

Controllo delle fatture ospedaliere DRG da parte degli assicuratori malattie Analisi della situazione nella fase di transizione al nuovo finanziamento ospedaliero

L'essenziale in breve

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) è il nuovo sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere nell'ambito delle cure somatiche acute³. Il conteggio in base a importi forfettari per caso SwissDRG viene effettuato dal 2012. Dal 2014, per l'elaborazione delle indicazioni mediche fornite nelle fatture, gli assicuratori malattie devono disporre di un servizio di ricezione dei dati certificato dall'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT). Un'analisi completa dei controlli delle fatture SwissDRG eseguiti dagli assicuratori malattie è però prematura, in quanto non sono ancora disponibili dati empirici affidabili. Ciononostante il Controllo federale delle finanze (CDF) ha deciso di procedere a un'analisi nella fase di transizione in corso. Lo scopo è presentare in modo trasparente la situazione attuale e rilevare per tempo eventuali problemi e punti critici, affinché sia possibile avviare tempestivamente i possibili miglioramenti.

Le conseguenze e l'impatto del nuovo finanziamento ospedaliero verranno analizzati entro il 2018, mediante studi scientifici in sei aree tematiche, dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nel quadro della valutazione della revisione della LAMAL concernente il finanziamento ospedaliero.

Sistema tariffario SwissDRG ancora nella fase introduttiva

In virtù della legge sull'assicurazione malattie, dal 1° gennaio 2012 le prestazioni ospedaliere sono finanziate secondo criteri uniformi per tutta la Svizzera. Con il nuovo sistema tariffario SwissDRG, le diagnosi e le procedure mediche vengono rilevate per ogni paziente, attribuite a un cosiddetto gruppo di casi e remunerate con un importo forfettario. A ogni diagnosi è assegnato un grado di gravità. Ad esempio, il grado di gravità di un'appendicectomia senza complicazioni è nettamente inferiore a quello di un intervento cardiaco. Le prestazioni ospedaliere sono remunerate in funzione non più della degenza ospedaliera bensì del genere di prestazione fornita. I costi per 1,3 milioni di degenze ospedaliere annue ammontano complessivamente a circa 12 miliardi di franchi, ovvero quasi la metà dei costi ospedalieri in Svizzera.

Il nuovo sistema tariffario mira a rendere più trasparenti le prestazioni e i prezzi dei trattamenti ospedalieri e a permettere i confronti in tutta la Svizzera. In tal modo, si intende promuovere la concorrenza tra gli ospedali e, in definitiva, ridurre i costi dei trattamenti ospedalieri.

Nuove sfide per gli assicuratori malattie nella verifica delle fatture DRG

Le nuove modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere comportano nuove sfide per gli assicuratori malattie. Bisognava pertanto definire quali dati e in quale forma questi dovevano essere messi a disposizione degli assicuratori malattie per la verifica delle fatture e dell'economicità della prestazione. Oltre alle indicazioni amministrative, le fatture contengono ora indicazioni mediche. Ciò significa che gli assicuratori malattie ricevono insieme alla fattura DRG una serie di dati con le diagnosi e le procedure mediche relative alla persona assicurata (MCD = Minimal Clinical

³ Con «cure somatiche acute» si intendono i trattamenti stazionari di malattie acute o di infortuni. Non vi sono incluse le malattie psichiche e le misure di riabilitazione medica.



Dataset). Ai fini del rispetto della protezione dei dati nonché della garanzia della proporzionalità del controllo delle fatture, gli assicuratori hanno dovuto istituire un cosiddetto servizio di ricezione dei dati. Questo servizio è a monte dell'assicuratore e ha il compito di smistare e identificare (mediante filtro) le fatture DRG sospette. La verifica materiale delle fatture DRG richiede una competenza medica specialistica. Gli assicuratori malattie hanno quindi bisogno di specialisti con esperienza nella codificazione o con conoscenze in campo medico.

In media qualità elevata di codificazione delle fatture DRG e finora poche fatture rettificate

Poiché la codificazione di un trattamento in base alla documentazione medica costituisce la base per la fatturazione, è fondamentale garantire l'esattezza di tale codificazione. Gli ospedali assicurano che le fatture DRG siano corrette attraverso l'adozione di diverse misure. Queste concernono la codificazione delle fatture DRG da parte di personale medico appositamente formato, i controlli interni della qualità, la separazione organizzativa dei trattamenti medici, la codificazione e la fatturazione DRG. Inoltre, un organo di revisione esterno valuta annualmente la qualità della codificazione negli ospedali selezionando un campione ed effettuando una nuova codificazione.

