



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

FAQ Sistema tariffale coerente

Stato 04.01.2024

1 Forfait ambulatoriali

1.1 Meccanismo di base

Che cosa sono forfait ambulatoriali?	Il termine 'forfait ambulatoriali' si riferisce a un sistema tariffale composto da una struttura tariffale basata sul modello SwissDRG (catalogo con pesi relativi) e un prezzo concordato tra i fornitori di prestazioni e le assicurazioni malattie.
Quanti forfait ambulatoriali esistono?	Nella versione 1.0 ci sono 454 forfait, disponibili nel elenco dei forfait ambulatoriali.
Come faccio a sapere quale forfait devo fatturare?	I forfait ambulatoriali vengono determinati in base alla diagnosi e alla procedura effettuata. La diagnosi conduce al capitolo corrispondente e la procedura (insieme ad altre caratteristiche quali ad esempio l'età, il sesso) porta all'interno del capitolo al raggruppamento di casi corretto. Non è necessario che questo processo venga eseguito manualmente, ma viene gestito dal cosiddetto Grouper.
Cos'è un Grouper e come funziona?	<p>Il grouper è un diagramma di flusso completo o un albero decisionale completo. In esso, i contatti con pazienti vengono assegnati al raggruppamento di casi corretto sulla base della diagnosi, della procedura e di altre caratteristiche (ad esempio, l'età del paziente).</p> <p>L'albero decisionale è consultabile in formato HTML nel cosiddetto Manuale delle definizioni sul sito web di solutions tarifaires suisses SA..</p>

<p>Quali prestazioni sono contenute nei forfait?</p>	<p>Ai sensi del capitolo 1.5 delle Modalità di applicazione il raggruppamento dei casi e le prestazioni fatturabili separatamente raffigurano in maniera esaustiva le prestazioni fatturabili del contatto fatturabile con il paziente. Un contatto fatturabile con il paziente può dunque essere fatturato mediante un forfait ambulatoriale e prestazioni fatturabili separatamente. Non sono possibili ulteriori fatturazioni separate.</p> <p>Prestazioni fatturabili separatamente sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emoderivati labili e stabili - agenti terapeutici consegnati - impianti protesici in raggruppamenti dei casi corrispondentemente contrassegnati nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali
<p>Perché sono stati creati i forfait ambulatoriali basati su TARMED?</p>	<p>I forfait ambulatoriali sono stati creati sulla base dei dati effettivi dei costi e delle prestazioni ambulatoriali. Ciò significa che sono stati raccolti ed elaborati i dati delle prestazioni (fatturazione, posizioni TARMED) e i dati dei costi (in conformità con REKOLE) dai casi ambulatoriali dei pazienti fatturati.</p> <p>Le posizioni tariffali (ad esempio TARMED) sono state utilizzate solo per identificare il caso trattato.</p>

<p>Nei forfait sono incluse solo prestazioni mediche? Nei forfait sono inclusi impianti protesici /medicamenti/analisi di laboratorio?</p>	<p>Per principio tutte le prestazioni di un contatto con pazienti sono incluse nei forfait, quindi pure le prestazioni non mediche, i medicinali, il materiale, gli impianti protesici, le prestazioni di laboratorio ecc.</p> <p>In alcuni casi, tuttavia, gli impianti protesici possono essere fatturati separatamente. Nell'elenco dei forfait ambulatoriali è specificato per quali raggruppamenti di casi gli impianti protesici sono fatturabili separatamente.</p> <p>Le analisi di laboratorio sono comprese nei forfait. La fatturazione delle analisi è regolata nell'art. 59 OAMal e richiede un adeguamento al momento dell'introduzione di forfait ambulatoriali.</p>
<p>Le prestazioni delle infermiere/degli infermieri sono tenute in considerazione?</p>	<p>Sì, i forfait ambulatoriali contengono pure le prestazioni delle infermiere e degli infermieri che confluiscono pure, con i costi effettivi, nel calcolo dei forfait ambulatoriali. Esse non soggiacciono dunque ad alcuna limitazione come sarebbe il caso in una tariffa per singola prestazione, bensì, per la tariffazione, vengono tenuti in considerazione tutti i costi generati.</p>
<p>Perché gli impianti protesici sono fatturabili separatamente solamente in determinati raggruppamenti dei casi?</p>	<p>Gli impianti protesici sono fatturabili separatamente unicamente nei raggruppamenti dei casi in cui tale regolamentazione comporta una migliore omogeneità all'interno del raggruppamento dei casi. Ciò è il caso soltanto nei raggruppamenti dei casi in cui i prezzi differenti degli impianti protesici sono responsabili della dispersione all'interno del raggruppamento dei casi.</p>
<p>Che cosa significa esattamente che agenti terapeutici consegnati sono fatturabili separatamente?</p>	<p>La nozione di "agenti terapeutici" comprende medicinali e dispositivi medici (art. 2 LATer). Se questi ultimi vengono consegnati alla/al paziente nel quadro della cura ambulatoriale, possono essere fatturati separatamente dal forfait ambulatoriale.</p>

