

Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in con- formità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha

Versione maggio 2026

Valida dal 01.01.2027

Stato: approvato dal Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA
il **19 giugno 2026**

Fa fede la versione tedesca

Sommario

1	PRINCIPI FONDAMENTALI E DEFINIZIONI	4
1.1	Informazioni necessarie.....	4
1.2	Regole per la codifica di diagnosi e interventi	4
1.3	Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero	4
1.4	Assegnazione di casi a un gruppo di casi	7
1.5	Durata della degenza.....	8
1.6	Chiarimento del termine ospedale	9
2	CAMPO DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI	11
2.1	Principi.....	11
2.2	Delimitazione tra le diverse strutture tariffarie ospedaliere	12
2.3	Rimunerazione di un paziente che, secondo l'indicazione medica, non necessita di cure e assistenza né di riabilitazione medica in ospedale ("paziente in attesa").....	15
3	REGOLE DI FATTURAZIONE PER SWISSDRG, TARPSY E ST REHA.....	16
3.1	Raggruppamenti di casi.....	16
3.2	Trasferimenti	16
3.3	Prestazioni ambulatoriali esterne.....	16
3.4	Trasporti secondari	17
3.5	Modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera	17
3.6	Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione / cambio di assicurazione / cambio di residenza.....	17
3.7	Trattamenti ed esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero	19
3.8	Urgenze	19
3.9	Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali.....	19
4	REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI PER SWISSDRG	25
4.1	Outlier (casi devianti).....	25
4.2	Raggruppamento di casi.....	25
4.3	Trasferimento	26
4.4	Neonati.....	27
4.5	Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali.....	28

5	REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI PER TARPSY	31
5.1	Raggruppamenti di casi	31
5.2	Regola per le riduzioni per trasferimento	31
5.3	Disposizioni transitorie	31
5.4	Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori dei costi siano obbligati a erogare prestazioni.....	32
6	REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI PER ST REHA.....	33
6.1	Raggruppamenti di casi	33
6.2	Regola per le riduzioni per trasferimento	33
6.3	Disposizioni transitorie	33
6.4	Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori dei costi siano obbligati a erogare prestazioni.....	34

1 Principi fondamentali e definizioni

Ai fini dell'applicazione delle tariffe ospedaliere SwissDRG, TARPSY e ST Reha, il presente documento definisce

- ⇒ gli aspetti fondamentali (capitolo 1)
- ⇒ il campo di applicazione (capitolo 2)
- ⇒ le regole di fatturazione dei casi (capitoli 3, 4 e 5)

Gli adattamenti e le precisazioni che vanno oltre le definizioni stabilite nel presente documento sono fissati dal Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA conformemente alle regole definite in questo documento e alle normative di legge.

1.1 Informazioni necessarie

Per la remunerazione di un caso ospedaliero sono necessari i dati della rilevazione SpiGes 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'Ufficio federale di Statistica.

1.2 Regole per la codifica di diagnosi e interventi

La codifica dei casi ospedalieri fatturati mediante strutture tariffarie uniformi a livello nazionale si basa sulle direttive dell'Ufficio federale di statistica (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 attualmente in vigore.

In caso di ambiguità o di differenze nell'interpretazione delle regole di codifica, le organizzazioni responsabili della SwissDRG SA si impegnano a trovare soluzioni in collaborazione con l'UST.

Con riferimento allo sviluppo e all'aggiornamento delle strutture tariffarie ospedaliere, la SwissDRG SA è tenuta a presentare le proprie richieste all'UST.

1.3 Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero

Principio fondamentale: per ogni caso ospedaliero è possibile fatturare 1 forfait. Va prestata un'attenzione particolare alle regolamentazioni contemplate nei capitoli 3.1, 4.2, 5.1 e 6.1 secondo le quali, a determinate condizioni, più ricoveri ospedalieri possono essere raggruppati in un solo caso ospedaliero e pertanto in un solo forfait.

La distinzione fra trattamenti ospedalieri e ambulatoriali si basa sull'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre).

Al fine di assicurare un'attuazione uniforme di queste definizioni, i partner del settore sanitario si sono accordati sulla loro seguente interpretazione:

Art. 3 Cura ospedaliera

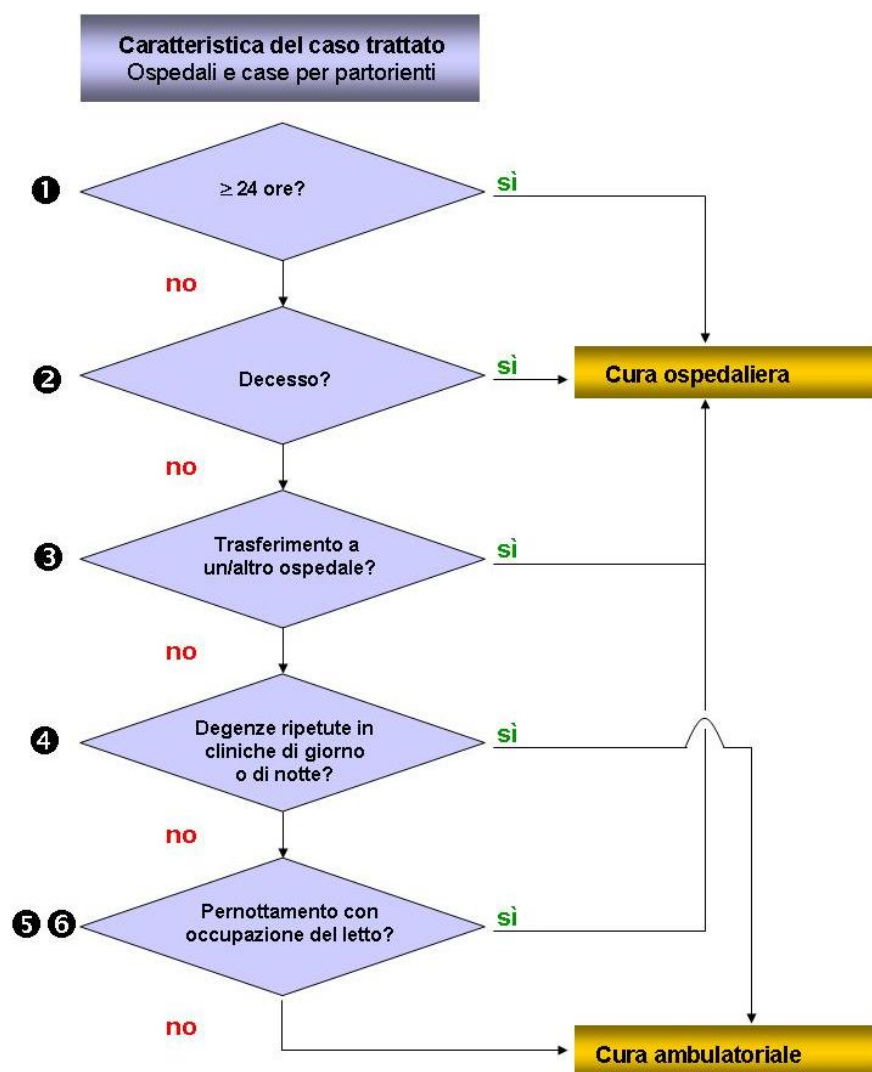
Ai sensi dell'articolo 49 cpv. 1 della legge, sono considerate cure ospedaliere per esami, trattamenti e cure all'ospedale o in una casa per partorienti, i seguenti ricoveri:

- a. di almeno 24 ore;
- b. di meno di 24 ore nel corso delle quali un letto viene occupato durante la notte.
- c. all'ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale;
- d. in una casa per partorienti nel caso di trasferimento in un ospedale;
- e. in caso di decesso.

Art. 5 Cura ambulatoriale

Ai sensi dell'articolo 49 cpv. 6 della legge, sono considerate cure ambulatoriali tutti i trattamenti che non vengono considerati ospedalieri. I soggiorni ripetuti nelle cliniche di giorno o di notte sono ugualmente considerati cure ambulatoriali.

• Diagramma di flusso



- **Spiegazione dei criteri di delimitazione**

Il criterio ❶ "≥ 24 ore" significa che il paziente rimane almeno 24 ore in ospedale o nella casa per partorienti.

Il criterio ❷ "decesso" chiarisce se il paziente è deceduto.

Il criterio ❸ "trasferimento in un/altro ospedale" chiarisce se il paziente è stato trasferito in un altro ospedale o se la paziente è stata trasferita in ospedale da una casa per partorienti.

Il criterio ❹ "ricoveri ripetuti in cliniche di giorno o di notte" corrisponde ad una decisione medica ed è parte integrante del piano terapeutico del paziente. I ricoveri ripetuti in psichiatria nelle cliniche di giorno e di notte e i ricoveri ripetuti nell'ambito di altre prestazioni mediche e terapeutiche, come ad esempio la chemioterapia o la radioterapia, la dialisi, i trattamenti del dolore effettuati in ospedale o la fisioterapia, sono considerati come trattamenti ambulatoriali.

