



Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG

**Versione giugno 2018
valido a decorrere dal 1.1.2019**

Stato: approvato dal Consiglio di amministrazione il 1° giugno 2018

Fa fede la versione tedesca

Indice

1	PRINCIPI DI BASE E DEFINIZIONE.....	3
1.1	Informazioni necessarie.....	3
1.2	Regole per la codifica delle diagnosi e degli interventi	3
1.3	Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero	3
1.4	Classificazione dei casi in un DRG	6
1.5	Durata della degenza.....	7
2	CAMPO DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI	8
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	12
3	REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI.....	13
3.1	Panoramica.....	13
3.2	I casi “outlier”	13
3.3	Raggruppamento di casi.....	14
3.4	Trasferimenti	16
3.5	Modifica del motivo del ricovero durante l’ospedalizzazione	18
3.6	Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione.....	18
3.7	Trattamenti ed esami pre- e post-ricovero effettuati nell’ospedale	19
3.8	Urgenze	19
3.9	Neonati.....	19
3.10	Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni	20

1 Principi di base e definizione

Questo documento definisce:

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

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

1.1 Informazioni necessarie

Per un rimborso con gli importi forfettari per caso secondo SwissDRG, è necessario disporre dei dati di statistica medica dell'Ufficio Federale di Statistica (UST). Questi dati vengono rilevati annualmente 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 e degli interventi

La codifica dei casi fatturati con il sistema tariffario SwissDRG si basa sulle direttive dell'Ufficio federale di statistica (UST) che devono essere attuate in modo uniforme in Svizzera sulla base delle classificazioni delle procedure e delle diagnosi e del libro di codifica attualmente in vigore.

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

SwissDRG SA è tenuta a presentare le sue richieste all'UFS in vista dello sviluppo e del mantenimento del sistema tariffario.

1.3 Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero

Principio: per ogni ricovero ospedaliero può essere fatturato 1 importo forfettario per caso. Va data un'attenzione speciale alle eccezioni contemplate al capitolo 3.3 secondo le quali più ricoveri ospedalieri possono essere raggruppati in un solo caso e rimborsati in base a un forfait unico.

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 in ambito sanitario si sono accordati sulle seguenti interpretazioni:

Art. 3 Cura ospedaliera

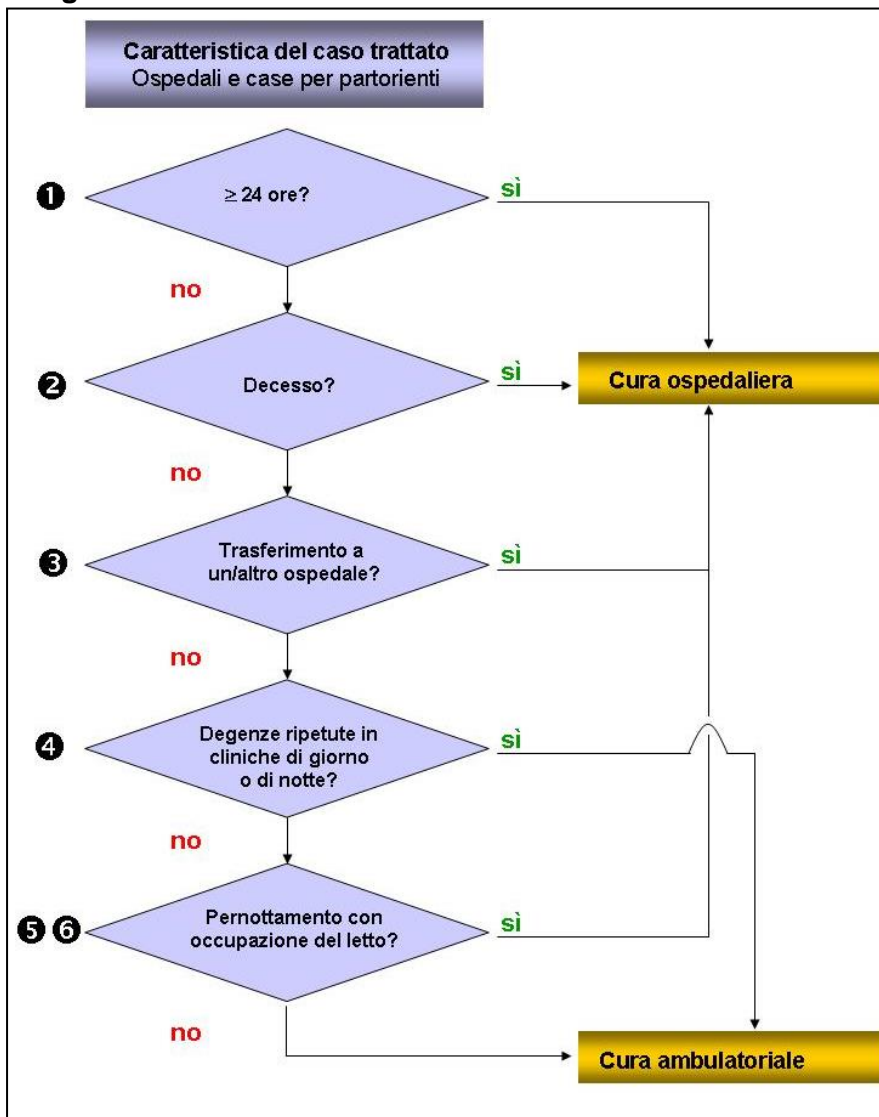
Ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge, sono considerate cure ospedaliere per esami, trattamenti e cure all'ospedale o in una casa per partorienti, i seguenti ricoveri:

- 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 capoverso 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



- **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 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 e che si integra nel piano terapeutico del paziente. I soggiorni ripetuti in psichiatria nelle cliniche di giorno e di notte, e i soggiorni ripetuti per altre prestazioni mediche e terapeutiche come per 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»: 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.

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 essere registrato e fatturato come un trattamento ospedaliero.

1.4 Classificazione dei casi in un DRG

Età del paziente

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

Sesso del paziente

Per l'attribuzione del caso va considerato il sesso secondo il codice civile al momento dell'ammissione in ospedale.

Per la fatturazione di un trattamento in caso di pazienti intersessuali ci si orienta al sesso trattato.

Forzatura manuale

Una forzatura manuale dell'attribuzione ad un gruppo diagnostico non è consentita. Solo il grouper definisce l'attribuzione del caso a un DRG.

Obbligo di rimborso

Non è possibile individuare l'obbligo di prestazione da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione malattie obbligatoria, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione di invalidità o assicurazione militare) in base all'attribuzione dei casi a un DRG e al calcolo dei contributi complementari. SwissDRG non è un catalogo delle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Case per partorienti

I trattamenti in regime di ricovero nelle case per partorienti sono soggetti al campo di applicazione di SwissDRG e 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 lattante va considerato il corrispondente DRG P60C per case per partorienti.¹

DRG non valutati

Per i DRG non valutati riportati nell'Allegato 1 del catalogo dei forfait per caso i contraenti concordano contributi individuali, nella misura in cui possano essere a carico

¹ Sono esclusi da questa regola i DRG 960Z e 961Z, che non sono fatturabili nemmeno per le case per partorienti.

dell'assicurazione malattie obbligatoria, dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione di invalidità o dell'assicurazione militare nell'ambito delle cure acute in regime di ricovero ospedaliero.

Contributi complementari

Oltre a un forfait, possono essere fatturati anche contributi complementari conformemente a quanto riportato nell'Allegato 2 (contributi complementari valutati) e 3 (contributi complementari non valutati) del catalogo dei forfait per caso, purché il codice CHOP /ATC secondo le base di codificazione del caso lo accenna.