<p>Vi sono forfait specifici per il trattamento di bambini?</p>	<p>Durante l'elaborazione dei forfait per caso è sempre stato verificato se per i bambini vi sono costi maggiori. Nella maggior parte dei casi ne risultava che non è solamente l'età a rappresentare un criterio di splitting determinante, bensì l'anestesia aggiuntiva necessaria da parte di un anestesista. Per questo motivo l'anestesia effettuata da un anestesista è un criterio di splitting spesso impiegato e di riflesso si ritrova nell'elenco dei forfait ambulatoriali. Ciò permette inoltre che non solamente i bambini vengono remunerati in modo più adeguato, bensì pure ulteriori pazienti che per altri motivi necessitano di un'anestesia aggiuntiva risultando perciò più onerosi.</p>
--	--

1.2 Base dei dati

<p>Perché sono stati utilizzati soltanto i dati riferiti ai costi e alle prestazioni degli ospedali?</p>	<p>La soluzione settoriale REKOLE (Revisione della contabilità analitica e della registrazione delle prestazioni) garantisce l'uniformità degli standard di contabilità analitica degli ospedali in tutta la Svizzera. La certificazione REKOLE conferma che la contabilità dei costi e delle prestazioni di tali ospedali è conforme ai principi di gestione aziendale. Di conseguenza, i dati riferiti ai costi che ne risultano a livello di paziente sono comparabili. REKOLE è legalmente riconosciuto.</p> <p>Con l'impiego di tali dati il sistema di forfait ambulatoriali si fonda su una base di dati completa, standardizzata e legalmente riconosciuta.</p> <p>Al momento non esistono ancora dati riferiti ai costi analoghi a livello di paziente provenienti dagli studi medici (cosidd. dati riferiti ai costi basati sui casi). Una volta introdotta una metodologia corrispondente e disponibili i dati, questi ultimi potrebbero per principio essere presi in considerazione per i calcoli nel sistema dei forfait ambulatoriali.</p>
---	---

<p>Perché non sono stati utilizzati i dati di tutti gli ospedali?</p>	<p>Al momento della raccolta dei dati, non erano ancora in vigore le necessarie condizioni quadro legislative per un obbligo di fornitura dei dati. Al momento dello sviluppo della versione tariffaria 1.0, la fornitura dei dati era perciò ancora su base volontaria.</p> <p>La versione tariffale 1.0 è stata sviluppata sulla base dei dati di 47 ospedali, utilizzando circa 850.000 casi ambulatoriali. Questo numero di casi è paragonabile alla situazione al momento dell'introduzione di SwissDRG nel 2012.</p> <p>Con l'art. 47a cpv. 5 LAMal, sono previste le condizioni quadro legislative affinché, a partire dall'introduzione del sistema di forfait ambulatoriali, tutti i fornitori di prestazioni possano essere obbligati a fornire i necessari dati riferiti ai costi e alle prestazioni. Nello sviluppo ulteriore del sistema tariffale possono dunque confluire dati di tutti i fornitori di prestazioni.</p>
<p>Come è stato possibile valutare i forfait?</p>	<p>La versione tariffale 1.0 del sistema di forfait ambulatoriali è stata sviluppata utilizzando dati degli ospedali degli anni 2019 - 2021. Importante: si tratta di dati reali, effettivamente risultati e non di stime quantitative od opinioni di esperti.</p>
<p>Per l'applicazione dei forfait posso utilizzare i miei casi veri per simulare?</p>	<p>Sì. Mediante <u>Grouper di simulazione</u> ogni fornitore di prestazioni può utilizzare i propri casi veri, che sono stati fatturati secondo TARMED, per simulare l'applicazione con i forfait ambulatoriali. Quale risultato di tale simulazione viene emesso il rispettivo raggruppamento dei casi. Singoli casi possono essere simulati mediante il grouper per simulazioni di singoli casi.</p>

