

La fattura dell'ospedale Guida alla lettura

Dopo aver analizzato le fatture dei dentisti e dei medici la BdS affronta quelle degli ospedali. Poi sarà la volta delle cliniche private.

Le prestazioni ospedaliere sono fatturate in modo diverso a dipendenza che siano state fornite in ambulatorio oppure durante una degenza. Nel primo caso si applica il tariffario medico Tarmed, come per le fatture emesse da qualsiasi studio medico (vedere Borsa della spesa 2. 2011), con la differenza che per gli ambulatori e il pronto soccorso dell'Ente Ospedaliero Cantonale - EOC viene esposto un valore del punto di franchi 0.75 invece dello 0.95 fatturato dagli studi privati.

Le prestazioni che implicano una degenza sono invece fatturate sulla base delle giornate di cura oppure con un forfait per caso. Dal primo gennaio 2012 in Svizzera tutte le prestazioni ospedaliere saranno fatturate tramite un forfait per caso, con un sistema chiamato SwissDRG, una sorta di tariffario

per diagnosi medica (vedere riquadrato). L'ambito della riabilitazione continuerà invece ancora per alcuni anni a essere fatturato con il sistema della tariffa per giornata di cura.

"In Ticino gli ospedali che fanno capo all'EOC, l'ospedale multisito che riunisce gli Ospedali Regionali di Lugano (sede Civico e Italiano), Bellinzona e Valli (sede Bellinzona, Faudo, Acquarossa e comprendente anche l'Istituto Oncologico della Svizzera italiana), Mendrisio, Locarno e la clinica di riabilitazione di Novaggio, applicano già dal 2008 un sistema di fatturazione DRG per le prestazioni fornite durante una degenza (riabilitazione esclusa) simile a quello che sarà in vigore per tutti gli istituti a partire dal 2012" ci spiega Dino Cauzza, capo area finanze e controlling dell'EOC.

Ogni paziente degente dispone di una cartella clinica in cui i medici e gli infermieri indicano minuziosamente i trattamenti eseguiti. Sulla base della documentazione, attraverso un processo di codifica, a ogni paziente viene assegnato un codice di diagnosi (DRG). I DRG (Diagnosis Related Groups) permettono di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei a dipendenza dell'impegno terapeutico di cui hanno beneficiato (delle cure che hanno ricevuto).

"Dunque nei sistemi DRG a ogni diagnosi viene attribuito un peso relativo rispetto alle altre diagnosi. Ad esempio nel sistema adottato oggi dall'EOC che contiene circa 900 codici (APDRG, All patient DRG ripreso da quello in vigore nello stato di New York) il taglio cesareo senza complicazioni (codice APDRG 371) ha un peso relativo di 1.005, l'appendicectomia (APDRG 167) ha un peso relativo di 0.549. Il peso relativo di

La fattura

Nella fattura dell'ospedale devono figurare i seguenti elementi:

- Il nome e recapito dell'ente che emette la fattura
- Il nome e altri dati relativi al paziente
- La data e l'ora di inizio e fine della degenza (ammissione e dimissione)
- La classe di ricovero (comune, semi-privata, privata), i giorni di ricovero e la categoria medica (chirurgia, maternità...)
- Il codice APDRG (che permette di risalire alla diagnosi)
- I punti attribuiti alla prestazione specificando il peso relativo di riferimento (CW base) ed il peso relativo fatturato (CW fatturato) per evidenziare la presenza di eventuali deduzioni o supplementi a seguito di una degenza più corta o più lunga rispetto ai limiti standard di degenza medi
- La quantità
- Il valore del punto
- Moltiplicando il peso fatturato per il valore del punto si ottiene l'importo dovuto

Per ricoveri in camera semi-privata o privata (parte in basso della fattura a lato) verranno fatturati i relativi supplementi per la parte alberghiera e per le prestazioni mediche. La fattura deve pure indicare il contributo versato dal cantone (pari alla tariffa in camera comune).

