

Modifiche verso la versione 1.57/ Release 05.02.2014

Nuove decisioni:

- Numero 15005: Regole di arrotondamento.

•

Numero 03033

**Fatturazione di supplementi per urgenze per i
procedimenti ad immagini**

Valido dal

02.02.2004

Campo di validità

00.08

Decisione

Per i procedimenti ad immagini possono pure essere fatturati i supplementi per urgenze. Per le urgenze valgono i criteri conformemente all'interpretazione medica. Esempi di tipiche urgenze in istituti di radiologia:

- sospetto di ampie fratture comminute
- emorragie endocraniche
- rottura di organi
- accertamenti ad immagini alla presenza di situazioni che presentano un pericolo per la vita e che necessitano una terapia immediata.

Numero 05041	Plastica cutanea come intervento supplementare fatturabile
Valido dal	10.11.2005
Campo di validità	IG-23
Decisione	Conformemente alla IG-23, la chiusura chirurgica normale di una ferita è parte integrale di una posizione tariffaria. Per la chiusura di ferite vale quanto segue: Nel caso di una chiusura chirurgica normale di una ferita si procede alla chiusura mediante sutura risp. senza incisione cutanea supplementare (p. es. plastica con lembo ecc.) della ferita.

Numero 05048 Fatturazione doppia inammissibile del tempo impiegato effettivo e fatturazione massima del tempo impiegato con posizioni della tariffa basate sul tempo

Valido dal 04.01.2006

Campo di validità Intera tariffa
Tutte le posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sul tempo (p. es. 00.0010 seg., 00.0610, 00.1530, 36.0010)

**Validità dal:
Definizioni:**

Posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sul tempo (= posizioni basate sul tempo; per la fatturazione di prestazioni basate sul tempo impiegato):

Con questa sistematica si fattura il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione. Le posizioni della tariffa sono caratterizzate dal testo „i primi X minuti / per ogni X minuti / per x minuti supplementari“ nella descrizione. Esempi: 00.0010, 00.1510, 02.0010, 35.0210 ecc.

Posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sulla prestazione (= posizioni basate sulla prestazione, per la fatturazione di attività):

Per questa sistematica non ha importanza il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione. A base della posizione della tariffa è stato messo un tempo medio. Esempi: 00.0410, 01.0210, 05.0100, 17.0010 ecc.

Decisione: a) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite diverse prestazioni basate sul tempo:*

La somma dei minuti delle posizioni basate sul tempo fatturato può superare il tempo effettivo impiegato per fornire queste prestazioni di al massimo la quota parte iniziata dell'ultima unità di tempo. Il capoverso: „Frazioni di unità di tempo o di unità di misura sono da calcolare come unità intere.“ della IG-13 deve pertanto essere applicato alla somma e non alle singole posizioni indipendenti basate sul tempo, come ad esempio 00.0010 seg., 00.1510.

b) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite sia prestazioni basate sul tempo sia prestazioni basate sull'attività:*

Il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione basata sull'attività non può essere fatturato doppiamente con la posizione basata sul tempo. Si tratta qui di una fatturazione doppia non ammessa.

c) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite sia prestazioni basate sul tempo sia prestazioni basate sull'attività:*

Il tempo necessario per fornire le prestazioni può essere fatturato indipendentemente dal fatto se il tempo effettivamente impiegato per fornire la prestazione basata sull'attività è inferiore o superiore al tempo medio alla base della posizioni prestazione singola.

Esempi: a) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo:*
Consultazione 7 min., consulenza sociale 6 min. e consulenza psicoterapeutica 6 min.

Tempo totale effettivo: 19 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 2 x 00.0510, 2 x 00.0520

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0510, 1 x 00.0520

b) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo e sull'attività:*

Consultazione 17 min. e piccola visita 12 min.

Tempo totale effettivo: 29 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 4 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 2 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

c) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo e sull'attività:*

Consultazione 13 min. e esame reumatologico approfondito 21 min.