<p>Perché non vengono rivelati ulteriori dettagli dei dati impiegati?</p>	<p>Nello specchio dei dati sono già consultabili pubblicamente le informazioni complete riferite alle basi di dati.</p> <p>Gli ospedali hanno effettuato tale fornitura di dati supplementare su base volontaria e la medesima è stata concordata tramite una convenzione separata sulla fornitura dei dati. I dati possono essere impiegati unicamente per lo sviluppo dei forfait ambulatoriali e non possono essere resi pubblici.</p>
<p>Che cosa s'intende per raggruppamenti dei casi non valutati? Dove risultano questi ultimi?</p>	<p>Raggruppamenti dei casi non valutati sorgono laddove vi sono quantità troppo esigue di dati e perciò non è possibile effettuare una valutazione appropriata. I raggruppamenti dei casi non valutati si riconoscono nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali dal fatto che non è esposto alcun cost-weight.</p>

1.3 Codifica ambulatoriale/registrazione delle prestazioni

<p>Che cosa s'intende per «codifica ambulatoriale» dei casi?</p>	<p>Per l'attribuzione dei contatti con il paziente a un raggruppamento dei casi il Grouper necessita sia della procedura ai sensi di CHOP sia della diagnosi secondo ICD-10. Mettere a disposizione tali informazioni significa «codifica ambulatoriale» del contatto con il paziente. Le corrispondenti basi sono elencate nella Direttiva per la codifica ambulatoriale.</p>
<p>La codifica ambulatoriale funziona in maniera identica al settore stazionario con SwissDRG?</p>	<p>Hanno in comune la descrizione del contatto con il paziente mediante procedura e diagnosi. Nel settore ambulatoriale, tuttavia, la codifica è molto più semplice, dato che servono meno informazioni per il raggruppamento, le regole sono molto più semplici e la codifica può essere effettuata direttamente durante o dopo il contatto con il paziente.</p>

<p>Occorre ora assumere codificatrici/tori per il settore ambulatoriale? Esiste un nuovo profilo professionale di «codificatore ambulatoriale»?</p>	<p>La codifica della diagnosi e della procedura nel contesto ambulatoriale è significativamente meno complicata rispetto al settore ospedaliero, poiché per l'assegnazione a un forfait nella maggior parte dei casi è rilevante una sola diagnosi e una sola procedura (sono possibili eccezioni).</p> <p>Vale il principio secondo cui lo stesso personale che svolge attualmente l'attività di registrazione delle prestazioni nel sistema tariffale per singola prestazione può effettuare la registrazione della/e diagnosi e della/e procedura/e nel settore ambulatoriale.</p> <p>L'introduzione della codifica ambulatoriale comporta inizialmente un maggior dispendio. Tuttavia, dopo l'implementazione, vi è da attendersi una significativa riduzione del dispendio rispetto alla situazione attuale con il sistema tariffale completo per singola prestazione e il relativo arsenale di regole.</p>
<p>Perché non si tiene conto delle diagnosi secondarie?</p>	<p>Le diagnosi secondarie non vengono prese in considerazione nella versione 1.0 perché finora nel settore ambulatoriale erano rilevanti unicamente la procedura (prestazione TARMED) e la diagnosi principale.</p> <p>Tecnicamente è possibile, nello sviluppo ulteriore dei forfait ambulatoriali, poter tener conto pure delle diagnosi secondarie. Come per tutti gli altri adattamenti alla struttura, ciò sarebbe possibile solamente sulla base di dati reali.</p>
<p>Occorre codificare pure quei contatti con il paziente che vengono fatturati tramite la tariffa per singola prestazione?</p>	<p>Sì. Pure i contatti con il paziente fatturati tramite la tariffa per singola prestazione necessitano di una diagnosi. Soltanto in questo modo è possibile verificare correttamente l'unione dei contatti con il paziente in un contatto fatturabile con il paziente. Pure con il TARDOC è previsto che la diagnosi venga esposta.</p>
<p>Pure gli studi medici devono rilevare ICD e CHOP?</p>	<p>Sì. Anche negli studi medici per la fatturazione di contatti con il paziente tramite i forfait ambulatoriali sono necessari ICD e CHOP.</p>

