



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Unità di direzione Assicurazione malattia e infortunio

Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)
(Trasmissione di una copia della fattura e fatturazione nel settore della riabilitazione)

Ordinanza del DFI sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori
(Integrazione dell'insieme di dati amministrativi)

Modifiche previste per il 1° gennaio 2022

Modifiche e commenti

Berna, dicembre 2021

I. Parte generale

1. Situazione iniziale

Il 18 giugno 2021, le Camere federali hanno approvato la modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1a) (FF 2021 1496). Questa modifica fa parte del primo pacchetto legislativo che il Consiglio federale ha sottoposto al Parlamento sulla base del rapporto sulle misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del 24 agosto 2017 elaborato da un gruppo di esperti. L'obiettivo principale della modifica è contenere l'evoluzione dei costi delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e limitare così l'aumento dei premi pagati dagli assicurati. Per raggiungere rapidamente questo obiettivo, il primo pacchetto della modifica della LAMal entrerà in vigore in modo scaglionato. Il primo scaglione contempla le misure copia della fattura, organizzazione tariffale per il settore ambulatoriale e importo massimo delle multe, nonché alcuni adeguamenti redazionali. Per quanto riguarda l'organizzazione tariffale per il settore ambulatoriale, l'entrata in vigore è possibile perché il legislatore ha previsto una disposizione transitoria che concede ai partner tariffali due anni di tempo per istituirla. Il 1 gennaio 2022, quindi, entreranno in vigore le misure concernenti la copia della fattura, l'organizzazione tariffale nel settore ambulatoriale e l'importo massimo delle multe.

Conformemente al loro obbligo legale di concordare importi forfettari per la remunerazione delle cure stazionarie compresa la degenza in ospedale, i partner tariffali si sono accordati su una struttura tariffaria uniforme a livello nazionale nel settore della riabilitazione stazionaria. La prima versione della struttura tariffaria ST Reha è stata presentata per approvazione al Consiglio federale il 20 luglio 2021. Con l'approvazione del Consiglio federale la struttura tariffaria entrerà in vigore il 1° gennaio 2022.

2. Attuazione delle misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1a: trasmissione della copia della fattura

La modifica del 18 giugno 2021 della LAMal prevede tra l'altro che la disposizione sulla trasmissione della copia della fattura, attualmente disciplinata nell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), sia trasferita nella LAMal.

L'articolo 42 capoverso 3 LAMal modificato stabilisce che, nel sistema del terzo pagante, il fornitore di prestazioni trasmetta all'assicurato, senza che questi debba farne richiesta, una copia della fattura inviata all'assicuratore. Il fornitore di prestazioni e l'assicuratore possono convenire che tale trasmissione incomba all'assicuratore. La trasmissione può avvenire anche per via elettronica [...]. L'articolo 59 OAMal deve essere adeguato di conseguenza alla nuova base legale.

3. Fatturazione nel settore stazionario

3.1. Classificazione dei pazienti di tipo DRG

I cosiddetti sistemi di classificazione dei pazienti consentono di riunire una grande quantità di casi con diverse diagnosi e procedure in un numero limitato di gruppi di casi caratterizzati da oneri economici comparabili. I sistemi di tipo DRG rappresentano una particolare forma di classificazione dei pazienti, caratterizzata tra l'altro dal fatto che, sulla base di dati dei casi rilevati di routine, i casi stazionari vengono suddivisi secondo criteri clinici in gruppi basati sull'intensità delle prestazioni con costi simili.

La struttura tariffaria ST Reha prevede la suddivisione delle riabilitazioni stazionarie in gruppi di costi omogenei sotto il profilo dei costi e uniformi a livello nazionale. Per ogni caso

stazionario viene fatturato un importo forfettario ST Reha. Per lo sviluppo della logica medica dei gruppi, nella struttura tariffale ST Reha sono state considerate solo variabili già disponibili come dati di routine nell'ambito di rilevamenti di dati standardizzati su base annuale¹. Per una remunerazione tramite ST Reha è necessario disporre dei dati della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica (UST). Tali dati vengono rilevati di routine per ciascun caso trattato negli ospedali conformemente alla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat) e alla relativa ordinanza, nonché in base alle direttive e raccomandazioni dell'UST². La codifica dei casi fatturati mediante ST Reha si basa sulle direttive dell'UST che devono essere attuate in modo uniforme in tutta la Svizzera sulla base delle classificazioni delle procedure e delle diagnosi e del Manuale di codifica in vigore³. Gli episodi di cura vengono assegnati a un gruppo di costi riabilitativi di base (RCG di base) secondo le prestazioni documentate (ad es. prestazioni di base nella riabilitazione o età). I singoli RCG nell'ambito di un RCG di base si differenziano per il loro consumo di risorse definito mediante diversi separatori di costi (ad es. età, diagnosi complicanti ecc.). Quali separatori di costi, queste variabili permettono di spiegare le differenze nel consumo di risorse e consentono di suddividere i trattamenti in gruppi con strutture dei costi simili. Con l'assegnazione automatica di casi stazionari a gruppi con struttura dei costi simile sulla base delle diagnosi principali, dei trattamenti o dell'età e la remunerazione mediante un costo relativo complessivo, la struttura tariffale ST Reha presenta gli elementi essenziali di un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG.