Tempo totale effettivo: 34 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Calcolo sbagliato: 34 min. meno 25 min. invece di 21 (minutaggio 00.0440) = 9 min. invece di 13 = tempo della consultazi

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 1 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

**Numero 05051-B Fatturazione di prestazioni mediche secondo TARMED in
combinazione con prestazioni dentarie/chirurgiche
mascellari secondo tariffa SSO**

Valido dal 15.11.2006
Campo di validità 07.02, 07.03, 07.04, 07.05, 07.07, 07.08, 07.09, 07.10, 07.11,
07.12, 11.02.01, 11.02.02, 11.02.03, 35.01, 35.03
11.0710-11.0820, 28.0010-28.0160
posizioni tariffarie SSO

Questa decisione CPI sostituisce la decisione CPI I-05051

I cambiamenti verso la decisione CPI I-05051 concernono il capitolo A, punto 2, parte 4, e il capitolo B, punto 4, parte 4: la definizione "tempo d'anestesia effettivo " è cancellata.

Principio:

La regolamentazione transitoria trova applicazione solamente se

- vengono effettuate delle prestazioni SSO in narcosi in una sala operatoria oppure
- vengono effettuate delle prestazioni SSO in combinazione con prestazioni TARMED in narcosi in una sala operatoria.

Se vengono fatturate esclusivamente prestazioni TARMED, valgono le disposizioni secondo TARMED.

A. Fatturazione di prestazioni SSO in narcosi in sala operatoria

1. Le prestazioni medico-dentistiche sono da fatturare sulla base delle cifre tariffarie della tariffa SSO.
2. Le prestazioni d'anestesia sono fatturate secondo le cifre tariffarie di TARMED e per la precisione con le corrispondenti classi di rischio secondo l'allegato:

Se nel corso di un intervento vengono fornite prestazioni appartenenti a diverse classi di rischio anestesilogico, trova applicazione per la "Presa a carico perioperatoria" l'"Induzione e il risveglio" nonché l'"Attività dell'anestesista durante un intervento" quella classe di rischio alla quale corrisponde la prestazione con la classe di rischio anestesilogico più elevata.

Per gli interventi su bambini dell'età inferiore ai 2 anni vale di principio la classe di rischio anestesilogico III.

La base del tempo d'anestesia fatturabile durante l'intervento (28.0140, 28.0150) è il periodo taglio-sutura conformemente al protocollo d'anestesia. Il protocollo d'anestesia deve essere inviato spontaneamente e gratuitamente al garante dei costi indicando il numero di fattura.

3. Il materiale di consumo utilizzato per l'anestesia e l'anestetico sono fatturabili in aggiunta conformemente a IG-20 e IC-28-3.
4. L'assistenza medica viene fatturata con la cifra 4980 oppure 4981 della tariffa SSO.
5. L'indennizzo per l'uso della sala operatoria avviene sulla base della cifra 4983 della tariffa SSO.
6. L'indennizzo per l'utilizzazione del letto e la sorveglianza avviene sulla base delle cifre

4985 e 4986 della tariffa SSO.

7. Per la fatturazione del materiale di consumo valgono le disposizioni della tariffa SSO, cifra 4983.

B Fatturazione di prestazioni SSO in abbinamento con prestazioni TARMED in narcosi in sala operatoria

1. Le prestazioni medico-dentistiche sono da fatturate sulla base delle cifre tariffarie della tariffa SSO.
2. Le prestazioni TARMED sono fatturate sulla base delle cifre tariffarie di TARMED.
3. Se le prestazioni o le prestazioni parziali figurano sia nel SSO sia in TARMED, deve essere scelta la variante più economica.
4. Le prestazioni d'anestesia sono fatturate secondo le cifre tariffarie di TARMED e per la precisione con le corrispondenti classi di rischio secondo l'allegato per le prestazioni SSO e secondo TARMED per le prestazioni TARMED:

Se nel corso di un intervento vengono fornite prestazioni appartenenti a diverse classi di rischio anestesiológico, trova applicazione per la "Presa a carico perioperatoria" l'"Induzione e il risveglio" nonché l'"Attività dell'anestesista durante un intervento" quella classe di rischio alla quale corrisponde la prestazione con la classe di rischio anestesiológico più elevata.

Per gli interventi su bambini dell'età inferiore ai 2 anni vale di principio la classe di rischio anestesiológico III.