Il criterio ❺ "notte" viene misurato e registrato in base alla "regola della mezzanotte". In altri termini, il criterio è soddisfatto se il paziente è nell'ospedale o nella casa per partorienti a mezzanotte (00:00).

Il criterio ❻ "occupazione di un letto": un paziente è considerato occupante di un letto se si tratta di un letto di un reparto di cura. I letti dei reparti di medicina intensiva, Intermediate Care e maternità sono considerati allo stesso modo di un letto di un reparto di cura. Il trattamento di pazienti che utilizzano unicamente il pronto soccorso, il laboratorio del sonno o la sala parto (sia di notte che di giorno) è considerato come ambulatoriale.

I criteri ❺ "notte" e ❻ "occupazione di un letto" sono indissociabili. In altri termini, un trattamento di meno di 24 ore deve soddisfare i criteri "notte" e "occupazione di un letto" per poter essere registrato e fatturato come un trattamento ospedaliero.

1.4 Assegnazione di casi a un gruppo di casi¹

Età del paziente

Per il raggruppamento del caso viene considerata l'età al giorno dell'ammissione in ospedale.

Forzatura manuale

La forzatura manuale dell'attribuzione ad un gruppo diagnostico non è consentita. Solo il Grouper definisce l'attribuzione del caso a un gruppo di casi.

Obbligo di rimborso

Sulla base del raggruppamento dei casi in un gruppo di casi e del calcolo delle remunerazioni supplementari non è possibile risalire all'obbligo di prestazione da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione malattie obbligatoria, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione di invalidità o assicurazione militare). Le strutture tariffarie ospedaliere non riflettono un catalogo delle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Case per partorienti

I trattamenti in regime di ricovero nelle case per partorienti rientrano nel campo di applicazione di SwissDRG e sono soggetti alle regole e alle definizioni per la fatturazione dei casi. Per questi casi devono essere considerati i DRG per le case per partorienti riportati nel catalogo dei forfait per caso. Se, in singoli casi, a causa della codifica di diagnosi specifiche vengono considerati DRG non valutati, ossia DRG diversi da quelli riportati nel catalogo dei forfait per caso per le case per partorienti, il trattamento della (futura) madre va indennizzato con fatturazione del DRG O60C per case per partorienti. Per il neonato va considerato il corrispondente DRG P60D per case per partorienti².

Gruppi di casi non valutati

Per i gruppi di casi non valutati, i partner tariffali concordano remunerazioni individuali, nella misura in cui possano essere a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione di invalidità o dell'assicurazione militare nell'ambito delle cure in regime di ricovero ospedaliero.

¹ Il gruppo di casi comprende DRG (Diagnosis Related Groups) e PCG (Psychiatric Cost Groups) così come RCG (Rehabilitation Cost Group)

² Sono esclusi da questa regola i DRG 960Z e 961Z, che non sono fatturabili nemmeno per le case per partorienti.

Rimunerazioni supplementari

Oltre a un forfait SwissDRG, TARPSY o ST Reha, possono essere fatturate anche remunerazioni supplementari conformemente a quanto riportato nell'Allegato 2 (rimunerazioni supplementari valutate) e 3 (rimunerazioni supplementari non valutate) del catalogo dei forfait per caso Swiss DRG valido al momento della dimissione, purché nella codifica confluisca il codice CHOP / codice ATC secondo le basi di codifica. Oltre a un forfait TARPSY possono essere fatturate anche le remunerazioni supplementari conformemente al catalogo dell'erimunerazioni supplementari TARPSY valido nell'anno di fatturazione. Oltre a un forfait ST Reha possono essere fatturate anche le remunerazioni supplementari conformemente al catalogo delle remunerazioni supplementari ST Reha valido nell'anno di fatturazione.

In caso di utilizzo di farmaci per i quali è stabilito un compenso supplementare secondo le disposizioni previste dall'articolo 71a – 71d OAMal, tali disposizioni devono essere applicate anche per la fatturazione.

1.5 Durata della degenza

1.5.1 Durata della degenza in conformità a SwissDRG

La durata della degenza si determina secondo la seguente formula:

Durata della degenza in giorni = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo

Come giorni di degenza si considerano pertanto il giorno dell'ammissione³ nonché ogni ulteriore giorno di degenza escluso il giorno del trasferimento o della dimissione. Anche le giornate di congedo complete non vanno considerate nel conteggio della durata della degenza.

Durata della degenza in caso di trasferimento: ogni ospedale coinvolto determina la durata della degenza rilevante per il proprio caso secondo questa formula. In presenza di un raggruppamento di casi (ad es. in caso di ritrasferimento o di riammissione), la durata della degenza rilevante del caso fatturato per l'ospedale X si determina calcolando il totale dei giorni di degenza dei singoli ricoveri nell'ospedale X.

1.5.2 Determinazione dei giorni di cura imputabili in conformità a TARPSY e ST Reha

Il numero dei giorni di cura imputabili⁴ si determina secondo la seguente formula:

Casi senza trasferimento

Numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1

³ Art. 3 OCPre: per <data di ammissione = data di dimissione> vale quanto segue: se un caso viene trasferito in un altro ospedale nel giorno di ammissione, o se il paziente muore il giorno dell'ammissione, il giorno dell'ammissione verrà contabilizzato come 1 giorno.

⁴ Il calcolo del numero di giorni di cura si differenzia dal calcolo della durata della degenza secondo l'UST.

Casi con trasferimento⁵

Numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo

Come giorni di cura imputabili si considerano pertanto il giorno dell'ammissione³ nonché ogni ulteriore giorno di degenza escluso il giorno del trasferimento. Anche le giornate di congedo complete non vanno considerate nel conteggio della durata della degenza.

Se un caso è ammesso in un ospedale B lo stesso giorno della dimissione dall'ospedale A, si tratta in ogni caso di un trasferimento del quale bisogna tenerne conto nel conteggio della durata di degenza imputabile.

1.5.3 Definizione di congedo

Definizione di congedo⁶: si tratta di un congedo amministrativo quando un paziente lascia l'ospedale per più di 24 ore⁷ (>24:00h) permanendo la prenotazione di un letto (per vacanza o come prova di reintegrazione nella vita quotidiana). La durata totale dei congedi per un caso si calcola sommando le ore e i minuti dei singoli congedi⁸.

Il numero di giorni di congedo da dedurre dalla durata della degenza si ottiene dalla somma delle ore di congedo (tenendo in considerazione anche i minuti) divisa per 24, con arrotondamento.

Durante un congedo non può essere fatturata nessuna prestazione ambulatoriale ai sostenitori dei costi. Se un paziente fa comunque ricorso a prestazioni ambulatoriali durante questo periodo, tali prestazioni sono a carico dell'ospedale e confluiscono nella codifica delle diagnosi e delle procedure.

Durante il cambio dell'ora che avviene due volte all'anno, l'ora aggiuntiva o l'ora soppressa non viene inclusa nel calcolo del congedo.

1.6 Chiarimento del termine ospedale

I termini sono definiti come segue in accordo con SpiGeS:

Ospedale: ID dell'ospedale (ex RIS-GESV)

Sedi di un ospedale: n. RIS

In questo documento, il termine ospedale include le strutture della somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria. Fanno eccezione le sezioni relative all'applicazione delle regole di raggruppamento dei casi (capitolo 3.1), la sezione sul cambiamento del motivo del ricovero (capitolo 3.5), così come i capitoli 4,5 e 6. In queste sezioni, il termine ospedale è inteso come

⁵ Questa definizione comprende tutti i casi che, alla variabile SpiGes "residenza dopo la dimissione" (austritt_aufenthalt), presentano le varianti 4 (clinica psichiatrica, altro istituto), 5 (clinica di riabilitazione, altro istituto), 44 (reparto/ospedale di psichiatria, stesso istituto), 55 (reparto di riabilitazione/clinica di riabilitazione, stesso istituto), 6 (altro stabilimento ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti) o 66 (reparto acuto / ospedale acuto, stesso istituto). Eccezioni: per TARPSY, la 44 (reparto/ospedale di psichiatria, stesso istituto) non è considerata come un trasferimento. Per ST Reha, la 55 (reparto di riabilitazione/clinica di riabilitazione, stesso istituto) non è considerata come un trasferimento.

⁶ Corrisponde alla variabile "Congedo amministrativo e vacanze" (admin_urlaub) di SpiGes.

⁷ Esempio: se il paziente lascia l'ospedale per 24 ore e 2 minuti, l'assenza vale come congedo.

⁸ Esempio per la durata dei congedi: per un paziente che presenta 3 assenze di 8, 26 e 42 ore, viene codificato un congedo totale di 68 ore, cioè di 2,833 giorni (in base alla definizione, l'assenza di 8 ore non è contabilizzata). In base alla regola per il calcolo della durata della degenza 2 giorni di congedo verranno dedotti.

una struttura o un dipartimento che rientra nel campo di applicazione della struttura tariffaria pertinente.