1.5 Durata della degenza

La durata della degenza si calcola in base alla seguente formula:

Durata della degenza (in giorni) = data di uscita ./ data di entrata ./ giorni di congedo

Come giorni di degenza valgono quindi il giorno d'ammissione² e qualsiasi altra giornata d'ospedalizzazione supplementare, ad eccezione del giorno di trasferimento o di uscita dall'ospedale. I giorni interi di congedo non vengono conteggiati nella durata della degenza.

Definizione di congedo: si tratta di un congedo amministrativo quando un paziente, durante un'ospedalizzazione, lascia l'ospedale per più di 24 ore³ (>24h00). La durata totale dei congedi contabilizzati per un caso si calcola mediante la somma delle ore di congedo⁴ prese durante il ricovero in ospedale.

Il numero di giorni da dedurre dalla durata della degenza si ottengono 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 farà comunque ricorso a delle prestazioni ambulatoriali durante questo periodo, tali prestazioni saranno a carico dell'ospedale e accennano nella codifica delle diagnosi e delle procedure.

Durata della degenza in caso di trasferimento: ogni ospedale coinvolto determina la durata della degenza relativa al suo caso in base a questa formula. Nel caso di raggruppamento dei casi (per es. al momento di una riammissione in seguito a un trasferimento (ritrasferimento) o di una riammissione), la durata della degenza del caso fatturato dall'ospedale X si calcola in base alla somma delle durate di degenza dei singoli ricoveri nell'ospedale X.

² Art. 3 OCPre: per <data di ammissione = data di dimissione> vale quanto segue: se un caso viene trasferito in un altro ospedale nel giorno d'ammissione, o se il paziente muore il giorno dell'ammissione, il giorno d'ammissione verrà contabilizzato come 1 giorno.

³ Esempio: se il paziente lascia l'ospedale per 24 ore e 2 minuti, l'assenza vale come congedo.

⁴ 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 2,833 giorni (in base alla definizione, l'assenza di 8 ore non è contabilizzata). In base alla regola di calcolo, 2 giorni di congedo verranno dedotti al momento del calcolo della durata della degenza.

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 psichiatrici in ospedali psichiatrici 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 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 cantonale 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 prestazione 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'UFSP⁵.

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)⁶.

Viene effettuata la seguente attribuzione.

Prestazione erogata	Centro di prestazione ⁷
Somatica acuta	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
Casa per partorienti	M300
Psichiatria	M500
Riabilitazione	M950 ⁸
Cure palliative	M100

⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/205849/master>

⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/285568/master>

⁸ 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.

2.4 Rimunerazione per pazienti in cura o in attesa

La SwissDRG non contempla una remunerazione separata. In linea di principio le pretese di un ospedale o di una casa per partorienti sono tacitate con la remunerazione secondo la SwissDRG.

La degenza di un paziente in cura o in attesa non viene fatturata secondo la SwissDRG. Si applica invece la relativa tariffa⁹. In altre parole: se la degenza in ospedale si prolunga ad es. perché il paziente è in attesa di un posto di lungodegenza tale durata non può essere imputata alla degenza ospedaliera secondo la SwissDRG.

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

⁹ 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 SwissDRG. Se tale 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 SwissDRG 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 i casi particolari e le relative regole. Nello specifico si tratta dei seguenti casi:

- raggruppamenti di casi (riammissione, ritrasferimento)
- trasferimenti
- modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera
- ricorso a prestazioni esterne durante la degenza
- degenze che si estendono su due periodi di fatturazione
- esami effettuati all'ospedale prima e dopo il ricovero
- urgenze
- neonati

Principio: un ospedale multi-sito è considerato come un ospedale unico. I trasferimenti fra i vari siti di uno stesso ospedale non sono considerati come trasferimenti. Il caso va considerato come se il paziente fosse stato trattato senza trasferimento.