La base del tempo d'anestesia fatturabile durante l'intervento (28.0140, 28.0150) è il periodo taglio-sutura conformemente al protocollo d'anestesia. Il protocollo d'anestesia deve essere inviato spontaneamente e gratuitamente al garante dei costi indicando il numero di fattura.

5. Il materiale di consumo utilizzato per l'anestesia e l'anestetico sono fatturabili in aggiunta conformemente a IG-20 e IC-28-3.
6. L'assistenza non medica è fatturata con le cifre del capitolo TARMED 35.03.
7. L'assistenza medica è parte integrante delle posizioni tariffarie di TARMED e quindi già indennizzata. L'assistenza medica per prestazioni medico-dentistiche della tariffa SSO è indennizzata sulla base della cifra 4980 oppure 4981 della tariffa SSO.
8. L'indennizzo per l'utilizzazione della sala operatoria avviene secondo la cifra 4983 della tariffa SSO. Può inoltre essere aggiunta la prestazione tecnica di base sala operatoria della tariffa TARMED (capitolo 35.01). Qui si dovrà però tenere conto dell'interpretazione dei capitoli IC-35.01-1 Interventi multipli.
9. La fatturazione di materiale di consumo in relazione a posizioni tariffarie SSO avviene secondo la cifra 4983 della tariffa SSO. Per la fatturazione di materiale di consumo in relazione a cifre tariffarie TARMED valgono le disposizioni di IG-20 della tariffa TARMED. Il materiale di consumo che risulta indennizzato sulla base di questa posizione della tariffa non può essere fatturato di nuovo singolarmente secondo IG-20 di TARMED.

Annesso
A) Spiegazioni sulla possibilità di fatturare la classe di rischio anestesiologicalo III per gli interventi di chirurgia dentaria e di chirurgia mascellare che sono conteggiate sulla base della tariffa SSO.

Nei seguenti casi è possibile fatturare la classe di rischio anestesiologicalo III per l'intero tempo taglio-sutura (conf. al protocollo d'anestesia) (selettivo):

- se viene fornita una prestazione del capitolo V o VI che è contrassegnata con la classe di rischio anestesiologicalo III (vedi parte B)
- per i bambini di età inferiore ai 2 anni
- se dal protocollo dell'anestesia risulta che il paziente non era collaborante sulla base delle sue condizioni mentali, psichiche o fisiche
- se dal protocollo dell'anestesia risulta che si tratta di un paziente della classe ASA 3 o superiore.

In tutti i casi non contemplati in alto può essere fatturata la classe di rischio anestesiologicalo II.

Le classi di rischio d'anestesia I e IV non sono fatturate.

B) Classe di rischio anestesiologicalo della tariffa SSO, capitolo V e IV
Capitolo V:
Capitolo VI:
Chirurgia dentaria, chirurgia orale
Chirurgia mascellare

Pos. n. tariffa SSO	CR anestesiologicalo	Pos. n. tariffa SSO	CR anestesiologicalo
4200 - 4211	III	4300 - 4325	III
4212	II	4326 - 4328	Nessuna CR
4213 - 4224	III	4330 - 4334	II
4225 - 4226	II	4335 - 4337	III
4227 - 4248	III	4340 - 4342	II
4250	Nessuna CR	4344 - 4355	III
4251 - 4269	III	4356	Nessuna CR
4270 - 4271	II	4357 - 4361	III
4272 - 4282	III	4363 - 4365	II
4283 - 4284	II	4366	III
4285 - 4286	III	4367 - 4368	II
4287	II	4370 - 4394	III
4288	III		
4290	II		
4291 - 4295	III		
4296 - 4299	III		

Numero 05058

Riempimento pompa morfina

Valido dal

04.01.2006

Campo di validità

00.0010, 00.0730

Decisione

Per il riempimento della pompa per la morfina non esiste una posizione specifica. Esso deve essere fatturato con le posizione della tariffa del capitolo 00 (consultazione di base, punzione/iniezione).

Numero 06010 Diagnostica psicologica

Valido dal 01.04.2006

Campo di validità Nessun campo di riferimento

Decisione Le persone che attuano la neuropsicologia in modo indipendente e per proprio conto, non sono dei fornitori di prestazioni autorizzati secondo LaMal. La neuropsicologia non è tariffata nella versione attualmente valida di TARMED.
In ambito AInf/AI/AM, la neuropsicologia è regolata da convenzioni bilaterali.

