



Approfondimenti e casi esemplificativi

**sulle regole e le definizioni per la
fatturazione dei casi in conformità
a SwissDRG e TARPSY**

Versione 4.7 del 08 dicembre 2022

Se necessario, saranno integrati e pubblicati regolarmente ulteriori approfondimenti e casi esemplificativi nelle versioni successive.

Osservazioni preliminari

Gli approfondimenti valgono, per quanto applicabili e per analogia, anche per TARPSY. Gli approfondimenti riferiti in modo specifico a TARPSY sono contrassegnati come tali.

- **Modifiche rispetto alla versione 4.5:**
 - ~~Soppresse: approfondimento n. 02 (pubblicato il 23 ottobre 2012, modificato il 4 settembre 2015) paragrafo 1.3 Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero. Concetto di ospedale~~
 - ~~Nuovo approfondimento n. 29 (pubblicato il 17 maggio 2022) paragrafo 4.4 Neonati~~
 - ~~Nuovo allegato 5~~

- **Modifiche rispetto alla versione 4.6:**
 - Nuovo link: approfondimento n. 08 (pubblicato il 20 marzo 2012) paragrafo 1.3 e 5.1 raggruppamento di casi
 - Allegato 2: casi esemplificativi relativi al capitolo 4.5 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni: nuovo esempio di caso 7
 - Allegato 4: casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2: Calcolo della durata di degenza: nuovo caso esemplificativo per lo scenario 6b: Evasione dalla psichiatria e ricovero in cure somatiche acute nello stesso giorno civile e completamento del tipo di dimissione nei casi esemplificativi 6a-6d

Approfondimento n. 03 (pubblicato il 23 ottobre 2012, modificato il 1° gennaio 2016)

Paragrafo 1.3 “Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero”. Durata della degenza inferiore a 24 ore

In caso di una serie di trasferimenti, il secondo ricovero non ha alcun influsso per valutare se il primo ricovero sia ospedaliero o ambulatoriale. Questo vale anche per serie di trasferimenti con durata della degenza inferiore a 24 ore.

<p>Ospedale A</p>  <p>1^a degenza < 24 h</p>	<p>Trasferimento</p> <p>→</p>	<p>Ospedale B</p>  <p>2^a degenza < 24 h</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo SwissDRG, se è avvenuto un trasferimento secondo i criteri sottoelencati”.</p>		<p>Fatturazione ambulatoriale, salvo che non sia soddisfatto almeno uno dei criteri seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decesso • Trasferimento in un altro ospedale • Pernottamento con occupazione di un letto

L’ospedale A fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il punto 1.3 delle regole di applicazione oppure se sono soddisfatte cumulativamente le seguenti condizioni per il trasferimento:

- il trasporto all’ospedale B viene disposto dall’ospedale A;
- il trasporto all’ospedale B prevede l’accompagnamento di almeno un professionista in campo medico che non sia contemporaneamente il conducente del veicolo;
- il trasporto è necessario dal punto di vista medico e la scelta del mezzo di trasporto è adeguata al bisogno medico;
- il mezzo di trasporto è dotato come minimo di materiale di emergenza, materiale per le medicazioni e AED (defibrillatore automatico esterno);
- Il paziente resta sotto responsabilità medica dell’ospedale A, dell’azienda di trasporti o dell’ospedale B fino all’accettazione presso l’ospedale B.

Se l’ospedale A fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera, la remunerazione per il trasporto secondario si effettua secondo il punto 3.4.5 delle regole di applicazione.

Approfondimento n. 24 (pubblicato il 8 agosto 2013)

Paragrafo 1.4 Attribuzione dei casi a un gruppo di casi. Obbligo di rimborso. Prestazioni non obbligatorie

Se nell'ambito di un ricovero stazionario vengono fornite prestazioni non obbligatorie, bisogna procedere come segue:

- il caso viene codificato interamente come previsto al capitolo 1.2 e trasmesso all'Ufficio federale di statistica nell'ambito della statistica medica.
- I costi del caso vengono inseriti per intero secondo le direttive della SwissDRG SA e trasmessi alla SwissDRG SA nell'ambito della rilevazione dei dati.
- La quota obbligatoria del caso viene addebitata all'assicuratore sociale tenuto al pagamento secondo quanto previsto dalla legge.
- La quota non obbligatoria del caso viene fatturata al paziente da parte dell'ospedale. Deve essere rispettato l'obbligo di informazione.

Sulla base del raggruppamento dei casi in un DRG e della definizione di una remunerazione supplementare non è possibile dedurre un obbligo di erogare prestazioni da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie risp. assicurazione contro gli infortuni, di invalidità o militare). La SwissDRG non è un catalogo delle prestazioni obbligatorie AOMS, né per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, né per l'assicurazione contro gli infortuni, di invalidità o militare.

Approfondimento n. 26 (pubblicato il 18 settembre 2014)

Paragrafo 1.4 Classificazione dei casi in un gruppo di casi. Compensi supplementari

In caso di utilizzo off-label di farmaci per i quali è stabilito un compenso supplementare, la fatturazione deve essere effettuata secondo quanto disposto dall'articolo 71 OAMal.

Approfondimento n. 22 (pubblicato il 1° gennaio 2013)

Paragrafo 1.5.3 "Durata della degenza". Definizione di congedo

Il paziente è in congedo quando interrompe temporaneamente il trattamento ospedaliero in accordo con il medico curante ospedaliero, tale trattamento non è ancora concluso e durante l'assenza non viene richiesto un trattamento ospedaliero in un'altra istituzione. La prosecuzione del trattamento ospedaliero in regime di ricovero dopo un congedo non comporta una riammissione. Pertanto, si registra un congedo amministrativo e in questo caso i campi per le variabili di riammissione rimangono vuoti. Il congedo deve essere documentato.

In caso di raggruppamento dei casi in seguito a riammissione vengono compilati i campi relativi alle riammissioni. Il tempo dell'assenza tra la prima dimissione e la riammissione non viene contabilizzato come congedo amministrativo.