3.2 I casi “outlier”

I casi outlier sono definiti in base allo scostamento rispetto alla normale durata della degenza (inlier). Per i low-outliers e gli high-outliers si applicano riduzioni e, rispettivamente, supplementi alla tariffa. Questi vengono indicati individualmente nel catalogo dei forfait per caso per ogni gruppo di casi.

3.2.1. Low Outlier

Se la durata della degenza è inferiore o uguale al “primo giorno con riduzione” conformemente al catalogo dei forfait per caso (colonna 6), si deve praticare una riduzione sul peso dei costi. Il numero dei giorni con riduzione viene calcolato secondo la formula seguente:

$$\begin{aligned} & \text{Primo giorno con riduzione per durata di degenza limite inferiore} + 1 \\ & \text{– durata della degenza} \\ & = \text{numero di giorni con riduzione} \end{aligned}$$

3.2.2. 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), per ogni giorno di degenza aggiuntivo si può fatturare un supplemento sul peso dei costi. Il numero di giorni con supplemento viene calcolato secondo la formula seguente:

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

3.3 Raggruppamento di casi

Principio: 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 soggiorni ospedalieri vengano raggruppati insieme per ospedale coinvolto¹⁰, effettuando un nuovo raggruppamento in un forfait per caso. Le diagnosi e i trattamenti dei casi raggruppati vanno codificati intanto come se l'insieme del trattamento avesse avuto luogo durante una sola degenza. Va sommata la durata dei singoli soggiorni dei casi raggruppati. Il calcolo di eventuali giorni di congedo avviene solo dopo che è stato attuato il raggruppamento dei casi.

Nessun raggruppamento di casi inter annuali.

3.3.1 Riammissione nella stessa MDC¹¹

Se un caso è riammesso nello stesso ospedale e nella stessa MDC nei 18 giorni successivi all'uscita¹², i due casi vengono raggruppati.

Il raggruppamento di casi dipende dalla MDC attribuita dal grouper o dal manuale delle definizioni.

SwissDRG SA può definire i gruppi diagnostici (DRGs) per i quali non si applica questa regola del raggruppamento (per es. per i trattamenti oncologici). Il criterio preponderante si basa sul fatto che la ripetizione dei trattamenti/interventi è intrinseca al gruppo diagnostico SwissDRG.

¹⁰ Nessun raggruppamento di casi interospedaliero

¹¹ Questa regola è stata concepita in modo che anche le riammissioni a causa di una complicazione per un precedente trattamento ospedaliero portino a un raggruppamento di casi. Le direttive di codifica sono state adeguate di conseguenza.

¹² «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.

Se un soggiorno ospedaliero ricade in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” (colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso), questo caso non viene raggruppato con altri casi, salvo nell’eventualità di un ritrasferimento (cifra 3.3.2).

3.3.2 Ritrasferimento

Se un caso viene riammesso nella stessa MDC nei 18 giorni¹³ successivi al trasferimento in un altro ospedale, sottomesso a queste regole della fatturazione, i casi sono raggruppati. Valgono le riduzioni per trasferimento secondo la regolamentazione del capitolo “Trasferimenti”.

La regola si applica ugualmente nel caso vi siano più di due ospedali implicati (i casi sono raggruppati anche se l’ospedale che ritrasferisce il caso non è quello in cui il paziente è stato trasferito la prima volta).

3.3.3 Raggruppamenti di casi combinati

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuto si procede analogamente, eseguendo un raggruppamento di casi per tutti i ricoveri entro i 18 giorni successivi alla prima dimissione o al primo trasferimento, secondo i punti 3.3.1 e 3.3.2. Il periodo da considerare ha inizio sempre con il primo caso che ha determinato il raggruppamento di casi.

¹³ «Nei 18 giorni» significa che il periodo di tempo inizia con il trasferimento e dura fino al 18° giorno compreso successivo al trasferimento. Il giorno di trasferimento non viene pertanto conteggiato nel periodo.