2 Campo di applicazione e delimitazioni

2.1 Principi

2.1.1 SwissDRG

Il campo di applicazione dei gruppi di casi SwissDRG comprende la remunerazione di tutte le degenze acute negli ospedali somatici acuti, nei reparti di cure acute e nelle case per partorienti, nonché di tutte le cure palliative con ricovero. Nei gruppi diagnostici SwissDRG vengono inoltre rappresentati la riabilitazione precoce e la paraplegiologia.

2.1.2 TARPSY

Il campo di applicazione dei forfait TARPSY secondo il catalogo dei PCG comprende la remunerazione di tutti i ricoveri stazionari in ospedali o reparti psichiatrici.

2.1.3 ST Reha

Il campo di applicazione dei forfait ST Reha secondo il catalogo RCG comprende la remunerazione di tutte le degenze ospedaliere per riabilitazione in cliniche o reparti di riabilitazione.

Deviazioni dal principio

- **La riabilitazione precoce** non rientra nel campo di applicazione della ST Reha. La remunerazione viene effettuata in base alla struttura tariffaria SwissDRG.

Per una remunerazione in base alla struttura tariffaria SwissDRG devono essere contemporaneamente soddisfatti i seguenti criteri minimi di delimitazione:

- esistenza di un mandato di prestazione esplicito secondo l'elenco degli ospedali per la medicina somatica acuta o la riabilitazione precoce;
- soddisfazione dei requisiti minimi in base alla Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per la riabilitazione precoce interdisciplinare o la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica;
- determinazione trasparente dei costi e delle prestazioni.

- **La paraplegiologia** non rientra nel campo di applicazione della ST Reha. La remunerazione viene effettuata in base alla struttura tariffaria SwissDRG.

Per una remunerazione in base alla struttura tariffaria SwissDRG devono essere contemporaneamente soddisfatti i seguenti criteri minimi di delimitazione:

- esistenza di un mandato di prestazione esplicito secondo l'elenco degli ospedali per la medicina somatica acuta o la paraplegiologia;
- soddisfazione dei requisiti minimi in base alla Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso;
- determinazione trasparente dei costi e delle prestazioni.

Per la fatturazione della paraplegiologia conformemente a SwissDRG, non viene effettuato alcuno split dei casi tra la fase acuta e la fase riabilitativa. L'intero caso deve essere fatturato in base a SwissDRG.

Se non sono più soddisfatti i requisiti minimi secondo la Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso o per la riabilitazione precoce interdisciplinare o la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, la delimitazione avviene in base al capitolo 2.2.

2.2 Delimitazione tra le diverse strutture tariffarie ospedaliere

Per la determinazione del campo di applicazione si distinguono i mandati di prestazione nei seguenti settori:

- somatica acuta (incluse le cure palliative)
- psichiatria
- riabilitazione

2.2.1 Secondo l'elenco cantonale degli ospedali, l'ospedale ha mandati di prestazione per un campo di applicazione

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo della somatica acuta.

- ⇒ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG (incl.: riabilitazione precoce e paraplegiologia in base al punto 2.1.3).

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo della psichiatria.

- ⇒ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della TARPSY

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo della riabilitazione.

- ⇒ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della ST Reha (escl. : riabilitazione precoce e paraplegiologia secondo il punto 2.1.3).

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo delle cure palliative.

- ⇒ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo della riabilitazione precoce.

- ⇒ SwissDRG è applicata secondo il punto 2.1.3.

Secondo l'elenco degli ospedali, l'ospedale ha un mandato di prestazione solo nel campo della paraplegiologia.

- ⇒ SwissDRG è applicata secondo il punto 2.1.3.

2.2.2 Secondo l'elenco cantonale degli ospedali, l'ospedale ha mandati di prestazione in diversi campi

Se un fornitore di prestazioni dispone di mandati di prestazione in diversi campi, soddisfa i criteri minimi di delimitazione e fornisce una prestazione al di fuori della propria prestazione principale, si applica la struttura tariffaria relativa alla prestazione erogata.

In linea di principio un fornitore di prestazioni fattura secondo la struttura tariffaria con la quale fornisce la sua prestazione principale.

Struttura tariffaria da applicare	Prestazione principale
SwissDRG	Somatica acuta
SwissDRG	Casa per partorienti
SwissDRG	Cure palliative
TARPSY	Psichiatria
ST Reha	Riabilitazione

L'attribuzione della prestazione principale si effettua sulla base della tipologia di ospedale

Prestazione principale	Tipologia di ospedale
Somatica acuta	K111, K112, K121, K122, K123, K231, K233, K234
Casa per partorienti	K232
Psichiatria	K211, K212
Riabilitazione	K221
Somatica acuta, psichiatria, riabilitazione	K235

Per i fornitori di prestazioni della categoria K235 Cliniche specializzate, l'attribuzione viene stabilita sulla base dei giorni di cura secondo le cifre chiave pubblicate dall'UFSP⁹.

Per una remunerazione tramite un'altra struttura tariffaria rispetto a quella della prestazione principale, devono essere soddisfatti i seguenti criteri minimi di delimitazione:

- esistenza di un mandato di prestazione esplicito secondo l'elenco degli ospedali in un altro campo;
- determinazione trasparente e separata dei costi e delle prestazioni.

L'individuazione della prestazione erogata si effettua tramite il centro di prestazione indicato sulla fattura (cfr. Allegato III alla Statistica degli ospedali: attribuzione dei centri di prestazione ai tipi di attività)¹⁰.

Viene effettuata la seguente attribuzione.

Prestazione erogata	Centro di prestazione
Somatica acuta	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M960, M970, M990
Casa per partorienti	M300
Psichiatria	M500
Riabilitazione	M950 ¹¹
Cure palliative	M100

Per le prestazioni della riabilitazione precoce o della paraplegiologia che vengono fatturate in base a SwissDRG, devono essere usati i centri di prestazione della somatica acuta.

⁹ [Cifre chiave degli ospedali svizzeri \(admin.ch\)](https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ks.assetdetail.31205016.html)

¹⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ks.assetdetail.31205016.html>

¹¹ Il codice M950 comprende tutte le forme di riabilitazione e quindi anche la riabilitazione pediatrica e geriatrica.

Regola per l'attribuzione del centro di prestazione

Per la determinazione del centro di prestazione è determinante il luogo di degenza del paziente (ubicazione del letto del reparto di cura).

L'attribuzione della prestazione erogata alla tariffa da applicare si effettua in modo analogo alla prestazione principale.

2.3 Rimunerazione di un paziente che, secondo l'indicazione medica, non necessita di cure e assistenza né di riabilitazione medica in ospedale ("paziente in attesa")

Non appare necessaria una regolamentazione separata della remunerazione in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha. In linea di principio le pretese di un ospedale o di una casa per partorienti sono tacitate con la remunerazione in conformità a SwissDRG, TARPSY o ST Reha.

La degenza di un paziente che, secondo l'indicazione medica, non necessita di cure e assistenza né di riabilitazione medica in ospedale è fatturata ai sensi dell'art. 49 cpv. 4 o dell'art. 50 LaMal.

Gli assicuratori e i cantoni possono prevedere dei meccanismi di controllo al fine di assicurare il rispetto dell'art. 49 cpv. 4 LaMal.

3 Regole di fatturazione per SwissDRG, TARPSY e ST Reha

Principio fondamentale: Un ospedale con più sedi è considerato come un ospedale unico. I trasferimenti fra le varie sedi di uno stesso ospedale non sono considerati come trasferimenti. Il caso va considerato come se il paziente fosse stato trattato senza trasferimento.

3.1 Raggruppamenti di casi

Principio fondamentale: ogni riammissione è considerata come un nuovo caso, a meno che non sia applicabile un'eccezione.

Le situazioni citate nei capitoli 4.2 (SwissDRG), 5.1 (TARPSY) e 6.1 (ST Reha) comportano che i diversi ricoveri ospedalieri vengano raggruppati insieme nell'ospedale in questione, effettuando un nuovo raggruppamento in un gruppo di casi. Le diagnosi e i trattamenti dei casi raggruppati vanno codificati intanto come se l'intero trattamento avesse avuto luogo durante una sola degenza. Va sommata la durata delle singole degenze dei casi raggruppati. Il calcolo di eventuali giorni di congedo avviene solo dopo che è stato attuato il raggruppamento dei casi.

Non si effettua nessun raggruppamento di casi distribuiti su più anni.

Non si effettua nessun raggruppamento di casi distribuiti su più ospedali.

3.2 Trasferimenti¹²

3.2.1 Trasferimenti interni

In caso di riammissione in seguito a ritrasferimento da un reparto dello stesso ospedale che non rientri nello stesso campo di applicazione, le regole di raggruppamento dei casi si applicano in base al capitolo 3.1.

3.3 Prestazioni ambulatoriali esterne

Se un paziente viene trasferito in un altro ospedale unicamente per ricevere prestazioni ambulatoriali e poi viene ritrasferito, nell'ospedale A per tale paziente sarà registrato un solo caso e le prestazioni fornite dall'ospedale B saranno fatturate all'ospedale A (= prestazione esterna da parte di un altro fornitore di prestazioni durante un ricovero).

Le prestazioni ambulatoriali esterne includono tutte le prestazioni AOMS fornite da un fornitore di prestazioni secondo la LAMal. Una regolamentazione analoga è applicabile per tutti gli assicuratori sociali secondo AINF, AI e AM.