Approfondimento n° 29 (pubblicato il 17 maggio 2022)

Paragrafo 4.4 Neonati

Il passaggio:

«Inoltre, anche i neonati e i lattanti fino al 56° giorno dopo la nascita, indipendentemente dal fatto che una codifica corretta indichi il DRG P66D o P67D, sono considerati sani ai sensi dell'art. 29, cpv. 2, lett. d) LAMal e il caso viene fatturato all'ente assicuratore della madre, a condizione che soggiornino in ospedale esclusivamente come persone accompagnatrici della madre bisognosa di cure, malata o infortunata. A

partire dal 57° giorno dopo la nascita termina l'obbligo di prestazione dell'AOMS per il lattante sano come «persona accompagnatrice». Il caso SwissDRG viene chiuso con questa data.» così come la nota a piè di pagina 26 «*Giurisprudenza del Tribunale amministrativo del Canton Berna (decisione del 30 aprile 2001)* » sono state aggiunte nelle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY (valide dal 01.01.2022).

La norma sulla fatturazione dei neonati potrà essere applicata in questa forma solo dopo che il legislatore competente (la Confederazione) avrà apportato una precisazione normativa. La regola per i neonati stabilita nelle regole di applicazione non è quindi giuridicamente vincolante. La regola può essere applicata nel senso della buona pratica, purché l'obbligo della prestazione sia stato verificato in ogni singolo caso e sia dato.

Approfondimento specifico per TARPSY

Approfondimento n. 28 (pubblicato il 1° gennaio 2018)

Riguardo al paragrafo 1.5.2 Determinazione dei giorni di cura imputabili. Casi con trasferimento

Al fine di garantire la parità di trattamento dei casi con trasferimento esterno e interno, in aggiunta a quelli con i valori della variabile 1.5.V03 dell'UST elencati nella nota a piè di pagina n. 3 delle Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY e SwissDRG, vengono considerati casi con trasferimento anche quelli con i valori della variabile 55 (reparto/clinica di riabilitazione, stesso stabilimento) e 66 (reparto/ospedale acuto, stesso stabilimento) . Il valore 44 della variabile (reparto/ospedale psichiatrico, stesso stabilimento) non è utilizzabile per un caso fatturato in conformità a TARPSY, poiché si tratterebbe di un trasferimento interno nell'ambito dello stesso campo di applicazione e pertanto il primo ricovero non sarebbe ancora concluso.

Approfondimento n. 08 (pubblicato il 20 marzo 2012)

Paragrafo 4.2 e 5.1 “Raggruppamento di casi”

Il calcolo di eventuali giorni di congedo avviene solo dopo il raggruppamento di casi (cfr. “Definizione di congedo” nel capitolo 1.5 “Durata della degenza” delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY).

In caso di raggruppamento di casi con diversi congedi amministrativi, nel raggruppamento di casi vengono sommati i singoli congedi amministrativi in ore. La somma di tutti i congedi amministrativi in ore viene successivamente convertita in giorni.

Esempio:

Caso 1: congedo di 36 ore

Caso 2: congedo di 36 ore

Dopo raggruppamento di casi: 72 ore = 3 giorni di congedo.

Questa regolamentazione rispecchia la procedura per il calcolo dei giorni di congedo per la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'Ufficio Federale di Statistica (UST). Cfr.

[Statistica medica ospedaliera / Ufficio federale di statistica \(admin.ch\)](http://www.admin.ch)

Approfondimento n. 27 (pubblicato il 20 luglio 2015)

Paragrafo 3.1 “Raggruppamento di casi”

Se le date di dimissione dei rispettivi ricoveri sono relative a due anni diversi, non si procede ad alcun raggruppamento dei casi di anni diversi.

Scenario 1

Ospedale A  1 ^a Degenza ospedaliera		Ospedale A  2 ^a Degenza Riammissione o ritrasferimento
Dimissione nell'anno T		Ammissione nell'anno T e dimissione nell'anno T+N

Scenario 2

Ospedale A  1 ^a Degenza ospedaliera		Ospedale A  2 ^a Degenza Riammissione o ritrasferimento
Dimissione nell'anno T		Ammissione nell'anno T+N e dimissione nell'anno T+N

In entrambe le costellazioni di casi, la prima e la seconda degenza nell'ospedale A non vengono raggruppate, poiché le date di dimissione delle due degenze sono relative ad anni diversi.

Approfondimento n. 09 (pubblicato il 20 marzo 2012, modificato il 22 ottobre 2012, modificato il 07.11.2018)

Paragrafo 4.3.1 “Regole delle riduzioni per trasferimento”

Sia il caso con trasferimento in uscita sia il caso con trasferimento in entrata devono ricadere nel campo di applicazione di SwissDRG, affinché sia possibile una riduzione per trasferimento. Ai fini della fatturazione il caso va indicato come ammissione o dimissione e non come trasferimento, nel caso in cui uno dei due ospedali coinvolti sia:

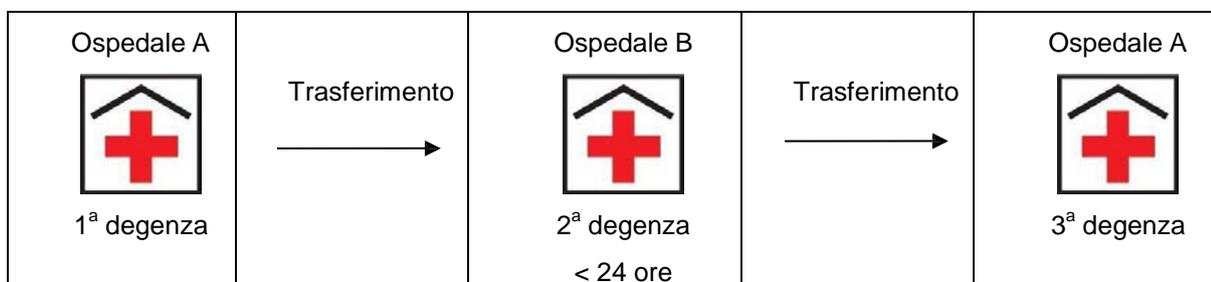
- un fornitore di prestazioni estero,
- una struttura di riabilitazione secondo il punto 2.2 oppure
- una struttura specializzata in psichiatria o nel trattamento delle dipendenze secondo il punto 2.2.

Se la fatturazione nell’ospedale A rientra nel campo di applicazione di SwissDRG e viene effettuato un trasferimento nell’ospedale B per un trattamento ospedaliero, l’ospedale A deve applicare una riduzione per trasferimento, anche se il trattamento nell’ospedale B viene effettuato ambulatorialmente.