Sussiste una differenza tra la diagnosi impiegata in ambito medico e la diagnosi per la codifica o la fatturazione ambulatoriale?

Sì, la diagnosi per la quotidianità medico-sanitaria non è per forza formulata ai sensi di ICD-10. La diagnosi per la codifica ambulatoriale deve essere disponibile nel formato ICD-10, affinché si possa attuare in maniera corretta la definizione del contatto fatturabile con il paziente. Semmai può sussistere pure una differenza nel momento della diagnosi. La diagnosi per la codifica ambulatoriale descrive quello stato che è accertato quale diagnosi durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente e che era il motivo principale per il trattamento e/o l'esame della/del paziente (cfr. Direttive per la codifica ambulatoriale). Può dunque capitare che la diagnosi impiegata a livello medico-sanitario venga adattata in un secondo tempo a causa di ulteriori diagnostiche. Dato che è la diagnosi al momento del trattamento ad essere determinante, questo adeguamento successivo non va considerato per la fatturazione.

1.4 Sviluppo dei forfait ambulatoriali

Come sono stati sviluppati i forfait ambulatoriali?

Gli ospedali hanno fornito dati sui costi e sulle prestazioni dei loro casi di pazienti ambulatoriali effettivamente trattati. Questi casi sono stati raggruppati in casi simili dal punto di vista medico. Attraverso un software appositamente sviluppato, questi casi raggruppati sono stati ulteriormente suddivisi in sottogruppi più specifici, in modo da ottenere raggruppamenti di casi il più possibile omogenei. L'omogeneità si riferisce sia alla fornitura di servizi medici che ai costi dei casi in ciascun raggruppamento. Nel contesto dell'aggiornamento regolare (probabilmente annuale) della struttura tariffale, è possibile verificare, sulla base dei dati più recenti, se il raggruppamento dei casi debba essere modificata o affinata per ottenere un'omogeneità dei costi ancora maggiore. Per raggiungere questo obiettivo, possono essere considerati fattori quali l'età, le procedure, i medicinali, ecc.

2 TARDOC

2.1 Diagnosi

Nel TARDOC occorre rilevare delle diagnosi?	Sì. I partner tariffali del TARDOC si sono accordati in tal senso.
---	--

3 Sistema coerente

3.1 Contatto con il paziente e contatto fatturabile con il paziente

Che cosa è un contatto con il paziente?	<p>Al riguardo rinviamo alla definizione contenuta nel capitolo 1.4.1 del documento “Regole e definizioni” sul sito web della solutions tarifaires suisses SA (stato giugno 2023 per la versione tariffale 1.0):</p> <p><i>Un contatto con il paziente è definito come un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio di un paziente con un «fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale». In tale ambito un «fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale» fornisce una misura diagnostica o terapeutica in favore di un paziente.</i></p> <p><i>Una prestazione a un campione o un preparato non corrisponde a un contatto con un paziente.</i></p> <p><i>Tali prestazioni devono essere attribuite al contatto con il paziente all’origine della richiesta di prestazione.</i></p> <p><i>Perizie, consultazioni di atti e di immagini e tumorboard/board di esperti medici/board interdisciplinari vengono tenuti quali contatti con il paziente pure in assenza dell’incontro fisico del paziente con il «fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale».</i></p>
---	---