Questa decisione CPI sostituisce la decisione CPI 05040.

Numero 06013	Posizione tariffale dell'anestesia (BP-52) durante la medesima seduta dell'intervento
Valido dal	24.05.2006
Campo di validità	BP-52 28.0010, 28.0030 - 28.0180
Decisione	Le posizioni tariffarie del BP-52 possono essere conteggiate nella medesima seduta dell'intervento. Devono essere fatturate con il numero EAN dell'anestesista.

Numero 06026-B Piani d'irradiazione**Valido dal** 14.12.2006 (corretta per la versione 1.06 dello 01.03.2009)**Campo di validità** 32.0240, 32.0260

Decisione Un boost di elettroni rappresenta di regola una nuova fase d'irradiazione (di regola solo gli ultimi giorni di un trattamento della durata di diverse settimane) e deve pertanto essere pianificato separatamente. Infatti non si tratta di un volume d'irradiazione uguale, ma di uno ridefinito su base clinica o radiologica. Esso si base per esempio sulla grandezza del tumore residuo. È anche possibile che si inizia contemporaneamente l'irradiazioni di diversi volumi, p. es. un'irradiazione pianificata 3-D di un voluminoso tumore del bacino e l'irradiazione di una metastasi costale con un campo d'elettroni pianificata senza computer. Anche in questo caso si giustifica la fatturazione di ambedue le posizioni. Nei casi descritti non si tratta di una cumulazione delle due posizioni.

Per questa ragione c'è il divieto di cumulazione di piani d'irradiazione per lo stesso volume nella medesima fase d'irradiazione. Nel caso in cui un campo d'elettroni è parte di un piano di fotoni, esso può essere calcolato allo stesso momento al computer con quest'ultimo piano.

Questa decisione CPI rimpiazza la decisione CPI 06026.

Numero 06028 **02.0260, Prestazione in assenza del paziente fornita dallo psicologo o psicoterapeuta delegato, ogni 5 min.**

Valido dal 14.12.2006

Campo di validità 02.0260

Decisione Le relazioni conformemente all'art. 3 OPre devono essere fatturate con le pos. 00.2285 (certificato medico, senza formulario, da 11 a 35 righe di testo) e pos. 00.2295 (+ certificato medico, senza formulario, per ogni 35 righe supplementari).

Numero 07031	Osteodensitometria, mediante assorbimetria assiale DEXA nell'ambito di un consulto
Valido dal	07.09.2007
Campo di validità	00.2110, 39.1950
Decisione	Nell'ambito di una consulenza collegiale può anche essere eseguita un'osteodensitometria, mediante assorbimetria assiale DEXA.

Numero 07036

Operatore e anestesista la stessa persona

Valido dal

17.12.2007

Campo di validità

28.01

Decisione

IC-28-1 "Le prestazioni medicospecialistiche degli anestesisti per una anestesia fanno parte di un blocco di prestazioni e perciò non possono essere cumulate che tra di loro nel corso della stessa seduta dallo stesso medico specialista e altrimenti con nessun'altra posizione del tariffario. Fanno eccezione le posizioni tariffali di supplementi per l'urgenza, capitolo 00.08."

Ciò significa anche che le prestazioni dell'operatore e quelle dell'anestesista connesse allo stesso intervento non possono essere fornite da un'unica e stessa persona.

Numero 07038 **Visite a domicilio e presso lo stabilimento medico-sociale da parte dei medici del servizio sociopsichiatrico**

Valido dal 03.07.2008

Campo di validità 02.0010, 02.0020

Decisione La CPI prende atto che anche il medico specialista in psichiatria e psicoterapia nonché lo psichiatra infantile e dell'adolescenza devono, se opportuno dal punto di vista medico, visitare il paziente presso il suo domicilio e ciò a prescindere dalla criticità della situazione. Nel caso in cui a fornire questa prestazione a domicilio o presso lo stabilimento medico-sociale sia un medico dipendente di un ospedale o di un'istituzione analoga, non possono essere fatturate né le posizioni relative alle visite né l'indennità di trasferta quale prestazione supplementare.

