

Informazioni dettagliate sul metodo

Considerazioni generali relative alla nuova struttura tariffaria

Dal 2012 è in vigore il nuovo sistema tariffario SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) per le degenze di medicina somatica acuta. Da questa data, in Svizzera, esiste un unico catalogo degli importi forfettari per caso che ogni anno viene rivisto. Tutti i trattamenti sono rappresentati in gruppi diagnostici omogenei SwissDRG. Ogni gruppo ha un codice (ad es. il codice O60D per il parto vaginale) e un peso relativo detto anche cost-weight (ad es. 0.564 per il codice O60D). Il catalogo degli importi forfettari per caso vale per tutta la Svizzera e il peso relativo di un determinato caso è uguale ovunque.

Per calcolare l'importo in franchi di un determinato caso, occorre moltiplicare il peso relativo con il baserate. Il baserate è un prezzo di base contrattato tra un ospedale e un assicuratore malattia (o un gruppo di assicuratori malattia come tarifsuisse, HSK o CSS) che deve essere approvato dal Cantone. Se non c'è accordo sul prezzo di base, quest'ultimo è fissato dal Cantone.

Metodo

La panoramica delle tariffe ospedaliere presentata in questa pagina internet è stata realizzata come segue:

Sulla base dei dati SASIS Tarifpool 2016 sono stati definiti 20 codici DRG fatturati frequentemente. Un codice DRG può contemplare più trattamenti o interventi. Per semplificare parliamo sempre di *un trattamento*.

Sono stati considerati solo i codici DRG senza CC (complicazioni o comorbidità), senza malattie psichiche né geriatria e definibili il più precisamente possibile (quindi senza espressioni quali "*Altre* malattie del ...", "*Altri* interventi su ..."). Siccome i dati 2016 si basano sulla versione SwissDRG 5.0 del 2016, i pesi relativi per il 2018 dei trattamenti presi in esame sono stati definiti con l'aiuto delle tabelle di migrazione tra le versioni SwissDRG 5.0 e 6.0 e tra 6.0 e 7.0 e del catalogo degli importi forfettari per caso SwissDRG 7.0 versione tariffazione.

Dato che le denominazioni dei codici DRG possono essere incomprensibili per i non addetti ai lavori, abbiamo "tradotto" le denominazioni ufficiali in linguaggio corrente. Occorre tenere presente che questo è un aiuto per gli utenti che non sono del ramo. Le espressioni in linguaggio corrente possono risultare incomplete o imprecise, in ogni caso fa stato la denominazione ufficiale.

I baserate considerati nella panoramica si basano sui dati degli assicuratori (tarifsuisse, HSK e CSS) o dei Cantoni; i loro importi corrispondono ai valori in un determinato giorno (si veda "Stato al") e sono quelli in vigore nel Cantone di ubicazione del nosocomio.

Offerta di prestazioni

La questione più complessa che si è posta è quella dell'offerta da parte di un ospedale di un trattamento concreto. Mediante il registro dei codici creditori (RCC) di SASIS e le liste ospedaliere cantonali si è potuto stabilire se il codice DRG è presente nel gruppo di prestazioni offerte da un determinato ospedale. Nel gennaio 2018 abbiamo chiesto per iscritto agli ospedali di verificare queste informazioni. Numerosi ospedali hanno risposto e le loro proposte di modifica sono state prese in considerazione. Per gli ospedali di cui non abbiamo ricevuto risposta, partiamo dal presupposto, come preannunciato, che le nostre informazioni siano corrette.

Per essere comunque sicuri che il trattamento in questione è eseguito in un determinato ospedale, è raccomandabile rivolgersi al proprio medico o direttamente all'ospedale. Infatti, il mandato di prestazioni di certi ospedali è dipendente da certe condizioni, è limitato nel tempo o nelle quantità o è legato a un progetto di cooperazione con altri ospedali. Nel caso di gruppi

ospedalieri con diversi siti è possibile che il trattamento in questione non venga eseguito in tutti i siti. Inoltre, in un codice DRG possono essere compresi diversi trattamenti o interventi. È quindi possibile che un ospedale non esegua tutti i trattamenti compresi nel codice DRG in questione.

Trattamenti extracantonali

Di principio un trattamento può essere eseguito anche in un ospedale extracantonale. Taluni ospedali di altri Cantoni sono anche indicati nelle liste ospedaliere del Cantone di domicilio. La nostra panoramica non ne tiene conto. Per i trattamenti in un ospedale extracantonale che non è menzionato nella lista ospedaliera del Cantone di domicilio, occorre considerare la tariffa di riferimento del Cantone di domicilio. Per gli ospedali extracantonali cari è possibile che la tariffa di riferimento del Cantone di domicilio venga superata e che la differenza debba essere pagata di tasca propria. Ulteriori informazioni (anche riguardo alle tariffe di riferimento) si trovano qui [CDS-Panoramica delle liste ospedaliere cantonali e delle tariffe ospedaliere](#) (disponibile solo in francese e tedesco).

Altre osservazioni

I trattamenti con complicazioni o comorbidità possono essere fatturati a tariffe più elevate. Inoltre, in caso di durata di degenza superiore o inferiore alla normale durata di degenza si possono applicare supplementi (high outlier) o riduzioni (low outlier) alla tariffa.

Per i parti e i parti cesarei, oltre a un DRG per la madre viene aperto un DRG anche per il neonato. La tariffa per il neonato dipende da diversi fattori (ad es. peso alla nascita) e non è considerata nella panoramica qui presentata.