



# **Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY**

**Versione marzo 2018**

**Valido a decorrere dal 1.1.2019**

**Versione:** Approvato dal Consiglio di amministrazione SwissDRG SA il  
12 marzo 2018

**Fa fede la versione in lingua tedesca**

## Indice

<b>1</b>	<b>PRINCIPI FONDAMENTALI E DEFINIZIONI</b> .....	<b>3</b>
1.1	Informazioni necessarie.....	3
1.2	Regole per la codifica delle diagnosi, delle procedure e del grado di gravità dei sintomi (HoNOS/CA) .....	3
1.3	Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero .....	3
1.4	Assegnazione dei casi a un PCG.....	6
1.5	Determinazione dei giorni di cura imputabili .....	7
<b>2</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI</b> .....	<b>8</b>
2.1	SwissDRG .....	8
2.2	TARPSY.....	8
2.3	Delimitazione tra le diverse strutture tariffarie ospedaliere.....	8
2.4	Rimunerazione per pazienti in cura o in attesa.....	10
<b>3</b>	<b>REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI</b> .....	<b>12</b>
3.1	Panoramica .....	12
3.2	Raggruppamenti di casi .....	12
3.3	Trasferimenti.....	13
3.4	Modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera.....	14
3.5	Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione .....	14
3.6	Trattamenti ed esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero .....	15
3.7	Urgenze .....	15
3.8	Disposizioni transitorie .....	15
3.9	Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori di costi siano obbligati a erogare prestazioni.....	15

# 1 Principi fondamentali e definizioni

Questo documento definisce:

- ⇒ le norme fondamentali per l'applicazione della TARPSY (capitolo 1)
- ⇒ il campo di applicazione della TARPSY (capitolo 2)
- ⇒ le regole di fatturazione dei casi secondo la TARPSY (capitolo 3)

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 un rimborso tramite la TARPSY, è necessario disporre della Statistica medica dell'Ufficio Federale di Statistica (UST). Tali dati vengono rilevati di routine per ciascun caso trattato negli ospedali conformemente alla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat) e della relativa ordinanza, nonché in base alle direttive e raccomandazioni dell'UST.

## 1.2 Regole per la codifica delle diagnosi, delle procedure e del grado di gravità dei sintomi (HoNOS/CA)

La codifica dei casi fatturati mediante la TARPSY 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.

La SwissDRG SA è tenuta a presentare le proprie richieste all'UST in vista dello sviluppo e del mantenimento della struttura tariffaria TARPSY.

## 1.3 Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero

**Principio fondamentale:** per ogni ricovero ospedaliero può essere fatturato un importo forfettario TARPSY sulla base di 1 PCG. Va prestata un'attenzione particolare alle regolamentazioni contemplate al capitolo 3.2 secondo le quali, a determinate condizioni, più ricoveri ospedalieri possono essere raggruppati in un solo caso.

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 seguente interpretazione di queste definizioni.

### Art. 3 Cura ospedaliera

Sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti:

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

### Art. 5 Cura ambulatoriale

Sono considerate ambulatoriali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 6 della legge le cure che non sono considerate ospedaliere. Sono pure considerate cure ambulatoriali le degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte.

### Spiegazione dei criteri di delimitazione

Il criterio ❶ “ $\geq 24$  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 verso/da 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 “soggiorni ripetuti in cliniche di giorno o di notte” corrisponde ad una decisione medica ed è parte integrante del piano terapeutico del paziente. I soggiorni ripetuti in psichiatria nelle cliniche di giorno e di notte e i soggiorni 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 registrato e misurato 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).