Per le trasferte considerate opportune dal punto di vista medico, la CPI raccomanda, quale soluzione transitoria, di fatturare i primi 5 minuti di visita con la posizione 00.0060. Ciò rende possibile la fatturazione della posizione tariffaria 00.0095. Non ne può tuttavia derivare alcun diritto per una futura tariffazione.

Numero 07039

Consultazione in occasione di esami ad immagini

Valido dal

07.01.2008

Campo di validità

00.0010, 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

Decisione

Gli specialisti con valore intrinseco qualitativo radiologia / diagnostica radiologica non possono abbinare per la medesima seduta la consultazione di base di radiologia (39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016) con la consultazione delle prestazioni generali (00.0010 segg.) (vedi IC-39-9)

L'indennizzo per le prestazioni mediche generali fornite al paziente da parte dello specialista in radiologia medica / diagnostica radiologica in occasione di esami ad immagini e l'indennizzo del forfait per amministrazione si basa sulle posizioni 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Se il paziente chiede al radiologo informazioni sul reperto risp. sulla diagnosi sulla base dell'esame ad immagini, ciò non può essere fatturato con l'aggiunta di una consultazione (00.0010 segg.).

Altri specialisti non possono fatturare le posizioni 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Questa decisione CPI rimpiazza le decisioni CPI 03030 e 03034.

Numero 08014**Consulenza specialistica****Valido dal**

11.06.2008

Campo di validità

00.2110

Decisione

In caso di analisi o discussione interdisciplinare di casi di pazienti ambulantanti nel quadro di un Tumor board oncologico interno all'ospedale, le prestazioni fornite dal medico ospedaliero curante non possono essere fatturate come consulto, a meno che non sia stato un medico esterno all'ospedale a richiedere esplicitamente un consulto. Se l'analisi o la discussione del caso si svolgono in assenza del paziente, il medico ospedaliero curante e altri eventuali medici specialisti dell'ospedale possono fatturare per le loro prestazioni la posizione 00.0140 «Prestazione medica in assenza del paziente».

Il resto del personale medico presente al Tumor board (ad esempio i medici assistenti) non possono fatturare prestazioni in base al TARMED. Nel caso in cui si faccia ricorso a un medico specialista esterno non stipendiato dall'ospedale per l'analisi o la discussione interdisciplinare del caso, questi può fatturare il consulto e inviare la relativa fattura direttamente all'assicuratore.

Per quanto concerne la fatturazione delle analisi o delle discussioni oncologiche interdisciplinari di casi di pazienti degenti, la CPI non può esprimersi in quanto la regolamentazione TARMED non è applicabile. In casi di questo tipo valgono, infatti, altri tipi di accordi e regolamenti.

Numero 08017-B	prestazioni in assenza del paziente (incluso studio degli atti)
Valido dal	10.07.2009
Campo di validità	00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 02.0360
Decisione	<p>È considerato studio degli atti l'esame di documentazione di terzi concernente il paziente (lettura e valutazione dettagliata di documentazione di terzi ossia senza la lettura di cartelle cliniche redatte dal medico stesso) incluso lo studio della letteratura ivi citata. Sono riservate eccezioni motivate per l'aggiornamento di notevole importanza della propria documentazione. Ciò deve essere documentato e, a richiesta, messo a disposizione di colui che sopporta i costi.</p> <p>Non è ammessa la fatturazione automatica delle prestazioni in assenza del paziente per lo studio della propria documentazione.</p> <p>Questa decisione CPI rimpiazza le decisioni CPI 04043, 07012 e 08017.</p>

Numero 08048 **Relazione medica formalizzata**

Valido dal 09.09.2008

Campo di validità 00.0010, 00.0140, 00.2285

Decisione *Art. 6, paragrafo 4, OPre
4 Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico
dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il
medico curante deve informarne il medico di fiducia e
trasmettergli una proposta debitamente motivata.*

Una tale prescrizione può essere fatturata come consultazione o come prestazione in assenza del paziente. Se l'assicuratore richiede una relazione completa, si può fatturarla con la posizione tariffaria 00.2285 segg.

Si tratta infatti di unità funzionali nelle quali la formazione d'immagini è già inclusa.

Ciò significa quindi che un intervento effettuato in un'unità funzionale diversa da quelle indicate (ad es. SET medico di base) – purché giustificato dal punto di vista medico – può essere cumulato con prestazioni di formazione di immagini del capitolo 39.