3.4 Trasferimenti

Le riduzioni per i trasferimenti servono a fare in modo che l'indennizzo per un paziente trattato in più istituti non superi, che rientrano nel campo di applicazione di queste regole per la fatturazione, nel suo insieme, l'indennizzo del trattamento in un solo istituto.

3.4.1 Regolazione delle riduzioni per trasferimento

Nel caso di un trasferimento, ogni ospedale coinvolto fattura l'importo forfettario per caso che risulta dal suo trattamento.¹⁴ Tanto l'ospedale che trasferisce che l'ospedale che accetta il caso sono soggetti a una riduzione se la durata del ricovero del paziente nell'ospedale coinvolto si situa al di sotto della durata media di degenza (DMD) del gruppo diagnostico fatturato conformemente al catalogo dei forfait per caso. La riduzione si calcola in base al tasso di riduzione giornaliero (proprio di ciascun gruppo diagnostico e riportato nel catalogo dei forfait per caso), moltiplicato per il numero di giorni per i quali bisogna procedere a una riduzione (DMD ./ durata della degenza).

Nei seguenti casi non si applicano le regole di riduzione 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 «forfait per caso di trasferimento» (colonna 11 del catalogo dei forfait per caso). Questa regola vale entrambe per l'ospedale che trasferisce il caso e per quello che riceve il caso.
- ⇒ In questo caso è applicata la regolazione delle riduzioni o supplemento per outlier secondo il punto 3.2.

b) trasferimento entro 24 ore

- ⇒ *L'ospedale che riceve il caso* non procede ad alcuna riduzione per trasferimento se il soggiorno nell'ospedale che trasferisce il caso è durato *meno di 24 ore*. In questo caso è applicata la regolazione delle riduzioni o supplemento per outlier secondo il punto 3.2.
- ⇒ Se successivamente avviene un ritrasferimento, le regole di raggruppamento dei casi si applicano normalmente.

¹⁴ 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, il caso per la fatturazione va indicato come ammissione e non come trasferimento (non si concede alcuna riduzione per trasferimento). L'ospedale che accetta il caso codifica il luogo di degenza prima dell'ammissione con «8 = altro».

- ⇒ L'ospedale che trasferisce il caso è soggetto alle normali regole di riduzione per trasferimento.

Osservazioni sulla regola per le riduzioni per trasferimento

Se successivamente viene effettuato un ritrasferimento, si applica normalmente la regolamentazione relativa al raggruppamento di casi conformemente al punto 3.3.

Si tratta in ogni caso di un trasferimento se un caso è ammesso in un ospedale B lo stesso giorno o quello successivo all'uscita 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.

3.4.2 Trasferimento da una casa per partorienti a un ospedale acuto

Le riduzioni per i trasferimenti si applicano come di norma.

3.4.3 Trasferimenti interni

Le regole di raggruppamento dei casi si applicano normalmente nel caso di una riammissione in seguito a un ritrasferimento da un reparto dello stesso ospedale che non rientra nel campo di applicazione del sistema tariffario SwissDRG.

3.4.4 Prestazioni ambulatoriali esterne

Se un paziente viene trasferito in un altro ospedale (ospedale B) unicamente per ricevere prestazioni ambulatoriali, sarà registrato solo un caso nell'ospedale A 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 ambulatorie esterne includono tutte le prestazioni AOMS fornite da un fornitore di prestazioni secondo 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 sono fatturati nella documentazione del paziente. Il trattamento dell'ospedale B è integrato nella codifica delle diagnosi e delle procedure dell'ospedale A¹⁵. Successivamente viene fatturato il corrispondente importo forfettario per caso secondo SwissDRG a chi si assume i costi.

¹⁵ Per evitare qualsiasi incongruenza al momento dei conteggi, conviene contrassegnare le prestazioni esterne al momento della codifica.

