

4 La **fattura** della clinica privata **Guida** alla lettura

Dopo aver analizzato le fatture dei dentisti, dei medici e degli ospedali la BdS conclude questa serie di articoli con le cliniche private.

Le prestazioni delle cliniche private 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 BdS 2.2011), con la differenza che per le cure ambulatoriali delle cliniche private viene esposto un valore del punto di franchi 0,80 invece dello 0,95 fatturato dagli studi privati (e dello 0,75 dell'Ente ospedaliero cantonale).

Le prestazioni che necessitano di una degenza sono invece attualmente fatturate in modi diversi a dipendenza delle cliniche e dei reparti. In linea di massima le degenze nei reparti di medicina interna vengono fatturate con il sistema delle giornate di cura e quelle nei reparti di chirurgia con un sistema di forfait per intervento a cui viene aggiunto un importo per giornata di cura.

A partire dal 1° gennaio 2012 ci saranno tuttavia grandi cambiamenti. Da quella data in Svizzera tutte le prestazioni ospedaliere (e dunque anche quelle offerte dalle cliniche private) rimborsate dall'assicurazione obbligatoria LAMal dovranno essere fatturate in base al nuovo sistema tariffario SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Group).

Unica eccezione le prestazioni di riabilitazione e di psichiatria che continueranno a essere fatturate con il sistema delle giornate di cura, in attesa che sia disponibile un nuovo sistema legato maggiormente alle prestazioni erogate.

Come ampiamente spiegato sulla BdS 3.06 con il nuovo sistema tariffario ogni degenza sarà classificata secondo "raggruppamenti omogenei di diagnosi e procedure" (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, i trattamenti, le complicanze, le diagnosi secondarie, il sesso, l'età e altri parametri con influenza minore. In pratica a ogni degenza verrà attribuito tramite lo SwissDRG un punteggio che, moltiplicato per il valore del punto, darà il costo della prestazione.

Il valore del punto delle varie prestazioni potrà variare da istituto a istituto, ma anche a dipendenza dell'assicurazione alla quale è affiliato il paziente. "E questo a dispetto di uno degli obiettivi principali della riforma voluta a livello federale" dichiara Christian Camponovo, direttore della Clinica Luganese. Gli assicuratori potranno in effetti negoziare singolarmente con i fornitori di prestazioni le tariffe applicate non solo ai ricoveri in camera privata e semi-privata ma anche ai ricoveri in camera comune. Nella stessa clinica (o ospedale) il parto di un'assicurata Helsana potrà ad esempio costare meno di un parto di un'assicurata Visana in quanto la forza contrattuale di Helsana potrebbe permetterle di spuntare tariffe più basse.

"Per le cliniche la fatturazione per le degenze in camera privata e semi-privata rischia di complicarsi rispetto alla situazione attuale" prosegue Camponovo. "Ci sarà invece maggiore chiarezza per gli assicurati, che riceveranno fatture ben distinte per le prestazioni a carico della LAMal (camera comune) e per quelle a carico delle assicurazioni complementari (camera privata o semi-privata). Ciò sarà apprezzato soprattutto da chi è affiliato in due casse malati diverse".

Chi paga le fatture?

Per i pazienti con copertura assicurativa di base le cliniche private inviano le fatture direttamente alla cassa malati (sistema del terzo pagante) che manda poi al paziente la richiesta di pagamento per eventuali franchigie e partecipazioni (ricordiamo che dal 1° gennaio di quest'anno tutti gli

adulti devono pagare 15 franchi al giorno quale contributo per i costi di vitto e alloggio). Il paziente dovrebbe ricevere copia della fattura ma non tutte le cliniche la spediscono direttamente per economizzare sui costi amministrativi, è comunque sempre possibile richiederla.

I pazienti con una copertura assicurativa privata o semi privata riceveranno direttamente la fattura dalla clinica e dovranno inoltrarla all'assicurazione malattia per il rimborso.

Importante sottolineare che 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. In questo caso si consiglia al paziente di richiedere un preventivo di spesa, così da poter stimare il costo finale del ricovero e non trovarsi confrontato con spiacevoli sorprese.