Approfondimento n. 21 (pubblicato il 18 settembre 2014)

Paragrafo 3.3 Prestazioni ambulatoriali esterne

Scenario 1

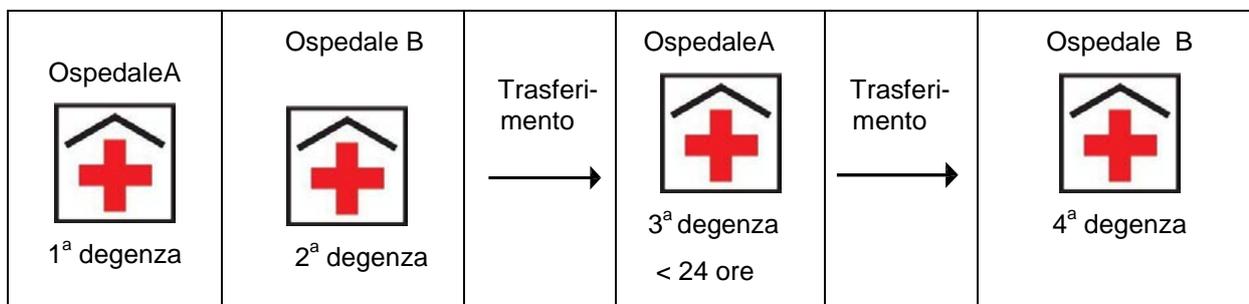


L’ospedale B fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il punto 1.3 delle regole di applicazione. Per tutte le altre degenze inferiori a 24 ore, l’ospedale B fattura all’ospedale A secondo il punto 3.3. delle regole di applicazione.

Non appena l’ospedale B fattura secondo la fatturazione ospedaliera e secondo i criteri indicati al punto 4.2, 5.1 “Raggruppamento di casi” delle regole di applicazione, entrambi i casi (1a e 3a degenza) devono essere raggruppati nell’ospedale A.

Scenario 2

Termine per la verifica: 18 giorni civili dalla data di inserimento



L'ospedale A fattura la 3^a degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il punto 1.3 delle regole di applicazione. Per tutte le altre degenze inferiori a 24 ore, l'ospedale A fattura all'ospedale B secondo il punto 3.3. delle regole di applicazione.

Se entrambe le degenze presso l'ospedale A sono ospedaliere e i criteri indicati al punto 4.2, 5.1 "Raggruppamento di casi" delle regole di applicazione sono soddisfatti, entrambi i casi (1^a e 3^a degenza) devono essere raggruppati nell'ospedale A.

Allegato 1:

Casi esemplificativi sulle regole e le definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG

Capitolo 4.2 “Raggruppamento di casi”

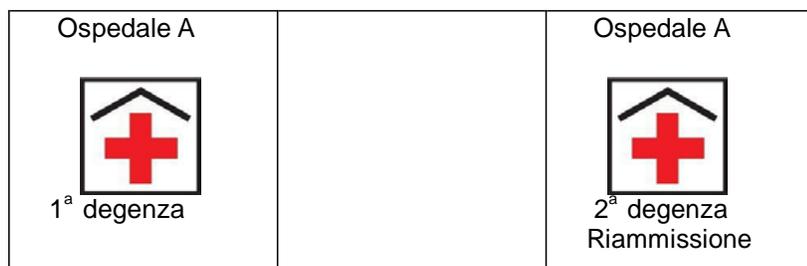
(pubblicato il 20 marzo 2012)

Nel testo seguente, i termini “giorni” e “giorni civili” hanno lo stesso significato.

Scenario 1:

Riammissione (capitolo 4.2.1) entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



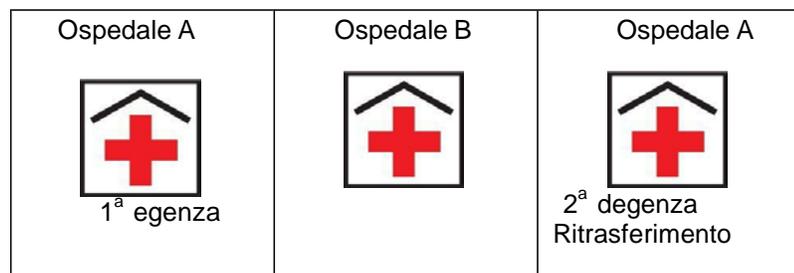
La prima e la seconda degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC;
- b) la riammissione sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita;
- c) né la prima, né la seconda degenza ricadano in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso.

Scenario 2:

Ritrasferimento (capitolo 4.2.2) entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



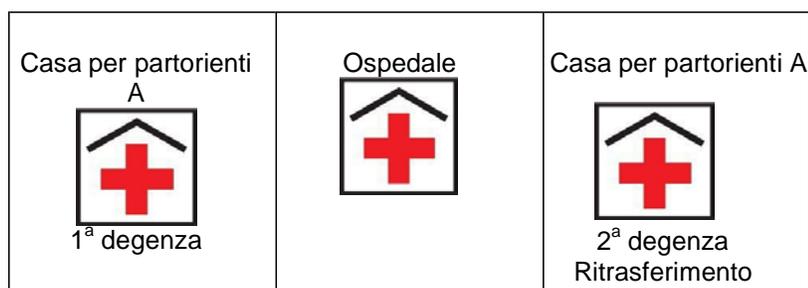
La prima e la seconda degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC;
- b) la riammissione in seguito a ritrasferimento sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita;

Scenario 3:

Ritrasferimento (capitolo 4.2.2) in una casa per partorienti entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima e la seconda degenza nella casa per partorienti A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC;
- b) la riammissione in seguito a ritrasferimento sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita;

Scenario 4:

Raggruppamento di casi combinato (capitolo 4.2.3)

Ritrasferimento entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC, poi riammissione entro il periodo da considerare.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



Tutte e tre le degenze nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) la seconda e la terza degenza nell'ospedale A siano raggruppate nella stessa MDC della prima degenza nell'ospedale A;
- b) la riammissione in seguito a ritrasferimento per la seconda degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita;
- c) anche la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita;
- d) né la prima, né la terza degenza ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso

Scenario 5:

Raggruppamento di casi combinato (capitolo 4.2.3)

Riammissione entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC, poi ritrasferimento entro il periodo da considerare.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



Tutte e tre le degenze nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) la seconda e la terza degenza nell'ospedale A siano raggruppate nella stessa MDC della prima degenza nell'ospedale A;
- b) la riammissione per la seconda degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita;
- c) anche la riammissione in seguito a ritrasferimento per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita;
- d) né la prima, né la seconda degenza ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso.