I tre casi pratici seguenti illustrano le fattispecie in questione:

Caso pratico 1: Diagnosi e intervento terapeutico alla spalla sotto controllo ecografico

Il paziente A consulta il medico a causa di un dolore alla spalla. Questi gli fa due radiografie all'articolazione della spalla che evidenziano una calcificazione in sede bursale (bursitis calcarea). Il medico comunica la diagnosi al paziente e gli propone un'infiltrazione a base di cortisone da effettuarsi sotto controllo ecografico direttamente nella borsa sierosa delle spalla interessata. Dopo aver disinfettato la pelle, posiziona la sonda dell'apparecchio ecografico sulla spalla per assicurarsi di inserire la punta dell'ago esattamente nella borsa sierosa e poter quindi iniettare il medicamento in modo mirato. Sono state quindi effettuate due radiografie seguite da un'infiltrazione alla spalla sotto controllo ecografico.

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
39.0220 Radiografia articolazione della spalla/scapola/acromio-claveare, prima posa
39.0225 + Radiografia articolazione della spalla/scapola/acromio-claveare, pose successive
39.2000 Prestazione tecnica di base 0, sala raggi I, paziente ambulante
39.3710 Intervento terapeutico sotto controllo ecografico
39.3800 Prestazione tecnica di base 0, ecografia grande, paziente ambulante
39.0020 Tassa di base per la radiologia e la diagnostica ecografica dal medico nell'ambulatorio del medico e dal non-radiologo nell'ospedale (FAI)

Motivazione: le immagini e l'intervento hanno luogo parallelamente nell'unità funzionale prevista per l'ecografia grande.

Caso pratico 2: Diagnosi e puntione al ginocchio

Il paziente B consulta il medico a causa di un dolore al ginocchio. Le radiografie non rilevano alcuna patologia. I dolori potrebbero quindi essere provocati da un'artrosi allo stadio iniziale, da una lesione al menisco, da alterazioni degenerative o da reumatismi. Per poter fare una diagnosi il

medico procede a un esame ecografico del ginocchio che evidenzia un versamento all'interno dell'articolazione. A seguire, pratica una puntione per drenare il versamento (senza controllo ecografico simultaneo).

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
39.0310 Radiografia del ginocchio, prima posa
39.0315 + Radiografia del ginocchio, pose successive
39.2000 Prestazione tecnica di base 0, sala raggi I, paziente ambulante
39.3402 Esame ecografico dell'articolazione del ginocchio, per lato
39.3800 Prestazione tecnica di base 0, ecografia grande, paziente ambulante
24.0130 Puntione articolare (incluso cisti sinoviali, cisti articolari), spalla, gomito, ginocchio, articolazione tibio-tarsica
39.0020 Tassa di base per la radiologia e la diagnostica ecografica dal medico nell'ambulatorio del medico e dal non-radiologo nell'ospedale (FAI)

Motivazione: Secondo la tariffa, l'intervento (puntione articolare) viene effettuato nell'unità funzionale SET medico di base. Si tratta di un'unità senza equipaggiamento per la formazione d'immagini. Per questo motivo, l'esame ecografico effettuato in precedenza può essere fatturato separatamente.

Caso pratico 3: Puntione semplice

Il paziente B (vedi caso 2) ritorna dopo una settimana per un controllo che evidenzia la necessità di una seconda puntione (versamento recidivo). In virtù della diagnosi della settimana precedente, non servono ulteriori esami radiologici o ecografici ma si procede direttamente a una nuova puntione articolare.

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
24.0130 Puntione articolare (incluso cisti sinoviali, cisti articolari), spalla, gomito, ginocchio, articolazione tibio-tarsica

Motivazione: Nell'unità funzionale SET medico di base viene effettuata solamente una seconda puntione articolare. Non vi è necessità di un nuovo esame ecografico.