Gli attori interpellati (assicurazioni, ospedali, Cantoni) giudicano buona o molto buona la qualità della codificazione. Sulla base dei controlli delle fatture da parte degli assicuratori malattie è stato finora ricodificato e corretto circa lo 0,5 per cento delle fatture DRG a favore o a scapito dell'ospedale. Occorre tuttavia tenere presente che si tratta dei primi dati empirici e delle prime stime, in quanto il sistema di controllo elettronico basato sui servizi di ricezione dei dati degli assicuratori malattie non è ancora completamente operativo. Una panoramica completa dei risultati delle revisioni della codificazione o dei controlli delle fatture SwissDRG da parte delle casse malati non è ancora disponibile. È pertanto prematuro stabilire se il numero esiguo di fatture DRG rettificate sia da attribuire alla buona qualità delle stesse oppure al fatto che i processi di controllo non sono ancora ottimizzati.

Complementarità delle revisioni della codificazione negli ospedali e delle verifiche da parte degli assicuratori malattie

La revisione della codificazione negli ospedali è fondata sul campionamento casuale, vale a dire su una selezione di fatture DRG non motivata da sospetti concreti né da rischi particolari. Essa permette un esame meramente statistico e quantitativo della qualità di codificazione in generale. La revisione della codificazione non può sostituire le verifiche amministrative dei singoli casi né i controlli complementari degli assicuratori malattie che sono eseguiti in modo mirato e in funzione del rischio sulle fatture sospette. Le revisioni della codificazione negli ospedali nonché i controlli degli assicuratori malattie devono essere considerati attività complementari.

Finora pochi dati empirici sulle verifiche delle fatture DRG da parte degli assicuratori malattie

Gli assicuratori malattie elaborano e controllano in totale circa 90 milioni di fatture all'anno. Con circa 1,3 milioni di degenze ospedaliere annue (1,5 % di tutte le fatture) il numero delle fatture DRG è relativamente ridotto, ma il loro importo medio è relativamente elevato (media 4300 contro 300 franchi). Gli assicuratori malattie sottopongono tutte le fatture SwissDRG a una verifica di base «attuariale» standardizzata. Inoltre, possono ora verificare le fatture «dal punto di vista materiale» tramite la serie di dati medici. Lo scopo è stabilire, grazie a sistemi informatici, la correttezza delle

prestazioni fatturate, procedere a chiarimenti supplementari in caso di anomalie ed eventualmente chiedere ulteriori documenti agli ospedali.

La possibilità di identificazione automatica (mediante filtro) delle fatture DRG sospette è stata finora poco utilizzata. Gli assicuratori malattie dispongono quindi di pochi valori empirici, non standardizzati e lacunosi, risultanti dalle verifiche materiali delle fatture DRG. Ciò va ricondotto al fatto che, al momento dell'introduzione del sistema nel 2012, le condizioni quadro giuridiche e tecniche per la trasmissione elettronica dei dati delle fatture non erano ancora state definite.

È prematuro valutare vantaggi ed efficienza delle verifiche automatiche delle fatture

I primi risultati forniti dai controlli delle fatture indicano che la procedura di controllo sulla base dell'identificazione manuale è inefficiente. Una verifica materiale efficiente delle fatture è possibile soltanto se i dati sono disponibili in forma elettronica e se la loro selezione per la richiesta di ulteriori chiarimenti può essere effettuata automaticamente e in funzione del rischio, secondo criteri specifici. Le condizioni in tal senso esistono dall'inizio del 2014 con l'istituzione dei servizi di ricezione dei dati. Dall'autunno del 2014, tutti gli assicuratori, ad eccezione di tre piccole assicurazioni malattie, dispongono di siffatti servizi. Occorreranno alcuni anni prima di poter disporre di dati empirici sufficienti per la valutazione dei vantaggi e dell'efficienza della verifica automatizzata delle fatture da parte degli assicuratori malattie. Il CDF ha conoscenza di una convenzione tra ospedale e assicurazione malattia che regola la possibilità d'uno sconto di poca importanza nel caso in cui il tasso di domande di chiarimento non sia stato superato. Purtroppo il CDF non può valutare in che misura questi regolamenti tra ospedali e assicurazioni malattia sono applicati in Svizzera.