Scenario 6:

Ritrasferimento (capitolo 4.2.2), raggruppamento non nella stessa MDC, poi riammissione (capitolo 4.2.1) entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



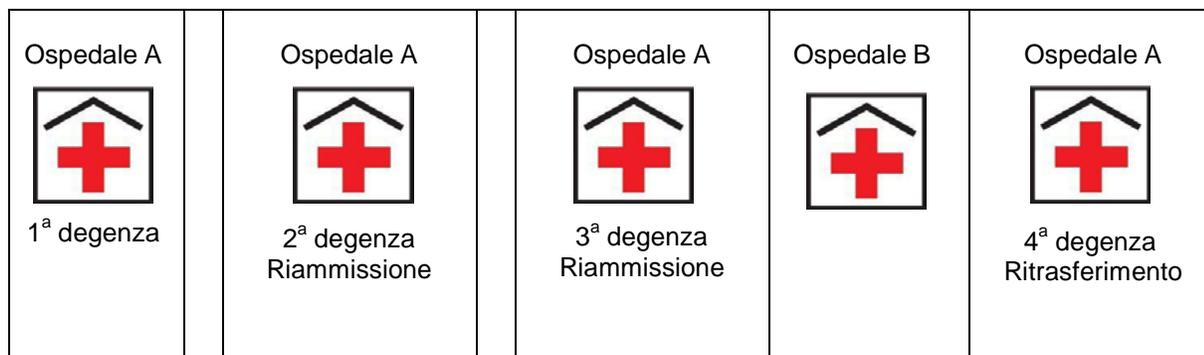
La prima degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché la seconda degenza non è stata raggruppata nella stessa MDC della prima. La seconda e la terza degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC;
- b) la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita dopo la seconda degenza;
- c) né la seconda, né la terza degenza nell'ospedale A ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso.

Scenario 7:

Riammissione (capitolo 4.2.1), prima degenza in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione”. Poi nuova riammissione, raggruppamento nella stessa MDC, poi ritrasferimento, raggruppamento nella stessa MDC al di fuori del periodo da considerare.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché è stata raggruppata in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso. La seconda e la terza degenza nell’ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC;
- b) la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall’uscita dopo la seconda degenza;
- c) né la seconda, né la terza degenza nell’ospedale A ricadano in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso.

La quarta degenza nell’ospedale A non viene raggruppata con le precedenti degenze 2 e 3, poiché si situa al di fuori del periodo da considerare di 18 giorni.

Scenario 8:

Riammissioni (capitolo 4.2.1), tre degenze tutte nella stessa MDC e la seconda e la terza riammissione avvengono entro 18 giorni dopo la prima dimissione, la seconda degenza ricade in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione”.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La seconda degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché è stata raggruppata in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso. La prima e la terza degenza nell’ospedale A vengono raggruppate a condizione che:

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC
- b) la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall’uscita dopo la prima degenza;
- c) né la prima, né la terza degenza nell’ospedale A ricadano in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso.

**Allegato 2:**
Casi esemplificativi relativi al capitolo 4.5 “Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni”¹
 (pubblicato il 10 maggio 2012, modificato il 1° novembre 2016)
Capoverso 4.5.1 Divisione di una fattura in presenza di una decisione dell’AI**1. Caso esemplificativo**

Un neonato con peso alla nascita di 1600 grammi (infermità congenita 494) e sindrome di Down rimane 24 giorni in ospedale fino al raggiungimento del peso di 3000 grammi. Il *DRG 2* corrisponde allora al DRG P65B (neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problema grave).

Successivamente il bambino contrae una polmonite e deve essere sottoposto a respirazione assistita per un breve periodo di tempo. Il *DRG 3* corrisponde allora al DRG P67A (neonato, peso all’ammissione > 2499 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli). Rimane ancora altri 9 giorni in ospedale.

Il competente ufficio AI dispone l’obbligo ad effettuare le prestazioni per la durata di 24 giorni (raggiungimento del peso di 3000 grammi). Le prestazioni rimanenti sono quindi a carico dell’assicuratore malattia.

L’intero caso (*DRG 1*) ha una degenza di durata complessiva di 33 giorni e viene attribuito al DRG P65A (neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli.)

DRG	Denominazione	CW	Durata media di degenza	Soglia inferiore della degenza	Soglia superiore della degenza
P65A	Neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli	5,014	31,5	10	48
P65B	Neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problema grave	3,702	22,3	7	35
P67A	Neonato, peso all’ammissione > 2499 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli	2,263	13,6	5	30

¹ I DRG e le ponderazioni costi utilizzate nei casi esemplificativi sono tratti dalla struttura tariffale SwissDRG versione 0.3.



Determinazione della remunerazione:

- 1) DRG effettivamente computabile per l'intero caso: DRG 1 = DRG P65A, cw1 = 5,014;
- 2) DRG per il trattamento AI: DRG 2 = DRG P65B, cw2 = 3,702;
- 3) DRG per il trattamento coperto da altri assicuratori: DRG 3 = P67A; cw3 = 2,263;
- 4) Somma dei pesi relativi DRG 2 (3,702) + DRG 3 (2,263) = 5,965;
- 5) Percentuale del cost-weight dell'AI sul cost-weight dell'intero caso dell'esempio precedentemente illustrato: 62,1% (= 3,702 / 5,965); percentuale dell'AMal sul cost-weight dell'intero caso: 37,9% (= 2,263 / 5,965);
- 6) In tal modo per la percentuale dell'AI risulta un peso relativo di 3,114 (= 0,621*5,014) e per la percentuale dell'AMal un cost-weight di 1,900 (= 0,379*5,014).

L'ospedale fattura nel modo seguente:

- 1) Secondo la LAI vengono emesse due fatture per l'AI²:
 - a) All'AI una fattura con il 80% del prezzo base AI e cost-weight di 3,114;
 - b) Al cantone una fattura con il 20% del prezzo base AI e cost-weight di 3,114;
- 2) Secondo la ripartizione dei costi del nuovo finanziamento ospedaliero vengono emesse per l'AMal due fatture:
 - a) all'assicuratore malattia una fattura con il 45% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 1,900;
 - b) al cantone una fattura con il 55% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 1,900.