Numero 09012 **Fatturazione dell'anestesia dall'operatore e/o il medico anestesista**

Valido dal 16.12.2009

Campo di validità 28.0010-28.0160, 00.1260

Decisione Si distinguono i seguenti 3 casi:

1. L'operatore applica l'anestesia regionale, il medico anestesista non era presente: in questo caso l'operatore fattura la posizione 00.1260, l'operatore non può fatturare separatamente le posizioni del capitolo 28.
2. L'operatore applica l'anestesia regionale, era inoltre presente anche un medico anestesista (standby): in questo caso l'operatore fattura la posizione 00.1260 e il medico anestesista può fatturare separatamente le posizioni MAC (28.0010/28.0070/28.0120), tuttavia non la classe di rischio I.
3. Il medico anestesista applica l'anestesia regionale: in questo caso il medico anestesista può fatturare la classe di rischio come indicato per il corrispettivo intervento effettuato (nel caso presente per la prestazione 05-2410 la classe di rischio I). La posizione 00.1260 non può essere fatturata, essendo questa posizione riservata unicamente all'operatore, il quale non ha applicato l'anestesia regionale.

Numero 10002 **Precisazione dell'interpretazione della posizione tariffale
35.0210**

Valido dal 11.03.2010

Campo di validità 35.0210ss

Decisione Le posizioni tariffali 35.0210ss valgono, nei limiti
dell'interpretazione ammessa, anche per l'uso ambulatoriale di
sale risveglio e di unità di cure intensive.

Numero 12009**Completamento dell'IG-36****Valido dal**

01.10.2012

Campo di validità

IG-36

Decisione

IG-36: Prestazione obbligatoria ai sensi della assicurazione malattia di base LAMal, Lainf, AI, AMF.

I presupposti per l'assunzione dei costi sono:

- l'adempimento ai criteri indicati dalla legge federale per l'assicurazione malattia LAMal, in particolare gli articoli dal 24 al 34 sulle prestazioni e gli articoli dal 56 al 59 sull'economicità e la qualità, rispettivamente le disposizioni normative del Consiglio Federale e del Dipartimento federale degli interni (OAMal e OPre), che si basano sugli articoli di legge. La decisione dell'obbligo d'indennizzo viene effettuata per ogni singolo caso.

- rispetto delle disposizioni art. 48 e 54 Lainf, art. 26^{bis} LAI, art. 25 LAM.

Le prestazioni che in nessun caso rientrano nel gruppo delle prestazioni obbligatorie ai sensi dell'assicurazione malattia di base devono essere specificate con l'osservazione 'prestazione non obbligatoria'.

Se la LAMal, l'OAMal oppure la OPre prevedono una regolamentazione particolare dell'obbligo d'indennizzo, vi si rinvia nelle corrispondenti posizioni tariffarie con le quattro seguenti osservazioni:

OPre: Prestazione non obbligatoria

OPre: Prestazione obbligatoria

OPre: Prestazione obbligatoria a determinate condizioni

LAMal: nessuna prestazione obbligatoria oppure prestazione obbligatoria limitata

Le posizioni TARMED che possono essere fatturate unicamente all'AINF, AM oppure all'AI sono contrassegnate con 'Solo prestazioni dell'assicurazione, infortunio, invalidità o militare'.

Se esiste una contraddizione fra la legge e la versione tariffale TARMED in vigore la legge viene prima.

Numero 12015**Fitoterapia medica****Valido dal**

01.10.2012

Campo di validità

00.1870, 00.1880 – 00.1900

Decisione

1. La consultazione di fitoterapia è fatturabile con le posizioni tariffali delle consultazioni di base (00.0010ff) all'unità di costo. La posizione tariffale "Pro Memoria" 00.1870 deve essere menzionata sulla fattura.
2. La consultazione di fitoterapia è fatturabile con la posizione "Consultazione telefonica di medicina complementare da parte del medico specialista "(00.1880ff) all'unità di costo.
3. Medicinali a base di erbe, sostanze incluse sono fatturabili secondo l'ES e l'EMT.