L'ospedale A integra i trattamenti esterni che gli vengono fatturati nel dossier ospedaliero del paziente. Il trattamento dell'ospedale B è integrato nella codifica delle diagnosi e delle procedure dell'ospedale A¹³. Successivamente l'ospedale A fattura ai sostenitori dei costi il corrispondente importo forfettario.

¹² Vedi capitoli 4.3 (SwissDRG), 5.2 (TARPSY) e (6.1 ST Reha)

¹³ Per evitare qualsiasi incongruenza al momento dei conteggi, conviene contrassegnare le prestazioni esterne al momento della codifica.

Eccezione TARPSY e ST Reha:

La fatturazione separata e aggiuntiva di prestazioni mediche durante il trattamento ospedaliero in base alla TARPSY e alla ST Reha è possibile conformemente agli accordi nazionali corrispondenti tra le associazioni di partner tariffari.

Eccezione case per partorienti:

Nel caso di una catena di trasferimenti casa per partorienti – ospedale acuto – casa per partorienti con prestazione ambulatoriale in ospedale, l'ospedale emette la propria fattura direttamente all'assicuratore malattia competente. Il trattamento ambulatoriale in ospedale acuto non confluisce nella codifica della diagnosi e delle procedure della casa per partorienti.

Non sono ammesse ulteriori eccezioni.

3.4 Trasporti secondari

I trasporti secondari vengono presi in carico dall'ospedale che ha richiesto il trasferimento e vengono remunerati nell'ambito del caso ospedaliero. L'ospedale che trasferisce il caso è considerato allo stesso modo dell'ospedale che effettua il rtrasferimento. Questa regola non vale per i trasporti ordinati da terzi.

3.5 Modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera

L'ospedale emette una fattura che comprende un solo forfait, indipendentemente dal tipo di modifica del motivo del ricovero¹⁴.

Il forfait da fatturare viene determinato, come nel caso di un normale ricovero, in base alle direttive dell'UST.

Se un paziente ricoverato per malattia subisce un infortunio o se un paziente ricoverato per infortunio si ammala, si applica l'articolo 64 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). La questione relativa a chi paga che cosa va definita mediante un accordo fra gli assicuratori.

A tale proposito vanno considerate le regolamentazioni sullo splitting di fatture secondo quanto spiegato nei capitoli 3.9, 4.5 (SwissDRG), 5.4 (TARPSY) e 6.4 (ST Reha).

3.6 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione / cambio di assicurazione / cambio di residenza

Principio fondamentale

Gli importi forfettari vengono fatturati dopo la dimissione del paziente. Per i pazienti ammessi durante l'anno T che vengono dimessi solo nell'anno successivo T+N, la fattura viene

¹⁴ Viene inoltre emessa una sola fattura se inizialmente era previsto che l'assicurazione infortuni si dovesse assumere i costi e alla fine invece se ne fa carico l'assicurazione militare, o viceversa. Un cambio di categoria di assicurazione durante la degenza non comporta l'apertura di un nuovo caso.

stabilita nell'anno T+N in base alla tariffa valida nell'anno T+N¹⁵. È esclusa qualsiasi forma di fattura intermedia fino al 31.12 (si emette una sola fattura per l'intero ricovero ospedaliero). Per i casi con degenza molto prolungata, i partner tariffali possono concordare il pagamento di acconti nell'ambito del contratto tariffario.

Le remunerazioni supplementari vengono fatturate ai sostenitori dei costi sulla base della versione del sistema valida nel giorno della dimissione e unitamente all'importo forfettario del rispettivo ricovero.

Sulla fattura la data del trattamento dei codici CHOP utilizzati corrisponde alla data di fornitura della prestazione.

Nel caso di cambio di assicurazione da parte di un paziente, la fattura al momento della dimissione¹⁶ viene indirizzata all'assicuratore presso il quale il paziente era assicurato al momento del ricovero in ospedale. La suddivisione dell'importo totale della fattura fra gli assicuratori si effettua pro rata temporis (secondo i giorni di ricovero). Il numero di giorni di ricovero è calcolato secondo il capitolo 1.5 delle Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha.

In caso di cambio di residenza del paziente, ai fini della fatturazione alla dimissione fa fede la residenza al momento dell'ammissione.

Se cambia la quota parte della remunerazione secondo l'art. 49a, cpv. 2^{ter} LAMal, si considera la quota parte della remunerazione valida alla dimissione del paziente.

Eccezione

Per pazienti forensi in istituti psichiatrici con mandato di prestazione per la psichiatria forense che vengono ricoverati nell'anno T e il 31.12 dell'anno T+1 non sono ancora dimessi, l'ospedale emette all'assicuratore e al cantone di residenza una fattura annuale finale per la degenza negli anni T e T+1. Nella fattura annuale finale, il caso viene chiuso dal punto tariffario (non per SwissDRG SA e per l'Ufficio federale di statistica), vale a dire che la fattura viene emessa secondo la tariffa valida nell'anno T+1 e non viene più corretta dopo la dimissione definitiva del paziente. Se il paziente non viene dimesso dall'ospedale, questa procedura sarà ripetuta il 31.12 di ogni anno successivo. In questo caso, viene applicato il rispettivo cost-weight più basso del PCG determinato¹⁷. La fattura alla dimissione del paziente include solo il periodo di degenza del paziente nell'anno della dimissione. Ciò significa che non vi è alcuna fattura per l'intero caso. L'intero caso deve essere trasmesso a SwissDRG SA e all'Ufficio federale di statistica al momento della dimissione. Sono fatte salve correzioni dovute alla verifica da parte degli assicuratori/dei cantoni o a un adeguamento tariffario retroattivo.

¹⁵ In questo caso si applicano anche i principi di codifica fondamentali validi al momento T+N secondo il capitolo 1.2 di questo documento.

¹⁶ Per i lungodegenti nella psichiatria forense, la fatturazione viene fatta a carico dell'assicuratore e del cantone di competenza entro il 31.12, in caso di fatturazione annuale.

¹⁷ I PCG da fatturare e il cost-weight della fattura annuale finale sono determinati come segue: nella prima fase, per determinare il PCG si codifica il caso tariffario dall'1.1 al 31.12 (o fino alla dimissione effettiva) dell'anno da fatturare. Nel raggruppamento sono presi in considerazione i valori HoNOS all'inizio tariffario del caso. In una seconda fase, il cost-weight dell'ultima fase del PCG determinato in base al catalogo PCG viene moltiplicato per il numero dei giorni di trattamento (determinato in base alla formula al punto 1.5.2). Eventuali remunerazioni supplementari vengono fatturate in aggiunta. L'insieme di dati MCD viene trasmesso all'assicuratore competente insieme alla fattura.

3.7 Trattamenti ed esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero

Gli esami e i trattamenti effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero possono essere fatturati in base alla tariffa in vigore, cioè non si procede ad alcun raggruppamento di casi fra i casi ospedalieri e quelli ambulatoriali.

In linea di principio, i trattamenti e gli esami devono essere effettuati nel quadro del ricovero ospedaliero del paziente, eccetto nel caso in cui il rispetto dei criteri¹⁸ di efficacia, appropriatezza ed economicità richieda un trattamento o un esame precedente al ricovero.

Le prestazioni ambulatoriali dell'ospedale con riferimento al trattamento ospedaliero nel giorno di ammissione e di dimissione sono remunerate con il forfait ospedaliero. Il giorno di ammissione e quello di dimissione l'ospedale non è autorizzato a emettere fatture aggiuntive per tali prestazioni ambulatoriali.

3.8 Urgenze

L'ammissione in urgenza di un paziente non ha alcuna influenza sull'attribuzione di un caso a un determinato gruppo di casi.

3.9 Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali¹⁹

Fondamenti

Il coordinamento delle prestazioni tra i vari assicuratori sociali è disciplinato dalla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). L'articolo 64 cpv. 1 LPGA prevede che i costi per le cure mediche siano assunti esclusivamente da un'unica assicurazione sociale nella misura in cui le prestazioni sono prescritte dalla legge. Secondo l'articolo 64 cpv. 2 LPGA, l'assicurazione sociale competente viene determinata secondo il seguente ordine:

- a) assicurazione militare (AM)
- b) assicurazione contro gli infortuni (AINF)
- c) assicurazione per l'invalidità (AI)
- d) assicurazione contro le malattie (AMal)

L'articolo 64 cpv. 3 LPGA prevede che l'assicuratore sociale tenuto a versare prestazioni ai sensi del cpv. 2 assuma da solo e illimitatamente i costi della cura ospedaliera, anche se il danno alla salute è solo parzialmente riconducibile a un evento assicurato di cui è tenuto ad assumere la copertura.

Tuttavia, secondo l'articolo 64 cpv. 4 LPGA, ciò vale solo se questi danni della salute non possono essere curati separatamente.

Una cura separata può verificarsi in caso di interventi chirurgici elettivi o se nel periodo di trattamento è chiaramente individuabile un momento in cui l'obbligo di effettuare le prestazioni passa da un assicuratore all'altro.