2. Caso esemplificativo

In un bambino piccolo è presente un'ernia inguinale laterale indiretta di origine congenita. Inoltre, sussiste anche una fimosi che genera disturbi. Entrambe le patologie vengono trattate chirurgicamente nel corso della stessa ospedalizzazione. In entrambi i casi si tratta di interventi elettivi. La durata complessiva della degenza ospedaliera è di 5 giorni.

L'ufficio AI competente dispone un obbligo ad effettuare le prestazioni per tutte le prestazioni correlate al trattamento dell'ernia inguinale indiretta congenita. Le prestazioni rimanenti sono quindi a carico dell'assicuratore malattia.

Per la codifica del caso complessivo (ernia inguinale e fimosi insieme) viene attribuito il DRG G25Z (interventi per ernia inguinale e femorale, età > 0 anni o interventi per altre ernie, età < 1 anno) con un cost-weight di 0,580;

Anche per la codifica della sola ernia inguinale viene attribuito il DRG G25Z e il cost-weight di 0,580.

Per la sola codifica della fimosi (intervento elettivo) viene attribuito il DRG M05Z (circoncisione e altri interventi sul pene) e un cost-weight di 0,479.

Dal momento che cw2 = cw1, l'ospedale emette solo una fattura all'AI (prezzo di base AI e cost-weight di 0,580).

² Secondo l'art. 14bis della LAI (cambiamento del 15 giugno 2012), fatto entrare in vigore dal Consiglio federale il 01.01.2013

3. Caso esemplificativo

La durata della degenza degli split viene calcolata conformemente al punto 1.5 delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY. Questo comporta che la somma della durata della degenza di entrambi gli split non coincide con la durata totale della degenza.

Degenza totale

Degenza: dal 15 febbraio al 23 febbraio (= 8 giorni)

DRG_{TOTALE}: P66B

CW_{TOTALE}: 2,173

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza: dal 15.2. al 19.2. (= 4 giorni)

DRG_{AI}: P66B

CW_{AI}: 2,173

Degenza secondo l'AMal

Degenza: dal 20.2. al 23.2. (= 3 giorni)

DRG_{AMal}: P66D

CW_{AMal}: 0,422

$CW_{AI} = CW_{TOTALE}$ -> nessuno split della fattura

4. Caso esemplificativo

Il calcolo dei giorni di degenza secondo il punto 1.5 delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY implica che nel calcolo dei pesi dei costi si debbano attuare riduzioni per i low outlier e supplementi per gli high outlier, sia per la degenza totale sia per gli split.

Degenza totale

Degenza: dal 2 aprile al 13 aprile (= 11 giorni)

DRG_{TOTALE}: P66D

CW_{TOTALE}: 0,473 (0,422 + 0,051 supplemento per superamento della durata massima di degenza)

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza: dal 2.4 al 9.4. (= 7 giorni)

DRG_{AI}: P66D

CW_{AI}: 0,422

Degenza secondo l'AMal

Degenza: dal 10.4. al 13.4. (= 3 giorni)

DRG_{AMal}: P66D

CW_{AMal}: 0,422

Allegato 2:

Casi esemplificativi relativi al capitolo:

Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni



$CW_{AI} < CW_{TOTALE} \rightarrow$ split della fattura

Peso dei costi per la fattura all'AI $0,473 * (0,422 / (0,422 + 0,422)) = 0,473 * 0,500\% = 0,2365$

Peso dei costi per la fattura all'AMal: $0,473 * (0,422 / (0,422 + 0,422)) = 0,473 * 0,500\% = 0,2365$

5. Caso esemplificativo

Se il peso dei costi di entrambi gli split coincide con il peso dei costi della degenza totale, la fattura non viene suddivisa e l'ospedale fattura all'AI l'intera durata della degenza.

Degenza totale DRG _{TOTALE} : M04B CW _{TOTALE} : 0,705	
Degenza secondo la decisione dell'AI DRG _{AI} : M04B CW _{AI} : 0,705	Degenza secondo l'AMal DRG _{AMal} : M04B CW _{AMal} : 0,705

$CW_{AI} = CW_{TOTALE} \rightarrow$ nessuno split della fattura

Peso dei costi per la fattura all'AI 0,705

6. Caso esemplificativo

Per gli split DRG_{AI} (corrisponde a DRG 2 secondo il punto 4.5.1) e DRG_{AMal} (corrisponde a DRG 3 secondo il punto 4.5.1) vengono impiegate le seguenti caratteristiche amministrative del caso originale:

- degenza prima dell'ammissione;
- tipo di ammissione;
- decisione per la dimissione;
- degenza dopo la dimissione;
- sistema;
- versione del catalogo delle procedure;
- versione del catalogo delle diagnosi;

mentre per i due split DRG_{AI} e DRG_{AMal} valgono le seguenti caratteristiche amministrative:

- data di ammissione;
- data di dimissione;
- giorni di congedo;
- durata di degenza;
- età;
- ore della respirazione assistita;
- peso all'ammissione.

Degenza totale

Degenza dal 9 gennaio al 26 gennaio (= 17 giorni)

DRG_{TOTALE}: P66C

CW_{TOTALE}: 1,057

Degenza prima dell'ammissione: 6 – altro ospedale

Tipo di ammissione: 5 – trasferimento entro 24 h

Istanza di ricovero: 3 – medico

Decisione di dimissione: 1 – iniziativa del medico curante

Degenza dopo la dimissione: 6 – altro ospedale

Trattamento dopo la dimissione: 4 – cure in regime di ricovero

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza dal 9.1. al 10.1. (= 1 giorno)

DRG_{AI}: P60C

CW_{AI}: 0,248

Degenza secondo l'AMal

Degenza dal 11.1. al 26.1. (= 15 giorni)

DRG_{3AMal}: P66C

CW_{AMal}: 1,057

Allegato 2:

Casi esemplificativi relativi al capitolo:

Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni



7. Caso esemplificativo

Descrizione del caso: Il 10.05.2022, il parto avviene nell'ospedale A. Lo stesso giorno, il neonato viene trasferito all'ospedale pediatrico B. Il 13.05.2022, il neonato sano viene trasferito nell'ospedale A. La madre e il bambino vengono dimessi dall'ospedale A il 16.05.2022. Esiste una decisione dell' AI per la degenza nell'ospedale pediatrico B e per la degenza 1 nell'ospedale A.