Limitazione di quantità:

- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, primi 5 min..
Massimo 180 min. per 6 mesi (inclusi ogni 5 minuti successivi e ultimi 5 min.)
Quantità: 1 volte per seduta
- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ogni 5 minuti successivi
Quantità: massimo 34 volte per 6 mesi
- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ultimi 5 min.
Quantità: 1 volte per seduta

Numero 12016	Fatturazione del questionario di test
Valido dal	01.10.2012
Campo di validità	02.0010,02.0020,02.0090,02.0110,03.0310,03.0135
Decisione	<p>In combinazione con le posizioni tariffali TARMED :</p> <p>02.0010 Diagnostica e terapia psichiatrica, terapia individuale, prima seduta, ogni 5 min.</p> <p>02.0020 Diagnostica e terapia psichiatrica, terapia individuale, ogni seduta successiva, ogni 5 min.</p> <p>02.0090 Esame mediante test psicologico e psichiatrico effettuato dal medico specialista in psichiatria, ogni 5 min., come singola prestazione psichiatrica</p> <p>02.0110 Diagnostica e terapia non medica in psichiatria, seduta individuale, ogni 5 min.</p> <p>03.0310 ss a 03.0340 Esami della crescita del bambino</p> <p>03.0135 Esame dello sviluppo del bambino, e dell'adolescente e dell'adulto fino a 18 anni da parte dello specialista in pediatria, ogni 5 min.</p> <p>i sets licenziati di questionario, procurati individualmente per il paziente, sono fatturabili separatamente secondo l'IG-20 a condizione che il prezzo d'acquisto (IVA compresa) per singolo pezzo superi i CHF 3.-.</p>

Numero 13001	Adattamento dell'IC-02.03-1 (Psicoterapia delegata effettuata nello studio medico)
Valido dal	01.04.2013
Campo di validità	02.0210-02.0260
Decisione	Cambiamento delle condizioni di fatturazione della psicoterapia delegata: "La psicoterapia delegata è limitata a massimo 100 ore settimanali per medico. Il medico delegante deve ottemperare all'obbligo di sorveglianza."

Numero 13004 **IC-39.03-2 Esame comparativo**

Valido dal 01.05.2013

Campo di validità 39

Decisione Seguenti casi non valgono più come esami comparativi:

- malattie sistemiche
- nel caso in cui si sospettasse una seconda lesione
- ragioni giuristiche, legali
- pazienti più giovani che 16 anni
- anca del neonato secondo Graf (39.3408)

In questi casi un esame supplementare con la posizione tariffale corrispondente è fatturabile di nuovo. In questo caso valgono le condizioni dell'IC-39-3 Radiografia appaiata delle estremità.

Numero 13006 **Fatturazione simultanea delle posizioni TARMED 18.1550
"singola prestazione" et 18.1570**

Valido dal 22.7.2013

Campo di validità 18.1550, 18.1570

Decisione L'interpretazione generale IG-7 "singola prestazione" vale per tutte le prestazioni definite come "singola prestazione". La CPI è consapevole che per certi casi isolati la fatturazione appropriata delle prestazioni fornite con delle posizioni tariffali "singola prestazione" può essere più complicata. Per questi casi la CPI consiglia di prendere contatto con l'assicuratore.

Numero 14001 **Supplemento al valore intrinseco della posizione tariffaria
00.1325**

Valido dal 15.02.2014

Campo di validità 00.1325

Decisione Fornitore di prestazioni con la FA endocrinologia-diabetologia
pediatrica possono fatturare la posizione 00.1325.

Numero 15005 **Regole di arrotondamento**

Valido dal 01.10.2015

Campo di validità Intera tariffa

- Decisione**
1. I montanti delle singole posizioni della fattura vengono arrotondati a CHF 0.01. Nel TARMED questa regola vale per ogni posizione a livello PM (prestazione medica) e a livello PT (prestazione tecnica).
 2. L'importo totale della fattura sarà arrotondato ai CHF 0.05 più vicini secondo le regole di arrotondamento commerciale

(Fonte: Regole di arrotondamento del Forum Datenaustausch, manuale di riferimento per fatture del medico, Release 4.0, MDInvoiceRequest_400.xsd)

Numero 16007**Gestione del dossier paziente****Valido dal**

29.09.2016

Campo di validità

02.0010 – 02.0060

Decisione

Conformemente all'interpretazione generale IG-14, la documentazione ed il rapporto sono parte integrante della prestazione e sono con essa remunerati. Fa parte della consultazione medica il tempo che precede o che segue la consultazione stessa, necessario a consultare gli atti e/o a farne annotazioni. Il tempo necessario a tale scopo può essere fatturato con le posizioni corrispondenti (02.0010-02.0060) e può pertanto prolungare il tempo remunerabile.