazioni di cure intense non sono riconosciute dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e pertanto non sono certificate. Nel caso in cui le rimanenti condizioni per dispensare trattamenti complessi di medicina intensiva fossero soddisfatte, l'UFSP ritiene che durante un periodo pandemico simili trattamenti siano possibili anche se non dispensati da una stazione di cure intense riconosciuta. In questi casi la remunerazione è la stessa che avverrebbe per un trattamento analogo dispensato da una stazione di cure intense riconosciuta dell'ospedale interessato (applicazione del prezzo di base stabilito e approvato).

Azioni preliminari

Gli ospedali interessati hanno iniziato ad ampliare le capacità ospedaliere esistenti con costruzioni (mobiliari) provvisorie, ad esempio container o ospedali da campo. Se in questi spazi sono svolte azioni preliminari, come ad esempio il triage dei pazienti, o si tengono solo quarantene senza dispensazione di cure mediche, per le prestazioni ivi fornite decade l'obbligo di assunzione dei costi da parte dell'AOMS. Questo tipo di prestazioni fa parte tipicamente all'assistenza di base che, secondo la Costituzione, è di competenza dei Cantoni.

Costruzioni provvisorie sul sedime ospedaliero

Se i pazienti sono curati in regime stazionario in spazi provvisori supplementari (come p.es. container o tende) aventi una continuità spaziale con l'infrastruttura ospedaliera esistente, i costi vengono assunti dall'AOMS (applicazione del prezzo di base stabilito e approvato).

3. Obblighi imposti ad altri ospedali e ad altri fornitori di prestazioni

Fornitori di prestazioni del settore delle cure somatiche acute o in relazione con esso

L'articolo 10a capoverso 1 dell'ordinanza 2 COVID-19 prevede che i Cantoni possono obbligare gli ospedali e le cliniche private a mettere a disposizione le loro capacità per accogliere pazienti. Questo permette ai Cantoni di vincolare gli ospedali interessati, indipendentemente dai mandati di prestazioni esistenti. I Cantoni devono sancire questo vincolo degli ospedali e delle cliniche per scritto (p. es. adeguando l'elenco cantonale degli ospedali oppure mediante decreto del Consiglio di Stato o decisione). Possono attribuire agli ospedali altri mandati di prestazioni se finalizzati a contribuire allo sgravio del sistema sanitario. Se gli ospedali interessati fatturano già prestazioni a carico dell'AOMS in veste di ospedali figuranti nell'elenco cantonale degli ospedali, si applicano le tariffe convenute e approvate (i maggiori costi derivati dai trattamenti di medicina intensiva sono coperti in base ai pesi relativi più elevati degli importi forfettari per singolo caso applicabili). Per tutti gli altri ospedali di cure acute che fatturano ad esempio secondo SwissDRG in base all'articolo 49a capoverso 4 LAMal è applicabile la tariffa di

riferimento per fornitori di prestazioni non universitari. Questo vale anche per le cliniche o i reparti destinati alle cure riabilitative o psichiatriche o per le case di cura gestite da un ospedale che dispone di un mandato di prestazioni cantonale per il settore delle cure somatiche acute o al quale sono vincolati. Ne sono inoltre interessati anche gli ospedali che non figurano nell'elenco cantonale degli ospedali e non sono convenzionati ma che già dispensano cure somatiche acute. Sono pertanto interessati gli ospedali ai quali, nel quadro delle "Cifre chiave degli ospedali svizzeri" dell'UFSP, era associato almeno il tipo di attività «cure acute»¹ o che disponevano di un mandato di prestazioni per cure somatiche acute già prima della pandemia.

Fornitori di prestazioni non in relazione con il settore delle cure somatiche acute

Per sgravare gli ospedali di cure somatiche acute è ipotizzabile il trasferimento di pazienti in altri stabilimenti dotati di un'infrastruttura ospedaliera (cliniche di riabilitazione o psichiatriche) o in case di cura non gestite da un ospedale di cure acute e ai quali, di conseguenza, non era associato il tipo di attività «cure acute» e che anche prima della pandemia non disponevano di un mandato di prestazioni per cure somatiche acute. Per garantire o mantenere l'assistenza sanitaria di base, i Cantoni possono obbligare i fornitori di prestazioni in grado di farlo a intraprendere gli adeguamenti necessari alla loro infrastruttura esistente al fine di dispensare prestazioni del settore delle cure somatiche acute. I Cantoni devono sancire questo vincolo per scritto (p. es. adeguando l'elenco cantonale degli ospedali oppure mediante decreto del Consiglio di Stato o decisione). Finora i fornitori di prestazioni menzionati non hanno utilizzato il sistema di importi forfettari per singolo caso DRG. L'introduzione di questo sistema negli istituti sarebbe troppo oneroso e non sarebbe realisticamente attuabile dal profilo della tempistica. Pertanto, per questi fornitori di prestazioni i Cantoni fissano un importo forfettario giornaliero quale tariffa applicabile nel quadro del vincolo scritto. Nel caso di un trasferimento da un ospedale che fattura secondo SwissDRG a un ospedale che fattura secondo l'importo forfettario giornaliero descritto sotto, l'ospedale che trasferisce accorda una riduzione di trasferimento secondo le modalità d'applicazione della struttura tariffale SwissDRG. L'importo forfettario giornaliero si calcola come segue:

$$\text{Importo forfettario giornaliero} = \frac{\text{Tariffa di riferimento cantonale non universitaria} \times \text{CMI DRG A95F e A95G}}{\text{Tempo di degenza medio DRG A95F e A95G}}$$

Sono scelti i DRG per la riabilitazione geriatrica acuta (A95F e A95G) poiché si avvicinano di più alle prestazioni per lo spettro potenziale di trattamenti che potrebbe essere preso a carico da questi fornitori di prestazioni. La variabile «Tariffa di riferimento cantonale non universitaria» permette inoltre di differenziare secondo le peculiarità cantionali. Introducendo le costanti si ottiene la formula seguente:

$$\text{Importo forfettario giornaliero} = \frac{\text{Tariffa di riferimento cantonale non universitaria} \times 1.305}{13.722}$$

Valgono come giorni forfettari il giorno di ammissione e ogni altro giorno di degenza, tranne il giorno di trasferimento o di dimissione. I giorni di congedo completi (assenze > 24h) non possono essere fatturati (https://www.swissdrg.org/application/files/4315/6051/1647/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_i.pdf).

I partner tariffali si sono accordati su una rappresentazione appropriata degli importi forfettari giornalieri nell'ambito della fatturazione².

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html> (trattasi delle seguenti combinazioni di tipi di attività: A, AR, AP, ARP)

² https://www.forum-daten austausch.ch/uploads/pics/Tarif_012_per_20200326_02.xlsx

Durata dei provvedimenti

L'obbligo dei fornitori di prestazioni di sostenere gli ospedali di cure somatiche acute nella presa a carico dei pazienti sarà limitata nel tempo. Secondo l'articolo 12 capoverso 3 dell'ordinanza 2 COVID-19 i provvedimenti rimarranno in vigore al massimo per una durata di sei mesi a partire dall'entrata in vigore dell'ordinanza. Il Cantone prevede una durata analoga quando fissa l'obbligo.