Le due degenze del neonato nell'ospedale A vengono raggruppate (ritrasferimento dall'ospedale B). Viene effettuato uno split della fattura. Il soggiorno 1 nell'ospedale A è a carico dell'assicurazione per l'invalidità. Il soggiorno 2 nell'ospedale A è a carico dell'assicurazione sanitaria.

Ospedale A, caso intero raggruppato, DRG 1

- P67C Neonato, peso all'ammissione > 2499 g con un altro problema, più di un giorno di degenza o con procedura OR non significativa, con situazione particolare
- DD=4
- CW1 0.46

Ospedale A, Degenza 1, DRG 2, Degenza secondo la decisione dell'AI

- Tipo di dimmissione : trasferimento in un ospedale acuto
- P60C Neonato, trasferito < 5 giorni dopo l'ammissione o altre situazioni nella casa per partorienti
- DD=1
- CW2 = 0.359
-

Ospedale A, Degenza 2, DRG3 Degenza a carico dell' Amal

- P67D Neonato, peso all'ammissione > 2499 g
- Tipo di ammissione: trasferito da un ospedale acuto
- DD=3
- CW3 = 0.212

CW 2 < CW 1 -> Split

Parte dell'AI:

$CW 2 / (CW2 + CW 3) = 0.359 / (0.359+0.212) = 0.629$, parte dell'AI 62.9% -> cw 0.29

Parte dell'AMal:

$CW3 / (CW2 + CW3) = 0.212 / (0.359+0.212) = 0.371$, parte dell'AMal 37.1% -> cw 0.17

Per il calcolo dei DRG dei singoli casi, vengono utilizzate le caratteristiche iniziali di entrata e di uscita dei singoli casi.

Allegato 2:

Casi esemplificativi relativi al capitolo:

Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni



Capoverso 4.5.2 Divisione della fattura tra AMal e AINF/AM

1. Caso esemplificativo (SwissDRG V.5.0)

Un uomo subisce una frattura della diafisi femorale. Questa viene ridotta a cielo aperto e stabilizzata con osteosintesi. Durante la stessa ospedalizzazione viene trattata chirurgicamente anche una fimosi, che da lungo tempo causa disturbi crescenti. La degenza ospedaliera dura 15 giorni.

La codifica dell'intero caso (frattura femorale e fimosi) rientra nel DRG I08D (altri interventi su anca e femore) con un peso dei costi di 1,4890.

Anche per la codifica della sola frattura femorale viene attribuito il DRG I08D.

Per la sola codifica della fimosi (intervento elettivo) viene attribuito il DRG M05Z (circoncisione e altri interventi sul pene) e un peso dei costi di 0,589.

L'ospedale fattura l'intero caso all'assicuratore AINF (prezzo di base AINF e peso dei costi di 1,489).³ Dal momento che cw2 = cw1, l'assicuratore AINF si fa carico di tutta la fattura.

2. Caso esemplificativo (SwissDRG V.5.0)

Sei mesi dopo il trattamento mediante placca di una frattura della caviglia sinistra, la paziente lamenta un'irritazione alla fibula. Contemporaneamente soffre di dolori all'alluce valgo destro.

La rimozione dei mezzi di osteosintesi all'arto sinistro e la correzione dell'alluce valgo al piede destro vengono praticate nell'ambito dello stesso intervento. La degenza ospedaliera dura 2 giorni. In entrambi i casi si tratta di interventi elettivi.

La codifica dell'intero caso (gamba e piede) rientra nel DRG I20F (interventi al piede, età > 15 anni), con un peso dei costi di 0,629.

La codifica del solo intervento alla gamba rientra nella DRG I23B (interventi specifici eccetto che su anca e femore, età > 9 anni), con un peso dei costi di 0,535.

La codifica del solo intervento al piede rientra nel DRG I20F analogamente all'intero caso.

L'ospedale fattura l'intero caso all'assicuratore AINF (prezzo di base AINF e peso dei costi di 0,629). L'assicuratore AINF accerta che per una parte delle prestazioni fornite non è soggetto all'obbligo di remunerazione e procede a una divisione della fattura in base al capitolo 4.5.2. La fattura viene rispedita all'ospedale con la richiesta di annullarla e di emettere nuove fatture sulla base delle indicazioni dell'assicuratore AINF secondo il capitolo 4.5.2:

- all'assicuratore infortuni: $0,460 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AINF}$
- all'assicuratore malattie: $0,540 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AMal} \cdot \text{quota parte AMal}$
- al cantone: $0,540 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AMal} \cdot \text{quota parte cantone}$

³ Nel presente esempio si tratta di un assicuratore contro gli infortuni secondo la LAINF. Naturalmente, un assicuratore contro gli infortuni secondo la LAMal fatturerebbe con la tariffa dell'assicurazione malattie.

Esempio di caso specifico per TARPSY

Caso esemplificativo relativo al paragrafo 5.4 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori siano obbligati a erogare prestazioni⁴

(pubblicato il 1° gennaio 2018)

Paragrafo 5.4.1 Suddivisione di una fattura in conformità a TARPSY, in presenza di una decisione dell'AI

Caso esemplificativo

Una terapia psichiatrica acuta dura 20 giorni. Il competente ufficio AI dispone un obbligo di erogare prestazioni per una durata di 5 giorni. Le restanti prestazioni sono a carico dell'assicuratore malattia. L'intero caso ha una durata del ricovero complessiva di 20 giorni e ne risulta il PCG TP25C "Schizofrenia o disturbi psicotici acuti, età > 17 anni senza diagnosi secondaria somatica complicante (TARPSY versione 1.0, 2018). Il cost-weight giornaliero è di 0.996. I cost-weight dell'intero caso è di 19.92.