3.2. Fatturazione nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG

Secondo l'articolo 59 capoverso 1 lettera c OAMal, nell'ambito della fatturazione i fornitori di prestazioni sono per principio tenuti a fornire agli assicuratori le indicazioni in merito a diagnosi e procedure necessarie al calcolo della tariffa applicabile.

Nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, contemporaneamente alla fattura, il fornitore di prestazioni deve trasmettere gli insiemi di dati con le indicazioni amministrative e mediche secondo l'articolo 59 capoverso 1 OAMal al servizio di ricezione dei dati dell'assicuratore. Affinché gli insiemi di dati con le indicazioni amministrative e mediche siano definiti in modo uniforme a livello nazionale, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha stabilito sulla base dell'articolo 59a capoverso 1 OAMal la struttura uniforme degli insiemi di dati valida in tutta la Svizzera in un'ordinanza. Gli insiemi di dati contengono solo le variabili necessarie per determinare il gruppo di casi e verificare la fatturazione. Secondo le prescrizioni dell'articolo 59a capoverso 2 OAMal, le variabili degli insiemi di dati corrispondono alle classificazioni della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri di cui al numero 62 dell'allegato dell'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali (ordinanza sulle rilevazioni statistiche; RS 431.012.1).

Le indicazioni amministrative e mediche rilevanti per la codifica dei casi secondo ST Reha (in particolare trattamenti, diagnosi principale ed età) sono già oggi previste nell'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori (RS 832.102.14) come variabili degli insiemi di dati amministrativi e medici da trasmettere.

I punti in comune con un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG, le variabili concordanti e rilevanti per la classificazione in gruppi, nonché le esperienze maturate finora con l'articolo 59a OAMal confermano che le disposizioni relative alla fatturazione in un modello di remunerazione di tipo DRG trovano senz'altro applicazione per quella tramite ST Reha. Pertanto, contemporaneamente alle fatture ST Reha, i fornitori di prestazioni nel settore della riabilitazione stazionaria devono trasmettere al servizio di ricezione dei dati certificato dell'assicuratore gli insiemi di dati con le indicazioni amministrative e mediche secondo l'articolo 59a e seguenti OAMal e l'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati. Vista l'efficacia dimostrata dal servizio di ricezione dei dati certificato, non vi è ragione di modificare questa

¹ Rapporto finale TARPSY, versione 1.0, numero 3 (disponibile solo in tedesco)

² Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha, versione maggio 2021, numero 1.1

³ Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha, versione maggio 2021, numero 1.2

procedura per la trasmissione della fattura in seguito all'introduzione della struttura tariffale ST Reha.

3.3. Modifica dell'ordinanza del DFI

Secondo le prescrizioni dell'articolo 59a capoverso 2 OAMal, le variabili degli insiemi di dati corrispondono alle classificazioni dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche. Un controllo dell'insieme di dati amministrativi nell'allegato dell'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori ha rivelato discrepanze nelle descrizioni delle variabili della statistica medica su cui si basa l'insieme di dati. Il DFI ha quindi provveduto ad adeguare le descrizioni delle variabili 1.2.V02 «Luogo di soggiorno prima dell'ammissione» e 1.5.V03 «Destinazione dopo l'uscita» (vedi parti evidenziate in giallo).

1.3 Insieme di dati amministrativi

Denominazione	Variabile della statistica medica	Descrizione
Luogo di soggiorno prima dell'ammissione	1.2.V02	1 = domicilio 2 = domicilio con assistenza Spitex 3 = casa di cura 4 = casa per anziani, altro stabilimento sanitario non ospedaliero 5 = clinica psichiatrica, altro istituto 55 = reparto psichiatrico / clinica psichiatrica, stesso istituto 6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti 66 = reparto acuto / ospedale acuto, stesso istituto 7 = penitenziario 8 = altro 83 = clinica di riabilitazione, altro istituto 84 = reparto di riabilitazione / clinica di riabilitazione, stesso istituto 9 = sconosciuto
Destinazione dopo l'uscita	1.5.V03	1 = domicilio 2 = casa di cura 3 = casa per anziani, altro stabilimento sanitario non ospedaliero 4 = clinica psichiatrica, altro istituto 44 = reparto psichiatrico / clinica psichiatrica, stesso istituto 5 = clinica di riabilitazione, altro istituto 55 = reparto di riabilitazione / clinica di riabilitazione, stesso istituto 6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti 66 = reparto acuto / ospedale acuto, stesso istituto 7 = penitenziario 8 = altro 9 = sconosciuto 0 = decesso

II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Articolo 59 capoverso 4 OAMal

Con la modifica del 18 giugno 2021 della LAMal, l'articolo 42 capoverso 3 LAMal disciplina la trasmissione della copia della fattura nel sistema del terzo pagante. Il capoverso 4 dell'articolo 59 OAMal è di conseguenza abrogato.

Articolo 2 della disposizione transitoria della modifica del 4 luglio 2012 dell'OAMal

Dato che, con l'introduzione della struttura tariffaria ST Reha, per la fatturazione nel settore della riabilitazione si applicano le disposizioni dell'articolo 59a e seguenti OAMal nonché l'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati, nell'articolo 59a^{bis} OAMal l'espressione «settore della riabilitazione» è stralciata.

Allegato dell'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati

Sulla base delle considerazioni esposte sopra nell'allegato dell'ordinanza del DFI sugli insiemi di dati l'insieme di dati amministrativi è completato con le descrizioni delle variabili della statistica medica dell'UST.