¹⁸ In base all'art. 32 LAMal, le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche.

¹⁹ Vedi capitoli 4.5 (SwissDRG), 5.4 (TARPSY) e 6.4 (ST Reha)

Ciò che determina l'obbligo o la durata delle prestazioni dell'AI è la decisione del competente ufficio AI (cfr. art. 57 cpv. 1 lett. g della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità; art. 41 cpv. 1 lett. d, nonché art. 74 dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità; art. 49 LPGA).

Per stabilire se un trattamento sia interamente coperto da un'unica assicurazione sociale o se sia necessario procedere a uno splitting della fattura, viene effettuata una verifica in tre fasi.²⁰

Lo splitting della fattura avviene solo se il peso complessivo dei costi di tutte le prestazioni fornite (DRG 1) è superiore a 0,46.

Fase 1: domanda relativa all'esistenza di un unico danno alla salute all'inizio del trattamento ospedaliero (art. 64 cpv. 3 LPGA):

Domanda di verifica 1:

Si tratta di un unico danno alla salute non distinguibile, eventualmente con cause multiple?

Si può considerare che si tratti di un unico danno alla salute anche quando più cause agiscono congiuntamente. L'elemento determinante è che si tratti di **un unico disturbo**.

Esempio: una patologia della colonna vertebrale che può derivare sia da un incidente che da un processo degenerativo (malattia).

Conseguenza in caso di risposta affermativa: se la risposta a questa domanda è **affermativa**, il trattamento stazionario è a carico di un'unica assicurazione sociale. In tal caso si applica il seguente ordine (art. 64 cpv. 2 LPGA):

- a. assicurazione militare
- b. assicurazione contro gli infortuni
- c. assicurazione per l'invalidità
- d. assicurazione contro le malattie

Conseguenza in caso di risposta negativa: Se la risposta è **negativa vuol dire che sono** presenti più danni alla salute distinguibili tra loro. Il caso deve allora essere esaminato secondo la fase 2.

Definizione: danni alla salute distinguibili tra loro:

In presenza di danni alla salute distinguibili tra loro, si tratta di due o più disturbi che sussistono indipendentemente l'uno dall'altro e che non costituiscono né la conseguenza né una parte dell'altro danno alla salute.

Esempio: una polmonite virale e un vizio cardiaco congenito.

Nota: Quando i danni alla salute distinguibili vengono trattati nell'ambito di un unico trattamento terapeutico stazionario, ad esempio perché le affezioni sono localizzate nella stessa parte del corpo e, dal punto di vista medico, sarebbe inutile o addirittura irresponsabile effettuare parallelamente due interventi distinti, si tratta comunque di misure distinguibili.

In caso di incertezza sulla possibilità o meno che i danni alla salute siano distinguibili l'uno dall'altro:

In caso di incertezza sulla possibilità o meno che i danni alla salute siano distinguibili l'uno dall'altro, esistono le seguenti possibilità per chiarire la situazione:

²⁰ Le fasi 2 e 3 possono essere eseguite anche in ordine inverso.

In casi singoli:

- gli approfondimenti e gli esempi di casi attualmente in vigore riguardanti le regole di applicazione
- la consultazione tecnica con il medico curante, il medico fiduciario degli assicuratori o il servizio medico regionale (SMR). Questi forniscono consulenza alle diverse assicurazioni sociali. La decisione spetta alle assicurazioni sociali interessate.

In caso di questioni ricorrenti:

Le richieste di modifica degli approfondimenti e degli esempi di casi riguardanti le regole di applicazione devono essere indirizzate al gruppo di lavoro definizione dei casi di SwissDRG SA tramite le rispettive organizzazioni rappresentate (H+, prio.swiss, CDS, CTM e FMH).

Fase 2: domanda sulla rilevanza in termini di costi:

Domanda di verifica 2:

Un ulteriore danno alla salute distinguibile e attribuibile a un altro assicuratore sociale comporta costi aggiuntivi?

Per la semplificazione amministrativa, le organizzazioni rappresentate (H+, prio.swiss, CDS, CTM e FMH) hanno convenuto che la questione dello splitting della fattura si pone solo quando, in presenza di più danni alla salute distinguibili tra loro e attribuibili a diverse assicurazioni sociali, vi è un'incidenza sui costi.

Conseguenza in caso di risposta affermativa: se la risposta a questa domanda è affermativa, il caso deve essere esaminato ulteriormente secondo la fase 3. La valutazione giuridica volta a stabilire se sussistano più danni alla salute distinguibili e se questi possano essere trattati separatamente si basa, indipendentemente da ciò, sull'art. 64 cpv. 3 e 4 LPG.

Conseguenza in caso di risposta negativa: se la risposta a questa domanda è negativa, non viene effettuata alcun splitting della fattura. La fattura viene inviata all'assicurazione sociale competente per la diagnosi principale/il trattamento principale (quello che richiede maggiori risorse).

Definizione della rilevanza dei costi:

Si ha rilevanza in termini di costi quando il trattamento di un ulteriore danno alla salute, distinguibile e attribuibile a un'altra assicurazione sociale, comporta costi aggiuntivi che non sarebbero stati sostenuti in assenza di tale ulteriore danno alla salute distinguibile. Se non sorgono costi aggiuntivi, non sussiste rilevanza in termini di costi.

L'eventuale presenza di costi aggiuntivi può derivare dal fatto che:

- il cost weight è influenzato dall'aggiunta di un ulteriore danno alla salute distinguibile;
- il trattamento o la procedura relativi all'ulteriore danno alla salute distinguibile sono rilevanti ai fini del cost-weight;
- parametri amministrativi o rilevanti ai fini tariffari, quali la durata della degenza, il peso, le ore di ventilazione o la modalità di dimissione, sono influenzati dall'ulteriore danno alla salute sopraggiunto e incidono quindi sul cost-weight;

una procedura comporta una remunerazione supplementare.

Fase 3: domanda relativa alla possibilità di un trattamento separato in caso di insorgenza di un ulteriore danno alla salute durante il trattamento stazionario (art. 64 cpv. 4 LPG):

Domanda di verifica 3:

Durante il trattamento stazionario in corso si verifica un ulteriore danno alla salute ed è possibile un trattamento separato?

Occorre valutare la relazione reciproca tra i due o più trattamenti terapeutici.

Conseguenza in caso di risposta affermativa: Se è possibile trattare separatamente i danni alla salute distinguibili, occorre in linea di principio procedere a uno **splitting della fattura**.

Conseguenza in caso di risposta negativa: Se non è possibile effettuare un trattamento separato, l'assicurazione sociale competente per il danno alla salute oggetto della diagnosi principale o dell'intervento principale si fa carico anche dei costi relativi all'altro danno alla salute. Dal punto di vista temporale, tale assicurazione sociale è responsabile dell'assunzione dei costi aggiuntivi fintantoché viene trattato il danno alla salute di cui è competente.

I seguenti criteri sono determinanti per escludere la possibilità di un trattamento separato:

Occorre valutare la relazione reciproca tra i due o più trattamenti terapeutici. Per escludere la possibilità di un trattamento separato sono determinanti i seguenti criteri:

- se entrambi i trattamenti terapeutici devono essere effettuati immediatamente, è esclusa la possibilità di un trattamento separato.
- se entrambi i trattamenti terapeutici devono essere effettuati contemporaneamente, è esclusa la possibilità di un trattamento separato

I seguenti criteri **non** sono determinanti per escludere la possibilità di un trattamento separato:

- è presente una diagnosi principale e una secondaria
- i due trattamenti presentano differenze qualitative
- un trattamento è un prerequisito affinché l'altro possa essere effettuato.

Esempi:

- Se solo uno dei danni alla salute distinguibili richiede un trattamento, mentre l'altro comporta solo un esame diagnostico, non si ha un trattamento simultaneo di più danni alla salute.
- Se la separazione dei trattamenti è medicalmente impossibile, si ha un trattamento simultaneo.
- Se un trattamento costituisce necessariamente una preparazione immediata (cioè simultanea) o una componente del trattamento dell'altro danno alla salute, si ha un trattamento simultaneo.

In caso di incertezza sulla possibilità o meno di un trattamento separato:

In caso di incertezza sul fatto che i danni alla salute debbano essere considerati trattabili separatamente o meno, esistono le seguenti possibilità per chiarire la situazione:

In casi singoli:

- gli approfondimenti e gli esempi di casi attualmente in vigore riguardanti le regole di applicazione
- la consultazione tecnica con il medico curante, il medico fiduciario degli assicuratori o il servizio medico regionale (SMR). Questi forniscono consulenza alle diverse assicurazioni sociali. La decisione spetta alle assicurazioni sociali interessate.

In caso di questioni ricorrenti:

Le richieste di modifica degli approfondimenti e degli esempi di casi riguardanti le regole di applicazione devono essere indirizzate al gruppo di lavoro definizione dei casi di SwissDRG SA tramite le rispettive organizzazioni rappresentate (H+, prio.swiss, CDS, CTM e FMH).