Determinazione della remunerazione:

1. PCG effettivamente computabile per l'intero caso: TP25C, cost-weight dell'intero caso 19.92;
2. percentuale pro rata del cost-weight AI sul cost-weight dell'intero caso dell'esempio sopraindicato: 25% (5 giorni su 20 = $5/20 = 0.25$);
percentuale dell'AMal sul cost-weight dell'intero caso: 75% (15 giorni su 20 = $15/20 = 0.75$);
3. percentuale del cost-weight dell'AI: 4.98 (= $19.92 * 0.25$);
percentuale del cost-weight dell'AMal: 14.94 (= $19.92 * 0.75$)

L'ospedale fattura nel modo seguente:

1. Secondo la LAI vengono emesse due fatture per l'AI:
 - a) all'AI una fattura con il 80% del prezzo base AI e cost-weight di 4.98;
 - b) al cantone una fattura con il 20% del prezzo base AI e cost-weight di 4.98.
2. Secondo la ripartizione dei costi del nuovo finanziamento ospedaliero per l'AMal vengono emesse due fatture:
 - a) all'assicuratore malattia una fattura con il 45% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 14.94;
 - b) al cantone una fattura con il 55% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 14.94;

Ai fini della separazione dei costi che eccedono il trattamento AM/AI o se per altri motivi sussiste un obbligo di erogare prestazioni temporalmente limitato di un sostenitore dei costi oppure un obbligo di erogare prestazioni di diverse assicurazioni sociali, si applica una procedura analoga.

⁴ I PCG utilizzati e i cost-weight degli esempi di casi sono presi dalla struttura tariffaria TARPSY versione 1.0.

Allegato 3:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 4.3.1: “Regole delle riduzioni per trasferimento”

(pubblicato il 10 maggio 2012)

Sia l’ospedale che trasferisce sia l’ospedale che accetta il caso sono soggetti a una riduzione se la durata del ricovero del paziente nell’ospedale coinvolto si situa al di sotto della durata media di degenza (DMD) del gruppo diagnostico fatturato conformemente al catalogo dei forfait per caso.

Nei seguenti casi non si applicano le regole di riduzione per trasferimento:

Scenario 1: forfait per caso di trasferimento

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento 	Ospedale B  2 ^a degenza
Nessuna riduzione per trasferimento se il caso rientra in un forfait per caso di trasferimento secondo il catalogo dei forfait per caso.		Nessuna riduzione per trasferimento se il caso rientra in un forfait per caso di trasferimento secondo il catalogo dei forfait per caso.

Se il caso viene rimborsato con un forfait per caso di trasferimento, trovano applicazione le regole delle riduzioni e dei supplementi per outlier secondo il punto 4.1.

“Regole delle riduzioni per trasferimento”

Scenario 2: trasferimento entro 24 ore

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento in < 24 h →	Ospedale B  2 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Nessuna riduzione per trasferimento Riduzioni e supplementi secondo il punto 4.1

Scenario 3a: trasferimento entro 24 ore, ulteriore trasferimento in < 24 ore

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento in < 24 h →	Ospedale B  2 ^a degenza	Trasferimento in < 24 h →	Ospedale C  3 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Nessuna riduzione per trasferimento Riduzioni e supplementi secondo il punto 4.1

“Regole delle riduzioni per trasferimento”

Scenario 3b: trasferimento entro 24 ore, ulteriore trasferimento in > 24 ore

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento in < 24 h →	Ospedale B  2 ^a degenza	Trasferimento in > 24 h →	Ospedale C  3 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1

Scenario 3c: trasferimento entro 24 ore dopo la riammissione

Ospedale A  1 ^a degenza	Riammissione entro 18 giorni nella stessa MDC →	Ospedale A  2 ^a degenza	Trasferimento < 24 h →	Ospedale B  3 ^a degenza
Raggruppamento dei casi del 1° e del 2° ricovero secondo il punto 4.2 Riduzione per trasferimento per il caso raggruppato secondo il punto 4.3.1				Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1

Scenario 4: trasferimento con ritrasferimento (punto 4.2.2), raggruppamento nella stessa MDC, raggruppamento dei casi

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione

Ospedale A 1 ^a degenza	Trasferimento 	Ospedale B 2 ^a degenza	Ritrasferimento 	Ospedale A 3 ^a degenza
Raggruppamento dei casi con la 3 ^a degenza secondo il punto 4.2 Luogo di dimora prima dell'ammissione: domicilio		Riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1		Raggruppamento dei casi con la 1 ^a degenza secondo il punto 4.2 Luogo di dimora dopo la dimissione: domicilio

Per il caso raggruppato nell'ospedale A non viene applicata una riduzione per trasferimento, dal momento che nel caso raggruppato viene riportato come "normale" sia il tipo di ammissione sia il tipo di dimissione.

Una riduzione per trasferimento secondo il punto 4.3.1 troverebbe eventualmente applicazione per il caso raggruppato nell'ospedale A, nel caso in cui avesse luogo un trasferimento da un altro ospedale all'ospedale A (1^a degenza) o un trasferimento di dimissione dall'ospedale A (3^a degenza).

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2: Calcolo della durata del soggiorno (pubblicato il 8 giugno 2018, modificato 26.06.2020)

Scenario 1a: prestazioni ambulatoriali durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana, valido fino al 31.12.2019

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018, ore 08:00 – 10.01.2018, ore 10.00</p>	<p>Prova di reintegrazione nella vita quotidiana</p> <p>→</p> <p>71.5 ore = 2.98 giorni = 2 giorni</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01.2018, ore 09.30 – 18.01.2018, ore 11.00</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Le prestazioni ambulatoriali durante il congedo amministrativo confluiscono nella codifica ospedaliera	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>non trasferito</u>
1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 / 18 giorni: 18 giorni – 2 giorni prova di reintegrazione nella vita quotidiana = 16 giorni + 1 giorno di cura secondo il contratto relativo alla struttura tariffaria = 17 giorni di cura conteggiabili		

Scenario 1b: prestazioni ambulatoriali durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana, valido fino al 31.12.2019

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018, ore 08.00 – 10.01.2018, ore 10.00</p>	<p>Prova di reintegrazione nella vita quotidiana</p> <p>→</p> <p>71.5 ore = 2.98 giorni = 2 giorni</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01.2018, ore 09.30 – 18.01.2018, ore 11.00</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Le prestazioni ambulatoriali durante il congedo amministrativo confluiscono nella codifica ospedaliera	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 / 17 giorni: 17 giorni – 2 giorni prova di reintegrazione nella vita quotidiana = 15 giorni + 1 giornata di cura secondo il contratto relativo alla struttura tariffaria = 16 giorni di cura conteggiabili		

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Scenario 2a: Raggruppamento di casi