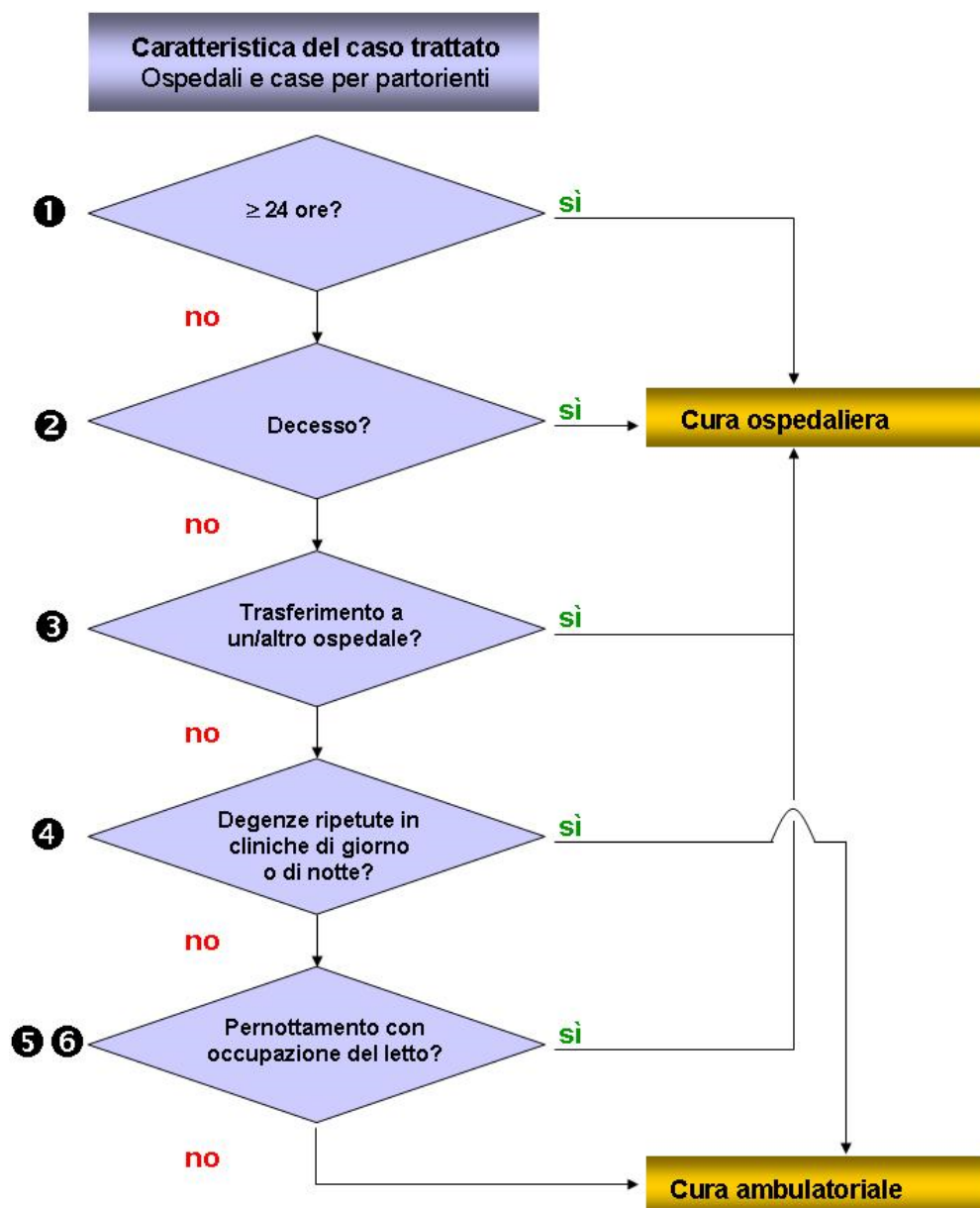
Il criterio ❻ “occupazione di un letto”:<sup>1</sup> un paziente è considerato occupante di un letto se si tratta di un letto di un reparto di cura. I letti dei reparti di medicina intensiva, Intermediate Care e maternità sono considerati allo stesso modo di un letto di un reparto di cura. Il trattamento di pazienti che utilizzano unicamente il pronto soccorso, il laboratorio del sonno o la sala parto (sia di notte che di giorno) sono considerati come ambulatoriali.