Splitting della fattura:

Si procede allo splitting della fattura qualora siano soddisfatte cumulativamente le seguenti condizioni:

- Sono presenti più danni alla salute distinguibili l'uno dall'altro (fase 1)
- Tali danni alla salute distinguibili sono rilevanti ai fini dei costi (fase 2)
- Tali danni alla salute distinguibili possono essere trattati separatamente nell'ambito dello stesso ricovero ospedaliero (fase 3).

La ripartizione dei costi deve basarsi sulla quota che ciascuna assicurazione sociale dovrebbe assumere in caso di trattamento separato dei danni e la relativa quantificazione deve essere effettuata nel singolo caso sulla base delle corrispondenti indicazioni mediche.

Contestazione dello splitting:

Se una ripartizione della fattura effettuata dall'ospedale viene contestata da un assicuratore interessato, l'assicurazione sociale competente ai sensi dell'art. 70 LPGA provvede al pagamento anticipato nei confronti del fornitore di prestazioni.

Comunicazione/decisione dell'AI:

Per quanto riguarda l'obbligo di prestazione e la durata delle prestazioni dell'AI, fa fede la decisione dell'ufficio AI competente (cfr. ~~art. 57, cpv. 1, lett. g della Legge federale sull'assicurazione invalidità~~, art. 41, cpv. 1, lett. d e art. 74, lett. a dell'Ordinanza sull'assicurazione invalidità; art. 49 LPGA).²¹

Se la decisione o la comunicazione dell'AI non è valida per l'intero periodo di degenza, occorre verificare se la decisione o la comunicazione si applica retroattivamente a partire dall'inizio del trattamento.

Se la decisione o la comunicazione dell'AI si applica retroattivamente, per le prestazioni già fornite è determinante stabilire se sia stato trattato un unico danno alla salute (art. 64 cpv. 3 LPGA; nessun splitting della fattura) oppure no (si veda splitting della fattura). A questo proposito, si vedano le spiegazioni relative all'art. 64 cpv. 3 LPGA per la procedura.

²¹ Queste disposizioni si applicano esclusivamente alla fatturazione. Nell'ambito della rilevazione SpiGes, l'ospedale registra il codice relativo al caso completo, non suddiviso. Di conseguenza, sono i costi del caso completo, non suddiviso, a essere indicati e trasmessi a SwissDRG SA.

Rimunerazioni supplementari:

La decisione di procedere alla suddivisione della fattura dipende dalle domande di verifica da 1 a 3. In caso di splitting della fattura, la remunerazione supplementare viene fatturata all'assicurazione sociale tenuta a erogare la prestazione per quella specifica prestazione aggiuntiva. Se non viene effettuato uno splitting della fattura a causa della mancanza di rilevanza in termini di costi, la remunerazione supplementare viene comunque fatturata all'assicurazione sociale tenuta a fornire la prestazione per questa prestazione supplementare concreta. Se una remunerazione supplementare non rientra nell'ambito di applicazione dell'art. 64 cpv. 3 o 4 LPG, il suo conteggio è determinato dall'obbligo materiale di prestazione per la prestazione supplementare concreta.

4 Regole di fatturazione particolari per SwissDRG

4.1 Outlier (casi devianti)

Gli outlier vengono definiti in base alla differenza rispetto alla durata normale del ricovero (inlier). Per i brevidegenti (Low Outlier) e i lungodegenti (High Outlier) si applicano riduzioni o supplementi che nel catalogo dei forfait per caso sono indicati singolarmente per ogni gruppo di casi.

4.1.1 Low Outlier

Se la durata della degenza è inferiore o uguale al “primo giorno con riduzione” secondo il catalogo dei forfait per caso (colonna 6), va applicata per ogni giorno una riduzione del cost-weight. Il numero dei giorni con riduzione si calcola nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{Primo giorno con riduzione in caso di durata limite inferiore della degenza} + 1 \\ & \quad - \text{Durata della degenza} \\ & = \text{Numero di giorni con riduzione} \end{aligned}$$

4.1.2 High Outlier

Se la durata della degenza è superiore o uguale al “primo giorno con supplemento” secondo il catalogo dei forfait per caso (colonna 8), va applicato un supplemento del cost-weight per ogni giorno di degenza aggiuntivo. Il numero dei giorni con supplemento si calcola nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{Durata della degenza} + 1 \\ & \quad - \text{Primo giorno con remunerazione supplementare in caso di durata limite superiore della degenza} \\ & = \text{Numero di giorni con supplemento} \end{aligned}$$

4.2 Raggruppamento di casi

4.2.1 Riammissione nello stesso MDC²²

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale entro 18 giorni civili successivi alla dimissione²³ e se entrambi i casi rientrano nella stessa MDC i casi vengono raggruppati. Il raggruppamento dipende dalla MDC attribuita dal Grouper.

Per le riammissioni secondo questa regola, la SwissDRG SA può definire i gruppi di casi per i quali la regola concernente il raggruppamento di casi non vale (ad es. i trattamenti oncologici). Il criterio essenziale a tale proposito è la ripetizione implicita nei trattamenti/interventi.

²² Questa regola è stata concepita in modo che anche le riammissioni dovute a una complicazione derivante da un precedente trattamento ospedaliero comportino un raggruppamento. Le direttive per la codifica sono state adattate di conseguenza.

²³ “Nei 18 giorni successivi alla dimissione” indica che il periodo inizia dalla dimissione e dura fino al 18° giorno successivo compreso. Il giorno della dimissione non viene pertanto conteggiato nel periodo.

Se un ricovero ospedaliero rientra in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” (colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso), tale caso non viene raggruppato con altri casi, salvo nell’eventualità di un ritrasferimento in una casa per partorienti (capitolo 4.2.2).

4.2.2 Ritrasferimento

Se un caso viene riammesso entro 18 giorni civili²⁴ in seguito al ritrasferimento da un altro ospedale che rientra nel campo di applicazione delle presenti regole di fatturazione, i casi devono essere raggruppati con la stessa MDC. Sono applicabili le stesse riduzioni per trasferimento previste dalla regolamentazione di cui al capitolo “Trasferimento”. La regola è applicabile anche nel caso vi siano più di due ospedali coinvolti (il raggruppamento dei casi si effettua ad esempio anche se il ritrasferimento non viene effettuato dallo stesso ospedale nel quale il paziente era stato inizialmente trasferito).

4.2.3 Raggruppamenti di casi combinati

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuti si procede analogamente (secondo il capitolo 4.2.1 o 4.2.2), eseguendo un raggruppamento di casi per tutti i ricoveri entro i 18 giorni successivi alla prima dimissione o al primo trasferimento. Il periodo da considerare ha inizio sempre con il primo caso che ha determinato il raggruppamento di casi.

4.3 Trasferimento

Lo scopo delle riduzioni per trasferimento è che le remunerazioni per un paziente che viene trattato in più istituzioni ospedali che rientrano nel campo di applicazione delle presenti regole di fatturazione non sia complessivamente superiore alla remunerazione per il trattamento in un’unica istituzione ospedale.

4.3.1 Regola per le riduzioni per trasferimento

In caso di trasferimento²⁵, l’ospedale coinvolto fattura il forfait per caso che risulta dal suo trattamento. Tanto l’ospedale che trasferisce quanto l’ospedale che accetta il caso sono soggetti a una riduzione se la durata del ricovero di più di un giorno del paziente nell’ospedale coinvolto è inferiore alla durata media di degenza DMD (arrotondata a un giorno intero), del gruppo di casi fatturato conformemente al catalogo dei forfait per caso. La riduzione si calcola in base al tasso di riduzione giornaliero (stabilito per ciascun gruppo di casi e riportato nel catalogo dei forfait per caso), moltiplicato per il numero di giorni per i quali bisogna procedere a una riduzione (vedi documentazione del Grouper).

²⁴ “Entro 18 giorni civili” significa: il periodo inizia con il trasferimento e dura fino al 18° giorno civile successivo al trasferimento compreso. Il giorno del trasferimento non viene pertanto conteggiato nel periodo.

²⁵ Se viene effettuato un trasferimento da un ospedale estero (non rientrante nel campo di applicazione di SwissDRG) a un ospedale che rientra nel campo di applicazione di SwissDRG, ai fini della fatturazione il caso va indicato come ammissione e non come trasferimento (non si effettua alcuna riduzione per trasferimento). L’ospedale che accetta il caso codifica il luogo di degenza prima dell’ammissione con “8 = altro”.

Nei seguenti casi non si applica la regola concernente le riduzioni per trasferimento:

a) Forfait per caso di trasferimento

- ⇒ L'ospedale che riceve il caso non procede ad alcuna riduzione per trasferimento se il trattamento è classificato in un cosiddetto "forfait per caso di trasferimento" (colonna 11 del catalogo dei forfait per caso). Questa regola vale sia per l'ospedale che trasferisce il caso che per quello che lo riceve.
- ⇒ In questo caso viene applicata normalmente la regolamentazione di riduzioni e supplementi per outlier secondo il capitolo 4.1.

b) Trasferimento entro 24 ore

- ⇒ *L'ospedale che riceve il caso* non procede ad alcuna riduzione per trasferimento se il ricovero nell'ospedale che trasferisce il caso è durato meno di 24 ore. In questo caso viene applicata normalmente la regolamentazione di riduzioni e supplementi per outlier secondo il capitolo 4.1.
- ⇒ Questa regola non vale se l'ospedale poi trasferisce a sua volta il paziente a un'altra struttura. In questo caso viene applicata normalmente la riduzione per trasferimento.
- ⇒ *L'ospedale che effettua il trasferimento* è soggetto alla normale regolamentazione delle riduzioni per trasferimento.