Gli interessi degli ospedali quali fornitori di prestazioni, da un lato, e degli assicuratori malattie, dall'altro, non coincidono. Esiste una certa competizione, in particolare per quanto concerne la domanda di specialisti della codificazione sul mercato del lavoro. Al fine di evitare inutili oneri amministrativi per controlli, chiarimenti e informazioni da entrambe le parti, è opportuno instaurare un miglior rapporto di fiducia mediante una comunicazione reciproca e trasparente. Ci si chiede inoltre se per risolvere in maniera efficiente i disaccordi in materia di codificazione tra ospedali e assicuratori malattie non sarebbe utile designare un'autorità di conciliazione indipendente.

Nessun doppio sproporzionato tra le attività di controllo degli assicuratori malattie e dei Cantoni

Nel nuovo finanziamento ospedaliero, al più tardi dal 2017, i Cantoni parteciperanno ai costi delle prestazioni stazionarie in tutti gli ospedali pubblici e privati, conformemente al rispettivo elenco, con una quota del 55 per cento. I Cantoni ricevono dagli ospedali le fatture proporzionalmente alla loro quota di partecipazione ai costi, anche se, per lo più, in forma aggregata per ogni ospedale e senza la serie di dati medici.

La suddivisione delle attività legate alla gestione delle fatture SwissDRG tra Cantoni e assicuratori malattie è stata in linea di principio regolamentata in modo che la verifica delle fatture e dell'economicità della prestazione spetti agli assicuratori malattie, mentre i Cantoni rinunciano a istituire parallelamente una struttura di controllo analoga. Diversamente dagli assicuratori malattie, i Cantoni non hanno accesso alla serie di dati medici. Poiché i Cantoni finanziano una parte importante delle prestazioni ospedaliere, è ovvio che essi vogliano controllare i conteggi almeno in base a criteri amministrativi (domicilio del paziente, degenze in ospedali del Cantone o fuori del Canto-



ne, garanzia di assunzione dei costi ecc.). Il legislatore ha previsto un sistema di finanziamento duale per le degenze ospedaliere ed è pertanto comprensibile che assicuratori e Cantoni tutelino i loro interessi finanziari. In occasione dell'introduzione dei DRG, il CDF non ha constatato doppiamente sproporzionati rispetto alle attività di controllo degli assicuratori malattie.

Prezzi di base concordati tra i partner tariffali giudicati troppo elevati dal Sorvegliante dei prezzi

I partner tariffali (ospedali e assicuratori) fissano l'ammontare del cosiddetto prezzo di base per ogni ospedale. Se non vi è intesa, è il Cantone a fissare il prezzo di base. Nei primi due anni del sistema DRG, ovvero nel 2012 e 2013, i negoziati tra i partner contraenti sono falliti in molti casi e, secondo il Sorvegliante dei prezzi, i Cantoni hanno talvolta stabilito prezzi di base troppo elevati. I ricorsi in tal senso pendenti dinanzi al Tribunale amministrativo federale sono numerosi. Di conseguenza le fatture DRG degli ospedali sono spesso basate su prezzi di base fissati a titolo «provvisorio». Alla primavera del 2014 risale una prima sentenza sul ricorso presentato dagli assicuratori malattie contro la tariffa applicata ai trattamenti stazionari dall'Ospedale cantonale di Lucerna. Nella sentenza non è stata confermata la tariffa stabilita dal Consiglio di Stato lucernese (prezzo di base: 10 325 fr.) e il tribunale non ha dato seguito alla richiesta di 46 assicuratori (prezzo di base: 8951 fr.). I prezzi di base per l'ospedale cantonale di Lucerna devono essere rinegoziati. Per l'esercizio 2014 si constata che i partner tariffali sono perlopiù riusciti a raggiungere un'intesa e che i prezzi di base concordati sono tendenzialmente più bassi rispetto a quelli degli anni precedenti.

Gli adeguamenti dei prezzi di base hanno una rilevanza finanziaria nettamente superiore a quella delle correzioni apportate finora alle fatture DRG. Se estesa all'1,3 milioni di degenze ospedaliere annue, una modifica dei prezzi di base di 100 franchi equivale già a 130 milioni di franchi.

Raccomandazioni all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Le raccomandazioni del CDF concernono le prime misure di ottimizzazione nel quadro dell'attuazione in corso del trattamento delle fatture SwissDRG:

- designare un'autorità di conciliazione che emetta un giudizio definitivo sui disaccordi nei casi SwissDRG;
- designare un servizio esistente che garantisca la completa e regolare esecuzione, valutazione e pubblicazione delle revisioni della codificazione;
- garantire che in caso di correzione delle fatture gli ospedali presentino un pertinente rapporto al Cantone e all'assicuratore malattie;
- chiarire e concretizzare i criteri dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità, nonché la procedura per la valutazione delle prestazioni ospedaliere.

Testo originale in tedesco