---

<sup>1</sup> Si tratta della definizione generale nell'ambito somatico acuto.

I criteri ⑤ “notte” e ⑥ “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.

Figura 1 Diagramma



## 1.4 Assegnazione dei casi a un PCG

### Età del paziente

Per l'attribuzione del caso a un gruppo diagnostico viene considerata l'età al giorno dell'entrata 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 PCG.

### Obbligo di rimborso

Sulla base del raggruppamento dei casi in un PCG 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). La TARPSY non è un catalogo delle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione malattie obbligatoria.

### Rimunerazioni supplementari

Oltre a un forfait TARPSY, 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 SwissDRG in vigore nell'anno del conteggio, purché nella codifica confluisca il codice CHOP/ATC secondo le basi di codifica.

## 1.5 Determinazione dei giorni di cura imputabili

Il numero dei giorni di cura imputabili<sup>2</sup> si determina secondo la seguente formula:

*Casi senza trasferimento*

**Numero di giorni di cura = Data di uscita ./ Data di entrata ./ Giorni di congedo + 1**

*Casi con trasferimento<sup>3</sup>*

**Numero di giorni di cura = Data di uscita ./ Data di entrata ./ Giorni di congedo**

Come giorni di cura imputabili si considerano pertanto il giorno dell'ammissione<sup>4</sup> 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.

Definizione di congedo<sup>5</sup>: si tratta di un congedo amministrativo quando un paziente lascia l'ospedale per più di 24 ore<sup>6</sup> (>24:00h) permanendo la prenotazione di un letto (per vacanza o come prova di reintegrazione nella vita quotidiana in psichiatria). La durata totale dei congedi per un caso si calcola sommando le ore dei singoli congedi<sup>7</sup>.

Il numero di giorni da dedurre dalla durata della degenza si ottiene dalla somma delle ore di congedo divisa per 24, con arrotondamento.

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

---

<sup>2</sup> Il calcolo del numero di giorni di cura si differenzia dal calcolo della durata della degenza secondo l'UST.

<sup>3</sup> Questa definizione comprende tutti i casi che alla variabile UST 1.5.V03 "Destinazione dopo l'uscita" presentano le varianti 4 (clinica psichiatrica), 5 (clinica di riabilitazione) 55 (reparto/clinica di riabilitazione, stesso stabilimento), 6 (altro stabilimento ospedaliero) o 66 (reparto/ospedale acuto, stesso stabilimento).

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Corrisponde alla variabile 1.3.V04 della Statistica medica degli ospedali.

<sup>6</sup> Esempio: se il paziente lascia l'ospedale per 24 ore e 2 minuti, l'assenza vale come congedo.

<sup>7</sup> 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 di calcolo, per il calcolo della durata della degenza verranno dedotti 2 giorni di congedo.

## 2 Campo di applicazione e delimitazioni

### 2.1 SwissDRG

#### a) Principio fondamentale

Il campo di applicazione dei gruppi diagnostici 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.

### 2.2 TARPSY

#### a) Principio fondamentale

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.

#### b) Deroghe al principio fondamentale (valide fino al 31.12.2019)

Il seguente settore di fornitori di prestazioni non rientra nel campo di applicazione della TARPSY, sempre che i partner tariffali abbiano concordato unanimemente una remunerazione al di fuori della struttura tariffaria TARPSY:

- reparto indipendente specializzato in psichiatria forense

Per una remunerazione al di fuori del campo di applicazione della TARPSY devono essere soddisfatti i seguenti criteri minimi di delimitazione:

- esistenza di un mandato di prestazioni esplicito secondo la lista degli ospedali per un reparto indipendente specializzato in psichiatria forense;
- esposizione separata trasparente dei costi e delle prestazioni.

### 2.3 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

#### 2.3.1 Secondo l'elenco 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.

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

→ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della TARPSY. Le eccezioni sono regolate al punto 2.2.

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

→ I casi non rientrano nel campo di applicazione della TARPSY o della SwissDRG.