Osservazioni sulla regola concernente le riduzioni per trasferimento

Se successivamente viene effettuato un ritrasferimento, si applica normalmente la regolamentazione relativa al raggruppamento di casi conformemente al capitolo 4.2.

Si tratta in ogni caso di un trasferimento se un caso è ammesso in un ospedale B lo stesso giorno o quello successivo alla dimissione dall'ospedale A e per entrambi gli ospedali si applicano le regole di riduzione per trasferimento.

Le riduzioni per low outlier e per trasferimento non sono cumulabili. In tutti i casi in cui si applica la riduzione per trasferimento non si utilizza una riduzione per low outlier, anche se la durata della degenza del paziente è inferiore alla durata minima di degenza secondo il catalogo dei forfait per caso.

4.3.2 Trasferimento da una casa per partorienti a un ospedale acuto

Le riduzioni per i trasferimenti si applicano normalmente.

4.4 Neonati

Ogni neonato (che sia malato o sano) è considerato come un caso a parte e fatturato in conformità a un particolare forfait per caso.

In caso di neonato sano²⁶ si fattura all'ente assicuratore della madre, mentre in caso di neonato malato, si fattura all'ente assicuratore del neonato.

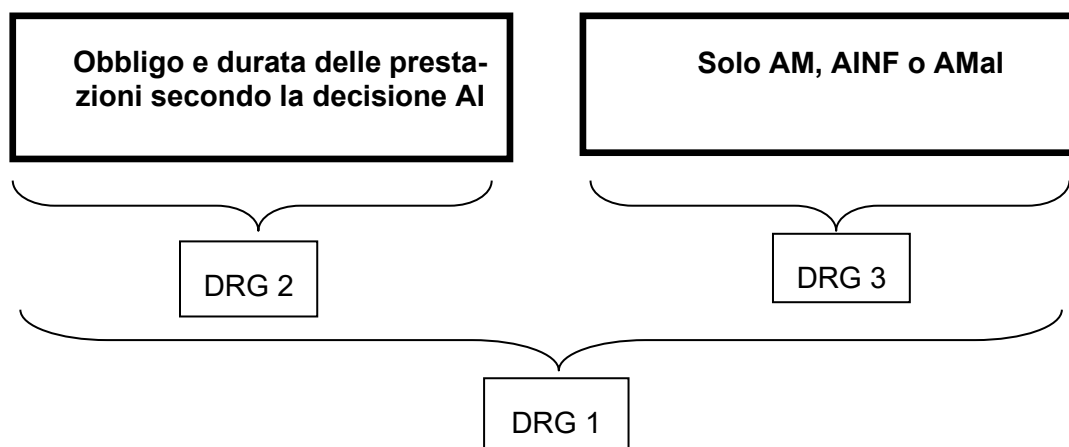
Ai fini della fatturazione, i neonati nei DRG P66D e P67D sono considerati come sani se la nascita del neonato è remunerata con questi DRG.

²⁶ I DRG P66D e P67D contengono i neonati sani.

4.5 Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali

4.5.1 Suddivisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI

Se vi è una decisione di un ufficio AI e si tratta di almeno due danni alla salute distinguibili che possono essere trattati separatamente nell'ambito della stessa degenza ospedaliera, e se entrambi i danni alla salute trattabili separatamente o i trattamenti separabili incidono sui costi, l'ospedale effettua una suddivisione della fattura secondo il seguente schema (condizione: $\text{cost-weight } 2 < \text{cost-weight } 1$; altrimenti nessuna fatturazione separata):



Ai fini della codifica del DRG 2, si considera che siano state fornite solo le prestazioni dell'AI, mentre ai fini della determinazione del DRG 3 si considera che siano state fornite solo le prestazioni delle assicurazioni AMaI/AINF/AM.

Ai fini della fatturazione le durate della degenza sono. Se si tratta di danni alla salute di durata limitata, i periodi di degenza vengono indicati in giorni interi:

- ora della dimissione per il calcolo del DRG 2: ore 23:59 del giorno x
- ora dell'ammissione per il calcolo del DRG 3: ore 00:00 del giorno x + 1

In questo caso, la somma delle durate di degenza nei DRG 2 e 3 corrisponde alla durata di degenza nel DRG 1.

Di norma, tuttavia, i danni alla salute non sono delimitabili nel tempo. In questo caso, per la determinazione dei DRG 2 e 3 viene presa in considerazione una durata di degenza realisticamente prevedibile dal punto di vista medico. Possono quindi verificarsi sovrapposizioni nelle durate di degenza, ovvero la somma delle durate di degenza dei DRG 2 e 3 può essere superiore o inferiore alla durata di degenza del DRG 1.

Determinazione della remunerazione (cfr. figura precedente):

- 1) DRG effettivamente computabile per l'intero caso: DRG 1 con cost-weight 1 (cw1);
- 2) DRG per il trattamento AI: DRG 2 con cost-weight 2 (cw2);
- 3) DRG per il trattamento coperto da altri assicuratori: DRG 3 con cost-weight 3 (cw3).

L'ospedale fattura il DRG 1 ("DRG totale") nel modo seguente:

- 1) una fattura va all'Al, il cui ammontare corrisponde al quoziente $cw2/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base; Due fatture relative al trattamento che rientra nell'ambito delle prestazioni dell'assicurazione invalidità e che devono essere a carico di quest'ultima:
 - a) L'assicurazione invalidità si fa carico della quota $cw2/(cw2 + cw3)$ del DRG 1, moltiplicata per il suo prezzo di base secondo la ripartizione dei costi applicabile ai sensi dell'art. 14bis, cpv.1, LAI.
 - b) Il Cantone si fa carico, di conseguenza, della quota $cw2/(cw2 + cw3)$ del DRG 1, moltiplicata per il prezzo di base dell'assicurazione invalidità, secondo la chiave di ripartizione dei costi applicabile ai sensi dell'art. 14bis cpv.1 LAI.
- 2a) due fatture per il resto dei costi di degenza per il trattamento, che rientra nell'ambito delle prestazioni che deve assumersi l'altro assicuratore sociale se si tratta di un assicuratore malattia:
 - a) l'assicuratore malattia si assume l'importo pari al quoziente $cw3/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base, secondo la ripartizione delle spese regolata dal nuovo finanziamento ospedaliero attuale;²⁷
 - b) il Cantone si assume di conseguenza l'importo pari al quoziente $cw3/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base dell'assicuratore malattia, secondo la ripartizione delle spese regolata dal nuovo finanziamento ospedaliero attuale;
- 2b) una fattura per il resto dei costi di degenza per il trattamento, che rientra nell'ambito delle prestazioni che deve assumersi l'altro assicuratore sociale se si tratta di un assicuratore infortuni o dell'assicurazione militare: l'AINF/AM si assume l'importo pari al quoziente $cw3/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base.

Anche Le remunerazioni supplementari vengono addebitate all'assicurazione sociale tenuta a sostenerle. Qualora l'obbligo di prestazione ricada su più assicurazioni sociali, le remunerazioni supplementari vengono suddivise tra i sostenitori dei costi ed erogate secondo le regole di ripartizione (1) e (2) vengono suddivise tra i sostenitori dei costi ed erogate secondo le regole di ripartizione (1) e (2).

4.5.2 Suddivisione della fattura tra AMal e AINF/AM

L'obbligo di remunerare le prestazioni concerne primariamente l'AM o l'AINF (cfr. ordine sancito dall'art. 64 cpv. 2 LPGa). In questa costellazione di casi, l'AMal è tenuta ad assumersi i costi che eccedono il trattamento dell'AM/AINF. Il presupposto è che il caso AM/AINF non venga prolungato a seguito del trattamento della patologia della AMal.

L'ospedale codifica l'intero caso (DRG del caso completo) e il caso AINF/AM (DRG AINF/AM) e fattura all'AINF/AM.

1) Se il cost weight del DRG AM/AINF è pari a quello del caso completo, tutti i costi secondo l'art. 64 cpv. 3 LPGa sono a carico dell'AM/AINF.

²⁷ Ripartizione dei costi fatte salve le disposizioni transitorie della LAMal del 21 dicembre 2007, cpv. 5. Le remunerazioni speciali descritte negli allegati del Catalogo degli importi forfettari per caso vanno conformemente ripartite.

2) Se il cost weight del DRG AM/AINF è inferiore a quello del caso completo, Se sono soddisfatte le condizioni per lo splitting della fattura, l'ospedale effettua uno splitting della fattura sulla base dei dati dell'AINF/AM analogamente a quanto previsto al capitolo 4.5.1.

