



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Focus 28.10.2016

Trattamenti complessi in base a SwissDRG: il dialogo tra assicuratori e fornitori di prestazioni conviene

I trattamenti complessi sono pacchetti di prestazioni in strutture stazionarie particolari, come ad esempio nella riabilitazione geriatrica acuta o in un reparto di cure palliative. Essi hanno una valutazione relativamente elevata e comprendono numerosi requisiti nel sistema DRG. Per questa ragione sono spesso verificati in maniera sistematica dagli assicuratori malattia. Questi controlli sono dispendiosi e richiedono l'impiego di risorse non solo presso gli assicuratori, ma anche negli ospedali. Sono rari i casi in cui le fatture vengono corrette al ribasso. curafutura ha valutato in collaborazione con alcuni ospedali, società professionali e tarifsuisse delle soluzioni alternative con cui poter ridurre l'onere amministrativo e ottenere quindi anche risparmi a vantaggio degli assicurati.

Le prestazioni stazionarie vengono rimborsate negli ospedali acuti dal 2012 in base ai DRG (diagnosis related group). L'assegnazione di un paziente a uno degli oltre 1000 gruppi di casi avviene – tra l'altro – tramite le prestazioni fornite nell'ospedale, le cosiddette «procedure». Di queste fanno parte, oltre alle misure terapeutiche (p.es. interventi chirurgici), le cure particolarmente impegnative e la diagnostica. Le procedure dei trattamenti complessi vengono definite mediante numerose condizioni strutturali e caratteristiche di esecuzione. Queste sono riportate nel «catalogo della classificazione svizzera degli interventi chirurgici (CHOP)». Per consentire all'ospedale di fatturare i trattamenti complessi, occorre inoltre eseguire e documentare un determinato numero di unità terapeutiche.

Verifica onerosa

Gli assicuratori malattia sono tenuti per legge a verificare l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. Per la verifica del caso singolo di un trattamento complesso occorre generalmente richiedere presso l'ospedale la documentazione completa del paziente. Poiché questa verifica richiede delle conoscenze particolari, essa viene svolta presso gli assicuratori da parte di codificatori medici o di collaboratori appositamente formati a questo scopo. Spesso vengono coinvolti nella valutazione anche dei medici di fiducia. Ciò comporta un significativo onere amministrativo per gli assicuratori. In casi dubbi segue una richiesta scritta o una contestazione all'ospedale.

«L'onere per l'ospedale è in ogni caso notevole, soprattutto se viene richiesta la documentazione completa. In media vengono preventivati a settimana per ogni rifiuto diverse ore di lavoro: 4 ore di medico quadro, 4 ore di amministrazione e un'ora di colloquio con i codificatori. Nel calcolo non vengono considerate le lettere ai servizi dei medici di fiducia e le discussioni con quelle casse che rifiutano quasi sistematicamente tutte le degenze in reparti geriatrici», spiega il dott. med. Thomas Münzer, primario della clinica geriatrica di San Gallo e presidente della Società professionale svizzera di geriatria.

A ciò si aggiunge il fatto che alcuni criteri CHOP sono spesso formulati in modo tale da richiedere un'interpretazione. Fra assicuratori e ospedali ci sono interpretazioni diverse di una determinata formulazione.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Poiché in Svizzera non esiste un organo di conciliazione per casi di questi tipo, la verifica di un singolo caso può protrarsi per dei mesi.

Risparmi contenuti

«Il numero dei rifiuti nell'ambito del trattamento complesso geriatrico di riabilitazione precoce si attestava presso la clinica geriatrica di San Gallo nel 2014 a 82 e nel 2015 a 118 casi. I DRG hanno dovuto essere corretti al ribasso in 4 casi. In entrambi gli anni sono stati svolti circa 900 trattamenti complessi», sottolinea il dott. med. Thomas Münzer.

Dopo la verifica di un quarto delle fatture da parte degli assicuratori, l'ospedale ha quindi dovuto effettuare una riduzione delle fatture solo nel 2% dei casi.

Tutto questo va quindi a scapito dell'«appropriatezza»? La risposta è un «sì» inequivocabile. Per questo curafutura ha discusso con i rappresentanti della medicina palliativa e della geriatria le seguenti proposte di soluzione.

Alternativa 1: svolgimento di «audit degli assicurati»

Al posto delle verifiche sistematiche dei casi singoli gli assicuratori o le loro associazioni punterebbero su delle revisioni presso dei fornitori di prestazioni selezionati. Nell'ambito di questi audit si verificherebbe da un lato sul posto il rispetto delle caratteristiche strutturali dei reparti e si esaminerebbe dall'altro la codificazione con prove a campione sulla base della documentazione dei pazienti. Se dovesse risultare che l'ospedale soddisfa tutte le condizioni necessarie, si può rinunciare ad una verifica sistematica per un periodo di tempo determinato.

Alternativa 2: riconoscimento della qualità dei trattamenti dei centri di trattamento certificati

Il riconoscimento degli standard di qualità di centri di trattamento certificati rappresenta un'altra alternativa interessante. Al momento non esistono purtroppo certificati specifici in tutti gli ambiti dei trattamenti complessi. Alcuni offerenti, come l'associazione «qualitépalliative», effettuano certificazioni e audit regolari di ricertificazione nell'ambito delle cure palliative.

Se venissero riconosciuti label di qualità di questo tipo, gli assicuratori sarebbero disposti ad accettarli come base per la fornitura di prestazioni orientata alla qualità nel senso delle caratteristiche minime CHOP e anche oltre. Anche in questo caso gli assicuratori rinuncerebbero ad una verifica sistematica di tutti i casi e verificherebbero la qualità della codificazione e della documentazione mediante prove a campione svolte con regolarità.