Fattura TP		Relevante	4.0	DE		
Documento	005595599/1 18.04.2011 10:19:21	Pagina 2/2				
Fatturante	N. EAN: 7601002095099 EOC - Ente ospedaliero Cantonale, 6500 Bellinzona N. RCC: T1110.21 ☎ +41 91 811 15 35 ☎ +41 91 811 15 04 IBAN : N. EAN: 7601002095099 EOC - Ente ospedaliero Cantonale, 6500 Bellinzona N. RCC/N. NIF: T1110.21/174 ☎ +41 91 811 15 35 ☎ +41 91 811 15 04					
Prestatario	N. RCC/N. NIF: T1110.21/174 ☎ +41 91 811 15 35 ☎ +41 91 811 15 04					
Paziente	Cognome: XXXX Nome: XXXX Via: XXXX NPA: XXXX Località: XXXX Data di nascita: XXXX Sesso: M Data caso Lairf: XXXX N. caso/decisione Lairf: XXXX N. AVS: XXXX N. assicurato: XXXX N / Nome impresa: XXXX Cantone: TI Copia fattura: no Tipo di rimb.: TP Legge: LAMAL Motivo trattamento: Malattia Trattamento: 09.01.2011 - 11.01.2011 Anm.-Dimis./Glorni: 09.01.2011 / 15:48 - 11.01.2011 / 11:00 Tipo di trattamento: Degente Tipo di ammissione: Degente Soggiorno di: 3 giorni / Glorni congedo 0 N. Fattura: 23.02.2011 Data fattura: Chirurgia Cat. medica: Chirurgia					
Committente	Cognome/N. RCC: XXXX					
Observazioni	N. caso: XXXX					
Cod. tariffa	Classe Privata 3 giorni APDRG 0167 Punti (Cost-weight) 0.549	CW Base	CW fatturato	Quantità	Valore del punto	Importo
Imp. Totale (CHF)	2,051.60	Accanto	2,051.60	Imp. Dovuto (CHF)	0.00	

Supplementi per degenza in classe privata

Observazioni	N. caso	XXXX	CW Base	CW fatturato	Quantità	Valore del punto	Importo
Cod. tariffa	Classe Privata 3 giorni APDRG 0167 Punti (Cost-weight) 0.549						
Supplemento classe privata			0.549	0.549		1,900.00	1,043.10
Supplemento prestazioni mediche classe privata				0.549		2,370.00	1,301.15
Contributo del cantone (quota base camera comune) CHF	2051.60						
Imp. Totale (CHF)	2,344.25	Accanto	2,344.25	Imp. Dovuto (CHF)	0.00		

Tariffe 2011 EOC per pazienti ticinesi, alcuni esempi di costi

	Camera comune	Camera semi-privata	Camera privata
PARTO CESAREO (APDRG 0371)	3'755.70	6'986.75	8'047.05
APPENDICECTOMIA (APDRG 0167)	2'051.60	3'816.65	4'395.85
OPERAZIONE AL GINOCCHIO (APDRG 0918)	1'659.25	3'086.70	3'555.10
RIABILITAZIONE 21 giorni	4'326.–	7'392.–	8'568.–

Nota: le tariffe per la camera comune sono valide indipendentemente dalla cassa malati a cui è affiliato il paziente. Per le tariffe di camera semi-privata e privata potrebbero esserci delle differenze fra una cassa malati e l'altra in quanto ogni assicuratore può negoziare tariffe diverse. Attualmente le differenze sono minime. Le cose potrebbero tuttavia cambiare a partire dal 1° gennaio 2012 quando gli assicuratori potranno negoziare singolarmente con i fornitori di prestazioni non solo i supplementi per camera semi-privata e privata (coperti dalle assicurazioni complementari) ma anche le tariffe in camera comune coperti dalla LAMal.

uno stesso DRG può aumentare o diminuire se la durata della degenza supera oppure è inferiore ai giorni di degenza standard dello specifico DRG" precisa Cauzza.

Sulla fattura viene distinto il peso relativo di riferimento (CW base) e il peso relativo fatturato (CW fatturato) per evidenziare la presenza di eventuali deduzioni o supplementi a seguito di una degenza più corta o più lunga rispetto ai limiti di degenza medi.

Il costo della prestazione si ottiene moltiplicando il peso relativo fatturato (CW) per il valore del punto. Il valore del punto per le prestazioni a carico della LAMal (camera comune) per i pazienti ticinesi è attualmente di 3'737 franchi (3'700 nel 2010). Il valore del punto cambia in caso di pazienti provenienti da altri cantoni o dall'estero.

Le prestazioni di riabilitazione in degenza in ambito LAMal sono invece fatturate

con una tariffa di 206 franchi per giornata di cura. L'importo totale indicato nelle fatture è quanto le casse malati devono pagare all'ospedale ma non corrisponde al costo reale delle cure: per le cure di base in camera comune il 56% dei costi viene in effetti assunto dal Cantone.