Eccezione:

In caso di una serie di trasferimenti casa per partorienti – ospedale acuto – casa per partorienti con prestazione ambulatoriale in ospedale, l'ospedale presenta la fattura direttamente all'assicuratore malattia di competenza. Il trattamento ambulatoriale nell'ospedale acuto non viene considerato nella codifica delle diagnosi e delle procedure della casa per partorienti.

Non sono ammesse ulteriori eccezioni.

3.4.5 Trasporti secondari

I trasporti secondari vengono presi in carico dall'ospedale che ha richiesto il trasferimento e vengono indennizzati nel quadro degli importi forfettari secondo SwissDRG. 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 l'ospedalizzazione

L'ospedale emette una fattura che comprende un solo importo forfettario per caso secondo DRG, indipendentemente dal tipo di modifica del motivo del ricovero¹⁶.

L'importo forfettario da fatturare viene determinato, come nel caso di un normale ricovero, in base alle direttive dell'Ufficio Federale di Statistica.

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 di stabilire chi paga che cosa va concordata fra gli assicuratori.

A questo proposito occorre osservare la regola sulla suddivisione della fattura conformemente al capitolo 3.10.

3.6 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione

Gli importi forfettari secondo SwissDRG 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+N¹⁷. Si

¹⁶ Viene inoltre emessa una sola fattura se inizialmente era previsto che l'assicurazione infortuni si doveva 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.

¹⁷ In questo caso vanno considerati anche i principi di codifica fondamentali validi al momento T+N secondo il punto 1.2 di questo documento.

esclude qualsiasi forma di fattura intermedia fino al 31.12 (si emette una sola fattura SwissDRG per ricovero ospedaliero).

Per i casi con degenza molto prolungata, ma nell'ambito del contratto tariffario, i contraenti possono concordare il pagamento di acconti.

I contributi complementari sono fatturati sulla base della versione del sistema valevole nel giorno di uscita con i DRG del ricovero corrispondente a chi si assume i costi.

Sulla fattura la data del trattamento dei codici CHOP utilizzati corrisponde alla data quando la prestazione è stata fornita.

Nel caso di cambio di assicurazione da parte di un paziente, la fattura viene indirizzata, al momento dell'uscita, all'assicuratore presso il quale il paziente era assicurato al momento del ricovero in ospedale. La condivisione del finanziamento andrà concordata fra gli assicuratori pro rata temporis (secondo i giorni di ricovero). La quantità dei giorni di ricovero è calcolata secondo la cifra 1.5 delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi.

In caso di cambio di domicilio del paziente, per l'emissione della fattura si considera il domicilio al momento dell'ammissione.

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

3.7 Trattamenti ed esami pre- e post-ricovero effettuati nell'ospedale

Gli esami e i trattamenti pre e post-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.

Di principio, i trattamenti e gli esami preoperatori devono effettuarsi nel quadro del ricovero ospedaliero del paziente, eccezion fatta nel caso in cui il rispetto dei criteri definiti nell'articolo 32 LAMaI¹⁸ comporti un trattamento o un esame precedente al ricovero.

3.8 Urgenze

L'ammissione in urgenza di un paziente non ha alcuna influenza sull'attribuzione di un caso a un gruppo diagnostico specifico SwissDRG.

3.9 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.

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

In caso di neonato sano¹⁹ si fattura all'ente assicuratore della madre, mentre in caso di neonato malato, si fattura all'ente assicuratore del neonato. Per la fatturazione i neonati nei DRG P66D e P67D sono considerati come sani e si fattura all'ente assicuratore della madre, se la nascita del neonato è remunerata con questi DRG. In tutti gli altri casi i DRG P66D e P67D sono fatturati all'ente assicuratore del neonato.

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

3.10.1 Principio

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 capoverso 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 il capoverso 2 dello stesso articolo, l'assicurazione sociale competente è determinata dal seguente ordine:

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

Il capoverso 3 recita che l'assicuratore sociale obbligato a versare prestazioni a tenore 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 il capoverso 4 dell'articolo di legge, 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.