Perizia/consulto/tumorboard: perché tali casi corrispondono a un contatto a sé stante con il paziente?	Nelle tre situazioni di perizie, consulti e tumorboard si tratta di prestazioni che possono essere eseguite sia in presenza sia in assenza della/del paziente. Con la definizione quale contatto a sé stante con il paziente si è tenuto conto di tale situazione speciale.
Perché è necessario riassumere i contatti con il paziente?	Non riassumere i contatti con il paziente, la cui diagnosi conduce nel medesimo capitolo (Capitulum) creerebbe grossi incentivi a distribuire il trattamento su diversi fornitori di prestazioni. Tale distribuzione non è favorevole alla/al paziente e al trattamento da parte di un numero possibilmente esiguo di professionisti/i.
Esiste una panoramica o un elenco su cui figura in quali discipline non possono essere riassunti i contatti con il paziente?	Sì. I settori specializzati in cui non possono essere riassunti i contatti con il paziente sono quelli che forniscono prestazioni prescritte da medici e servizi di trasporto e di salvataggio. L'elenco corrispondente si trova nelle Modalità di applicazione dell'Appendice 1.

3.2 Decisione struttura tariffale

Quale utente, come faccio a sapere, se il caso va fatturato mediante la tariffa per singola prestazione o mediante forfait ambulatoriali?	Determinante è la posizione di trigger. Se in un contatto fatturabile con il paziente è registrata una posizione di trigger, ciò porta automaticamente e necessariamente alla fatturazione di un forfait ambulatoriale.
Che cosa sono posizioni di trigger?	Posizioni di trigger sono quelle posizioni CHOP che fanno scattare l'inserimento in un raggruppamento dei casi. Se in un contatto fatturabile con il paziente è registrata una posizione di trigger, ciò porta sempre alla fatturazione di un forfait ambulatoriale.

<p>Che cosa succede se in un contatto con il paziente sono elencate diverse posizioni di trigger?</p>	<p>Se sono registrate diverse posizioni di trigger, ad essere determinante è la gerarchia nell'albero decisionale o nel grouper. A seconda dell'ordine in cui vengono richieste le posizioni di trigger, una o l'altra o la combinazione delle due posizioni portano al raggruppamento dei casi da fatturare.</p>
<p>I fornitori di prestazioni possono scegliere tra fatturazione mediante forfait ambulatoriali o tariffa per singola prestazione? Quali sono le regole secondo cui viene scelta la struttura tariffale corretta?</p>	<p>No, i fornitori di prestazioni e gli enti finanziatori non possono scegliere liberamente la struttura tariffale da applicare. Ogni contatto fatturabile con il paziente va verificato per sapere se contiene una posizione di trigger. Dalla presenza di una posizione di trigger deriva sempre una fatturazione mediante forfait ambulatoriale.</p>
<p>Le prestazioni nell'ambito di un appuntamento con l'anestesista alcuni giorni prima dell'intervento possono essere fatturate in un contatto separato con il paziente?</p>	<p>Sì. L'anestesia è considerata un fornitore di prestazioni a sé stante nel contesto ambulatoriale. La fusione di contatti con il paziente con diagnosi nel medesimo capitulum avviene unicamente per prestazioni fornite il medesimo giorno.</p>

3.3 Prestazioni attribuite

<p>Per quanto tempo un rapporto deve essere imputato al contatto corrispondente con il paziente?</p>	<p>I rapporti vanno imputati illimitatamente al contatto corrispondente con il paziente.</p>
<p>Come fa il sistema a riconoscere a quale contatto con il paziente vanno imputate le prestazioni di laboratorio?</p>	<p>Di regola le prestazioni di laboratorio vengono identificate e imputate grazie al numero di mandato.</p>