Camera semiprivata e privata

Le prestazioni semiprivata e privata sono fatturate a parte con dei supplementi. A dipendenza degli accordi con i singoli assicuratori i supplementi possono essere calcolati sulla base dei giorni di degenza, sulla base dei codici DRG oppure con sistemi misti. I supplementi sono principalmente di due tipi: uno riferito alla prestazione alberghiera e un altro riferito all'onorario medico a seguito della libera scelta del medico. Se viene applicato il sistema DRG, il valore del punto della

prestazione alberghiera è di 1'449 franchi per la camera semi-privata e di 1'900 franchi per la camera singola; il valore del punto per le prestazioni mediche è di 1'766 franchi per la camera semi-privata e 2'370 franchi per la camera singola. Analogamente a quanto avviene per le prestazioni di base, il costo totale dei supplementi si ottiene moltiplicando i rispettivi valori del punto per peso relativo fatturato (CW). Sulla fattura dei supplementi semiprivati e privati deve essere evidenziata la quota parte a carico del Cantone riferita alla copertura base.

È in effetti importante precisare che anche per i pazienti semi-privati e privati il Cantone paga il contributo del 50% dei costi previsti per i pazienti in camera comune.

L'appendicectomia oggetto della fattura a lato viene ad esempio fatturata fr. 2'051,60 a carico della cassa malati obbligatoria (più una cifra identica a carico del Cantone) e fr. 2'344,25 all'assicurazione per la camera privata (1'043,10 franchi per i costi alberghieri e 1'301,15 per le prestazioni mediche).

Chi paga le fatture?

L'ospedale invia le fatture direttamente alla cassa malati (sistema del terzo pagante) che è tenuta a pagarle entro 30 giorni. Il paziente riceve dall'ente ospedaliero copia della fattura per informazione con la dicitura "questa fattura non è da pagare" e dalla cassa malati la richiesta di pagamento per eventuali franchigie e partecipazioni (ricordiamo che dal 1° gennaio 2011 tutti gli adulti devono pagare 15 fr. al giorno quale contributo per i costi di vitto e alloggio).

Se un paziente assicurato in camera comune decidesse di farsi ricoverare in camera semi-privata o privata sarà naturalmente tenuto a pagare di tasca propria la differenza non coperta rispetto alla tariffa prevista dall'assicurazione obbligatoria (LAMal).

Che cos'è SwissDRG?

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Group) è il nuovo sistema tariffario per la remunerazione dei trattamenti stazionari. A partire dal primo gennaio 2012, conformemente a quanto previsto da una recente revisione della legge sull'assicurazione malattia (LAMal), il sistema regolerà l'indennizzo di tutte le prestazioni ospedaliere (ospedali e cliniche private) mediante l'applicazione sul piano nazionale di importi forfettari per caso. Ogni degenza ospedaliera sarà classificata secondo "raggruppamenti omogenei di diagnosi" (DRG) e indennizzata in modo forfettario. Il gruppo di diagnosi viene attribuito a ogni paziente dopo la dimissione sulla base di criteri definiti, quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, il sesso, l'età, i trattamenti e il grado di gravità. Le diagnosi e i trattamenti sono codificati secondo classificazioni internazionali. Il nuovo sistema tariffario permette paragoni su scala nazionale e dovrebbe quindi garantire una maggiore trasparenza, anche se tutt'altro che facile da capire per i non addetti ai lavori. SwissDRG verrà costantemente aggiornato. Per contrastare l'incentivo di dimettere al domicilio i pazienti il più presto possibile anche se ciò non sarebbe indicato sotto il profilo medico, il sistema prevede di penalizzare l'ospedale qualora il paziente rientrasse in ospedale entro 18 giorni, sempre per lo stesso motivo. Indubbiamente un buon sistema per garantire ai pazienti cure adeguate.

Per saperne di più

- Le tariffe in vigore, la convenzione con gli assicuratori e il modello della fattura sono stati pubblicati sul foglio ufficiale (nr. 15/2010) consultabile sul sito del cantone www.ti.ch.
- La lista dei codici DRG attualmente applicati dall'Ente ospedaliero è consultabile sul sito www.eoc.ch nell'area dedicata ai pazienti e ai visitatori, sezione coperture assicurative e costi.
- La lista di codici SwissDRG validi a partire dal 1° gennaio 2012 è consultabile su www.swissdrg.org.