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, le eccezioni sono regolate al punto 2.1.

### 2.3.2. 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, le eccezioni sono regolate al punto 2.2	Psichiatria
Tariffa Reha concordata tra i partner tariffali	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 speciali, l'attribuzione viene stabilita sulla base dei giorni di cura secondo le cifre chiave pubblicate dall'UFSP<sup>8</sup>.

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)<sup>9</sup>.

Viene effettuata la seguente attribuzione.

Prestazione erogata	Centro di prestazione
<b>Somatica acuta</b>	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
<b>Casa per partorienti</b>	M300
<b>Psichiatria</b>	M500
<b>Riabilitazione</b>	M950 <sup>10</sup>
<b>Cure palliative</b>	M100

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.

## 2.4 Rimunerazione per pazienti in cura o in attesa

La TARPSY non contempla una remunerazione separata. In linea di principio le pretese di un ospedale psichiatrico sono tacitate con la remunerazione secondo la TARPSY.

La degenza di un paziente in cura o in attesa non viene fatturata secondo la TARPSY. Si applica invece la relativa tariffa<sup>11</sup>. In altre parole: se la degenza in ospedale si prolunga ad es. perché il paziente è

<sup>8</sup> <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html>

<sup>9</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/205849/master>

<sup>10</sup> Il codice M950 comprende tutte le forme di riabilitazione e quindi anche la riabilitazione pediatrica e geriatrica.

<sup>11</sup> LAMal: fino a quando un paziente ha bisogno, conformemente alle indicazioni mediche, di un trattamento e di cure in ambito ospedaliero ai sensi dell'art. 49 cpv. 4 della LAMal, le prestazioni saranno rimborsate secondo la TARPSY. Se tale



in attesa di un posto di lungadegenza, tale durata non può essere imputata alla degenza ospedaliera secondo la TARPSY.

Gli assicuratori e i cantoni possono prevedere dei meccanismi di controllo al fine di assicurare il rispetto di queste regole.

---

condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile una tariffa ai sensi dell'art. 50 (convenzioni con le case di cura). In questa fattispecie, il caso TARPSY è chiuso mediante dimissione amministrativa e il caso di cura viene aperto mediante ammissione amministrativa.

## 3 Regole di fatturazione particolari

### 3.1 Panoramica

In questo capitolo vengono trattati diversi casi particolari e le relative regole. Nello specifico si tratta dei seguenti casi:

- raggruppamenti di casi
- trasferimenti
- ricorso a prestazioni esterne durante la degenza
- modifiche del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera
- degenze che si estendono su due periodi di fatturazione
- trattamenti ed esami effettuati all'ospedale prima e dopo il ricovero
- urgenze
- disposizioni transitorie
- fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali

**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.

### 3.2 Raggruppamenti di casi

**Principio fondamentale:** ogni riammissione è considerata come un nuovo caso, a meno che non si applichi una delle seguenti eccezioni.

**Eccezioni:** le seguenti situazioni comportano che i diversi ricoveri ospedalieri vengano raggruppati insieme nell'ospedale in questione, effettuando un nuovo raggruppamento in un PCG<sup>12</sup>. 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.

---

<sup>12</sup> Nessun raggruppamento di casi interospedaliero.

### **3.2.1 Riammissione o ritrasferimento**

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale nei 18 giorni successivi alla dimissione<sup>13</sup>, 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.

### **3.2.2 Raggruppamenti di casi combinati**

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuto si procede analogamente (secondo il punto 3.2.1), 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.

## **3.3 Trasferimenti**

### **3.3.1 Regole per le riduzioni per trasferimento**

La TARPSY 1.0 non prevede riduzioni per trasferimento.

### **3.3.2 Trasferimenti interni**

In caso di riammissione in seguito a ritrasferimento da un reparto dello stesso ospedale che non rientri nel campo di applicazione della TARPSY, le regole di raggruppamento dei casi si applicano normalmente.