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Dimissione con ritorno a casa</p> <p>→</p> <p>72 ore</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01 – 18.01.2018</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>non trasferito</u>	Prestazioni ambulatoriali a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
<p>Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018</p> <p>01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1)</p> <p>13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p> <p>= 15 giorni di cura conteggiabili</p>		

Scenario 2b: Raggruppamento di casi

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Ospedale B</p> <p>→</p> <p>72 ore</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01 – 18.01.2018</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>trasferito</u>	Fatturazione ospedaliera secondo la struttura tariffaria applicata	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
<p>Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018</p> <p>01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p> <p>13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p> <p>= 14 giorni di cura conteggiabili</p>		

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Scenario 3: interruzione della prova di reintegrazione nella vita quotidiana

 Ospedale A 01.01.2018 –	03.01.2018 prova di reintegrazione nella vita quotidiana a partire dalle ore 8.00 → 5 ore	 Ospedale A Ricovero breve (ad es. per unità terapeutica)	03.01.2018 prova di reintegrazione nella vita quotidiana a partire dalle ore 15.00 → 20 ore	 Ospedale A 04.01 – 18.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY				Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: trasferito
1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 = 17 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) Se il paziente, durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana rientra nella clinica A, lo si considera un'interruzione della prova di reintegrazione nella vita quotidiana. Nell'esempio si tratta di 2 prove di reintegrazione nella vita quotidiana separate. Nessuna di queste due assenze dura più di 24 ore e pertanto entrambe non devono essere prese in considerazione nel calcolo della durata del ricovero.				

Scenario 4: prova di reintegrazione nella vita quotidiana senza riammissione

 Ospedale A 01.01.2018 – 10.01.2018	Prova di reintegrazione nella vita quotidiana pianificata per 72 ore →	 Ospedale A
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Prestazioni ambulatoriali dopo l'inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana programmata a carico del sostenitore dei costi	Il paziente non rientra dalla prova di reintegrazione nella vita quotidiana
1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di ammissione = Inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana		

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Scenario 5: prova di reintegrazione nella vita quotidiana e ammissione nell'ospedale B

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Prova di reintegrazione nella vita quotidiana pianificata per 72 ore</p> <p>—————></p>	<p>Ospedale B</p>  <p>12.01.2018 – 20.01.2018</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Prestazioni ambulatoriali dopo l'inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana programmata a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; tipo di dimissione: trasferito
<p>Ospedale A: 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = Inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana</p> <p>Ospedale B: 1 fattura 12.01.2018 – 20.01.2018 = 8 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p>		

Scenario 6a: evasione⁵ senza riammissione

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Evasione</p> <p>—————></p>	<p>Ospedale A</p> 
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto		Il paziente non ritorna
<p>1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = data dell'evasione</p>		

⁵ In caso di evasione, un'uscita deve essere registrata solo dopo un'assenza di 24 ore

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Scenario 6b: evasione dalla psichiatria ricovero in cure somatiche acute nello stesso giorno civile

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Evasione</p> <p>→</p>	<p>Ospedale B</p>  <p>10.01.2018 – 13.01.2018</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY, la durata del soggiorno, calcolata in base alla regola “1.5.2 Determinazione dei giorni di cura imputabili”, dev’essere ridotta di un giorno. Tipo di dimissione: sconosciuto</p>	<p>Se viene fornito un trasporto verso un ospedale acuto, si tratta di un trasporto primario.</p>	<p>Fatturazione ospedaliera secondo SwissDRG</p>
<p>Ospedale A: : 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) Data di dimissione = data dell’evasione Ospedale B: 1 fattura 10.01.2018 – 13.01.2018 = 3 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p>		

Scenario 6c: evasione con riammissione e raggruppamento di casi

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Evasione</p> <p>→</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>15.01.2018 – 30.01.2018</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto</p>	<p>Prestazioni ambulatoriali durante l’evasione a carico del sostenitore dei costi</p>	<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: non trasferito</p>
<p>Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 30.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = data dell’evasione 15.01.2018 – 30.01.2018 = 16 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) = 26 giorni di cura conteggiabili</p>		

Allegato 4:

Casi esemplificativi relativi al capitolo 1.5.2 :

“Determinazione dei giorni di cura imputabili”

Scenario 6d: evasione con riammissione

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Evasione</p> <p>→</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>20.03.2018 – 30.03.2018</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto</p>	<p>Prestazioni ambulatoriali durante l'evasione a carico del sostenitore dei costi</p>	<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: non trasferito</p>
<p>Ospedale A: 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = data dell'evasione</p> <p>Ospedale A: 1 fattura 20.03.2018 – 30.03.2018 = 11 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo+1)</p>		

Esempio di caso specifico per TARPSY

Caso esemplificativo relativo al capitolo 3.6 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione / cambio di assicurazione / cambio di residenza

(pubblicato il 17 maggio 2022)

Eccezione dei pazienti forensi di lunga durata

Caso esemplificativo 1:

Un paziente entra in psichiatria forense il 1° luglio 2021 e ne esce il 26 febbraio 2025:

- Prima fattura dal 1° luglio 2021 (ammissione) al 31 dicembre 2022: Per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° luglio 2021 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° luglio 2021 al 31 dicembre 2022. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2022 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2022)
- Seconda fattura dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2023 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2023 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2023)
- Terza fattura dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2024 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2024 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2024)
- Quarta fattura dal 1° gennaio 2025 al 26 febbraio 2025: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2025 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2025 al 26 febbraio 2025. Il prezzo base valido il 26 febbraio 2025 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura d'uscita 2025)

I dati relativi alle prestazioni ed ai costi del caso per il periodo dal 1° luglio 2021 (ammissione) al 26 febbraio 2025 (dimissione) sono trasmessi alla SwissDRG SA e all'Ufficio federale di statistica con il valore HoNOS del 1° luglio 2021 e le prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) e i costi per il periodo dal 1° luglio 2021 al 26 febbraio 2025.

Esempio di caso 2:

Un paziente entra in psichiatria forense il 1° luglio 2021 e ne esce il 31 dicembre 2022:

In questo caso, sarà emessa un'unica fattura per un caso verificatosi tra il 1° luglio 2021 e il 31 dicembre 2022: ai fini del raggruppamento del caso, si terrà conto del valore HoNOS del 1° luglio 2021 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) durante il periodo dal 1° luglio 2021 al 31 dicembre 2022. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2022 sarà utilizzato per la fatturazione. (Fattura di uscita 2022)