5 Regole di fatturazione particolari per TARPSY

5.1 Raggruppamenti di casi

5.1.1 Riammissione o ritrasferimento

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale nei 18 giorni successivi alla dimissione²⁸, i casi vengono raggruppati. Nella misura in cui ci si basa sull'HoNOS/CA per la determinazione del grado di gravità, ai fini dei raggruppamenti di casi sono rilevanti gli assessment all'ammissione per il primo ricovero.

5.1.2 Raggruppamenti di casi combinati

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuto si procede analogamente (secondo il punto 5.1.1), eseguendo un raggruppamento di casi per tutti i ricoveri entro i 18 giorni successivi alla prima dimissione o al primo trasferimento. Il periodo da considerare ha inizio sempre con il primo caso che ha determinato il raggruppamento di casi.

5.1.3 Deroga forense

Tra cliniche o reparti forensi e cliniche o reparti non forensi non vengono effettuati raggruppamenti di casi. I casi vengono fatturati separatamente.

5.2 Regola per le riduzioni per trasferimento

La TARPSY non prevede riduzioni per trasferimento.

5.3 Disposizioni transitorie

Un caso con data di ammissione precedente alla data di introduzione della TARPSY non viene chiuso alla fine dell'anno precedente e viene riaperto il 1° gennaio. Il conteggio si effettua per l'intera durata della degenza al momento della dimissione successiva all'introduzione della TARPSY. La fatturazione da parte dell'ospedale tiene conto di tutti i conteggi intermedi e gli acconti pagati.

²⁸ "Nei 18 giorni successivi alla dimissione" indica che il periodo inizia dalla dimissione e dura fino al 18° giorno successivo compreso. Il giorno della dimissione non viene pertanto conteggiato nel periodo.

5.4 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori dei costi siano obbligati a erogare prestazioni

5.4.1 Suddivisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI

Se vi è una decisione di un ufficio AI e si tratta di almeno due danni alla salute distinguibili che possono essere trattati separatamente nell'ambito della stessa degenza ospedaliera, e se entrambi i danni alla salute trattabili separatamente o i trattamenti separabili incidono sui costi, l'ospedale effettua una suddivisione della fattura pro rata temporis. Il cost-weight rilevante ai fini della fatturazione risulta dal numero di giorni di cura fatturabili dell'intero caso. L'ospedale fattura all'AI il numero di giorni di cura fatturabili secondo la decisione dell'AI e all'altro assicuratore sociale la differenza risultante dal numero complessivo di giorni di cura fatturabili e di giorni di cura a carico della AI. Se l'altro assicuratore sociale è un assicuratore malattia, l'ospedale emette due fatture sia per il caso AI che per il caso AMal secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero attuale (AMal art. 49a), rispettivamente ai sensi dell'art. 14bis, cpv. 2, LAI, all'attenzione dell'assicurazione invalidità, dell'assicuratore malattia e del Cantone. Ai fini della fatturazione l'ospedale considera il prezzo base del rispettivo assicuratore sociale.

Anche le remunerazioni supplementari vengono ripartite pro rata temporis sui sostenitori dei costi ed erogate di conseguenza.

In presenza di una decisione dell'AI le prestazioni devono essere suddivise tra i sostenitori dei costi.

Le remunerazioni supplementari vengono addebitate all'assicurazione sociale tenuta a sostenerle. Qualora l'obbligo di prestazione ricada su più assicurazioni sociali, le remunerazioni supplementari vengono suddivise tra i sostenitori dei costi ed erogate secondo le regole di ripartizione (1) e (2).

Ai fini del calcolo dei giorni di degenza, i giorni di congedo vengono conteggiati presso l'assicuratore che, in quel momento, era tenuto a farsi carico delle spese di degenza.

5.4.2 Suddivisione della fattura tra AMal e AINF/AM

L'ospedale codifica l'intero caso (caso completo TARPSY) e il caso AINF/AM (PCG AINF/AM) e invia la fattura all'AINF/AM.

L'obbligo di remunerare le prestazioni concerne primariamente l'AM o l'AINF (cfr. ordine sancito dall'art. 64 cpv. 2 LPGA). Se le condizioni per una suddivisione della fattura secondo l'art. 64 LPGA sono soddisfatte, l'assicuratore malattia è tenuto ad accollarsi i costi che eccedono il trattamento AINF/AM, sulla base dei dati forniti dall' AINF/AM, l'ospedale effettua la suddivisione della fattura pro rata temporis, come previsto dal capitolo 5.4.1.

Per i costi che eccedono il trattamento AINF/AM l'ospedale emette due fatture sulla base dei dati dell'AINF/AM secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero tra assicuratori malattia e cantoni.

6 Regole di fatturazione particolari per ST Reha

6.1 Raggruppamenti di casi

6.1.1 Riammissione o ritrasferimento

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale nei 18 giorni successivi alla dimissione²⁹, i casi vengono raggruppati. Ai fini dei raggruppamenti di casi sono rilevanti gli assessments all'ammissione per il primo ricovero.

6.1.2 Raggruppamento di casi combinati

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuto si procede analogamente (secondo il punto 6.1.1), eseguendo un raggruppamento di casi per tutti i ricoveri entro i 18 giorni successivi alla prima dimissione o al primo trasferimento. Il periodo da considerare ha inizio sempre con il primo caso che ha determinato il raggruppamento di casi.

6.2 Regola per le riduzioni per trasferimento

La ST Reha non prevede riduzioni per trasferimento.

6.3 Disposizioni transitorie

Un caso con data di ammissione precedente alla data di introduzione della ST Reha (1.1.2022) non viene chiuso alla fine dell'anno 2021 e viene riaperto il 1° gennaio. Il conteggio si effettua al momento della dimissione via ST Reha per l'intera durata della degenza. La fatturazione da parte dell'ospedale tiene conto di tutti i conteggi intermedi e gli acconti pagati.

²⁹ "Nei 18 giorni successivi alla dimissione" indica che il periodo inizia dalla dimissione e dura fino al 18° giorno successivo compreso. Il giorno della dimissione non viene pertanto conteggiato nel periodo.

6.4 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori dei costi siano obbligati a erogare prestazioni

6.4.1 Suddivisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI

Se vi è una decisione di un ufficio AI e si tratta di almeno due danni alla salute distinguibili che possono essere trattati separatamente nell'ambito della stessa degenza ospedaliera, e se entrambi i danni alla salute trattabili separatamente o i trattamenti separabili incidono sui costi, l'ospedale effettua una suddivisione della fattura pro rata temporis. L'ospedale effettua una suddivisione della fattura pro rata temporis. Il cost-weight rilevante ai fini della fatturazione risulta dal numero di giorni di cura fatturabili dell'intero caso. L'ospedale fattura all'AI il numero di giorni di cura fatturabili secondo la decisione dell'AI e all'altro assicuratore sociale la differenza risultante dal numero complessivo di giorni di cura fatturabili e di giorni di cura a carico della AI. Se l'altro assicuratore sociale è un assicuratore malattia, l'ospedale emette due fatture sia per il caso AI che per il caso AMal secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero attuale (AMal art. 49a), rispettivamente ai sensi dell'art. 14bis, cpv. 2, LAI, all'attenzione dell'assicurazione invalidità, dell'assicuratore malattia e del Cantone. Ai fini della fatturazione l'ospedale considera il prezzo base del rispettivo assicuratore sociale.

Anche le remunerazioni supplementari vengono ripartite pro rata temporis sui sostenitori dei costi ed erogate di conseguenza.

In presenza di una decisione dell'AI le prestazioni devono essere suddivise tra i sostenitori dei costi.

Le remunerazioni supplementari vengono addebitate all'assicurazione sociale tenuta a sostenerle. Qualora l'obbligo di prestazione ricada su più assicurazioni sociali, le remunerazioni supplementari vengono suddivise tra i sostenitori dei costi ed erogate secondo le regole di ripartizione (1) e (2).

Ai fini del calcolo dei giorni di degenza, i giorni di congedo vengono conteggiati presso l'assicuratore che, in quel momento, era tenuto a farsi carico delle spese di degenza.

6.4.2 Suddivisione della fattura tra Amal e AINF/AM

L'ospedale codifica l'intero caso (caso completo ST Reha) e il caso AINF/AM (PCG AINF/AM) e invia la fattura all'AINF/AM.

L'obbligo di remunerare le prestazioni concerne primariamente l'AM o l'AINF (cfr. ordine sancito dall'art. 64 cpv. 2 LPGa). Se le condizioni per una suddivisione della fattura secondo l'art. 64 LPGa sono soddisfatte, l'assicuratore malattia è tenuto ad accollarsi i costi che eccedono il trattamento AINF/AM. Sulla base dei dati forniti dall'AINF/AM, l'ospedale effettua la suddivisione della fattura pro rata temporis, come previsto dal capitolo 6.4.1.

Per i costi che eccedono il trattamento AINF/AM l'ospedale emette due fatture sulla base dei dati dell'AINF/AM secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero tra assicuratori malattia e cantoni.