### **3.3.3 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 A<sup>14</sup>. Successivamente l'ospedale A fattura a chi si assume i costi il corrispondente importo forfettario TARPSY.

### **3.3.4 Trasporti secondari**

---

<sup>13</sup> "Nei 18 giorni successivi all'uscita" indica che il periodo inizia dall'uscita e dura fino al 18° giorno compreso successivo all'uscita. Il giorno di uscita non viene pertanto conteggiato nel periodo.

<sup>14</sup> Per evitare qualsiasi incongruenza al momento dei conteggi, conviene contrassegnare le prestazioni esterne al momento della codifica.

I trasporti secondari vengono presi in carico dall'ospedale che ha richiesto il trasferimento e vengono remunerati secondo la TARPSY. 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.

### **3.4 Modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera**

L'ospedale emette una fattura che comprende un importo forfettario TARPSY sulla base di 1 solo PCG, indipendentemente dal tipo di modifica del motivo del ricovero<sup>15</sup>.

L'importo forfettario TARPSY 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 questo proposito occorre osservare la regola sulla suddivisione della fattura conformemente al capitolo 3.9.

### **3.5 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione**

Gli importi forfettari secondo la TARPSY 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 stabilita nell'anno T+N in base alla tariffa valida nell'anno T+N<sup>16</sup>. È esclusa qualsiasi forma di fattura intermedia fino al 31.12 (si emette una sola fattura TARPSY per ogni ricovero ospedaliero). Per i casi con degenza molto prolungata, i contraenti possono concordare il pagamento di acconti nell'ambito del contratto tariffario.

Le remunerazioni supplementari sono fatturate a chi si assume i costi sulla base della versione del sistema valevole nel giorno di dimissione e unitamente all'importo forfettario TARPSY 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 dimissione viene indirizzata all'assicuratore presso il quale il paziente era assicurato al momento del ricovero in ospedale. La suddivisione della fattura fra gli assicuratori si effettua pro rata temporis (secondo i

---

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> In questo caso si applicano anche i principi di codifica fondamentali validi al momento T+N secondo il punto 1.2 di questo documento.

giorni di ricovero). Il numero di giorni di ricovero è calcolato secondo la cifra 1.5 delle Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY.

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

### **3.6 Trattamenti ed esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero**

Gli esami e i trattamenti effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero (ad es. i trattamenti in una clinica psichiatrica diurna) 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 criteri<sup>17</sup> di efficacia, appropriatezza ed economicità richieda un trattamento o un esame precedente al ricovero.

### **3.7 Urgenze**

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

### **3.8 Disposizioni transitorie**

Un caso con data di ammissione precedente alla data di introduzione della TARPSY (1.1.2018) non viene chiuso a fine 2017 e viene riaperto il 1.1.2018. 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.

### **3.9 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori di costi siano obbligati a erogare prestazioni**

#### **3.9.1 Principi fondamentali**

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)

---

<sup>17</sup> In base all'art. 32 LAMal, le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche.

d) assicurazione contro le malattie (AMal)

L'articolo 64 cpv. 3 LPGA prevede che l'assicuratore sociale tenuto a versare prestazioni ai sensi del capoverso 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.

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)<sup>18</sup>.

### **3.9.2 Suddivisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI**

Se vi è una decisione di un ufficio AI, l'ospedale effettua una divisione 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 secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero tra assicuratori malattia e cantoni. 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.

---

<sup>18</sup> Queste disposizioni valgono solo per la fatturazione. L'ospedale registra nella statistica medica la codifica dell'intero caso non suddiviso. Secondo questa procedura vengono riportati e trasmessi alla SwissDRG SA anche i costi dell'intero caso non suddiviso.





### **3.9.3 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). 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. L'ospedale effettua la suddivisione della fattura pro rata temporis.

L'ospedale codifica l'intero caso (caso completo TARPSY). Per i costi che eccedono il trattamento AINF/AM l'ospedale emette due fatture secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero tra assicuratori malattia e cantoni.