3.4 Processo

La registrazione delle prestazioni avviene prima o dopo la presa di decisione su quale struttura tariffale si applica?	<p>La registrazione delle prestazioni/codifica ambulatoriale ha luogo prima della decisione su quale struttura tariffale si applica.</p> <p>La registrazione delle prestazioni/codifica ambulatoriale ha luogo durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente (cfr. Direttive per la codifica ambulatoriale, capitolo 1.1). Quale struttura tariffale si applica dipende dal fatto se sul contatto fatturabile con il paziente è registrato un trigger CHOP. La registrazione delle prestazioni/codifica ambulatoriale è dunque la base per la decisione su quale struttura tariffale si applica.</p>
---	--

3.5 Fatturazione

Una fattura può contenere diversi forfait ambulatoriali?	<p>Ciò dipende dalle possibilità tecniche del rispettivo software. Per lo sviluppo ulteriore dei forfait ambulatoriali servono i dati reali riferiti ai costi e alle prestazioni. Se è tecnicamente possibile delimitare i costi per contatto con il paziente, anche se su un caso amministrativo vengono registrati più contatti con il paziente, su una fattura possono pure essere elencati più forfait ambulatoriali.</p> <p>Le regole nell'ambito dello standard xml non sono ancora state stabilite.</p>
Che aspetto avranno le fatture xml?	<p>Non è ancora stato possibile chiarire questo argomento con tutti i partner tariffali, per cui al momento non sono ancora disponibili informazioni al riguardo.</p>

3.6 Esempi per l'applicazione

<p>Un paziente giunge al pronto soccorso con sintomi neurologici e viene visitato dal medico d'urgenza, dalla neurologa e dal neurochirurgo. In aggiunta, la radiologia effettua una TAC. Dopo diverse ore di sorveglianza il paziente rientra a casa. In questo caso viene fatturato «soltanto» il forfait ambulatoriale TAC?</p>	<p>Sì. Dato che tutti i settori specializzati trattano la medesima diagnosi, i contatti dei diversi settori specializzati con il paziente vengono riassunti in un contatto fatturabile con il paziente. Un contatto fatturabile con il paziente viene fatturato mediante un forfait ambulatoriale oppure mediante TARDOC.</p> <p>Nel caso in questione, dunque, nonostante esami precedenti è fatturabile unicamente il forfait ambulatoriale. La differenziazione rispetto all'istituto di radiologia che effettua TAC elettive, viene effettuata mediante il prezzo.</p>
<p>Posizione/C30.15C Singole RMI o TAC con esame ecografico: Situazioni frequenti in questo raggruppamento dei casi sono urgenze con diagnosi iniziale tramite esame ecografico a cui spesso durante il trattamento ulteriore segue una diagnosi ampliata mediante TAC o RMI. Nell'ambito dei fornitori di prestazioni ambulatoriali in studio medico spesso vi è una ripartizione: l'esame ecografico viene effettuato in studio, la TAC/RMI presso un istituto di radiologia.</p> <p>Questo viene riassunto in un contatto fatturabile con il paziente o si tratta di due contatti con il paziente fatturabili separatamente?</p>	<p>Si tratta di due contatti con il paziente fatturabili separatamente, dato che si tratta di due fornitori di prestazioni differenti. Non si tratta di prestazioni che al momento della fornitura sono direttamente dipendenti l'una dall'altra.</p>

4 Scadenzario

5 Determinazione dei prezzi

Come vengono determinati i prezzi dei forfait?	<p>Nel sistema di forfait ambulatoriali, struttura e prezzo sono separati.</p> <p>La struttura rappresenta le prestazioni in proporzione ai costi effettivamente generati. Questa proporzione è il cost-weight. L'organizzazione tariffale è responsabile della struttura tariffale.</p> <p>Il cost-weight viene moltiplicato per un importo in franchi (cioè, il prezzo). Il cost-weight (struttura) moltiplicato per l'importo in franchi (prezzo) determina la remunerazione del fornitore di prestazioni. Il prezzo viene negoziato tra i partner tariffali (o i loro membri) (ad esempio, l'ospedale con le organizzazioni corrispondenti delle assicurazioni malattie). Questa negoziazione ha quindi luogo al di fuori dell'organizzazione tariffale. L'organizzazione tariffale pubblica per ogni forfait il cost-weight (struttura) e i valori di riferimento correlati ai costi.</p>
---	--