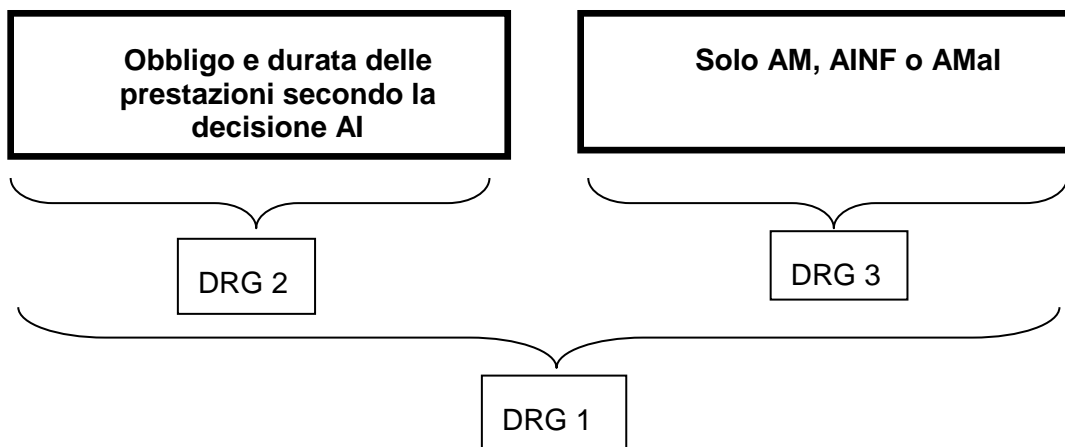
Ciò che determina l'obbligo o la durata delle prestazioni dell'AI è la decisione del competente ufficio AI (cfr. art. 57 cpv. 1 lett. C della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità; art. 41 cpv. 1 lett. d, nonché art. 74 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità; art. 49 LPGA).²⁰

3.10.2 Divisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI

¹⁹ I DRG P66D e P67D contengono i neonati sani.

²⁰ 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 a SwissDRG SA anche i costi dell'intero caso non suddiviso.

Se vi è una decisione di un ufficio AI, l'ospedale divide la fattura in base al seguente schema (condizione: $cw2 < cw1$; altrimenti la fatturazione non viene separata).



Le durate di degenze per la fatturazione sono dichiarate in giorni interi:

- Ora d'uscita per il calcolo del DRG2: 23:45 del giorno x
- Ora d'ammissione per il calcolo del DRG 3: 0:00 del giorno X +1

Determinazione della remunerazione (cfr. figura precedente):

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

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

- 1) Una fattura va all'AI, il cui ammontare corrisponde al quoziente $cw2/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base;
- 2a) Due fatture per il resto dei costi di degenza che deve assumersi l'altro assicuratore sociale, quando si tratta di un'assicurazione 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.²¹
 - b) il Cantone si assume di conseguenza l'importo pari al quoziente $cw3/(cw2 + cw3)$ del DRG 1 moltiplicato per il prezzo base dell'assicuratore malattia, secondo la ripartizione delle spese regolata dal nuovo finanziamento ospedaliero.

²¹ Ripartizione dei costi fatte salve le disposizioni transitorie della LAMal del 21 dicembre 2007, capoverso 5. Le remunerazioni speciali descritte nell'allegato del Catalogo degli importi forfettari per caso vanno conformemente ripartite.

- 2b) Una fattura per il resto dei costi di degenza che deve assumersi l'altro assicuratore sociale, quando si tratta di un'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione militare: l'AINF/AM si assume l'importo pari al quoziente $\frac{cw3}{(cw2 + cw3)}$ del DRG 1 moltiplicato per il suo prezzo base.

Anche i contributi complementari vengono suddivisi fra le unità d'imputazione dei costi e remunerati secondo le regole (1) e (2).

3.10.3 Divisione 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, l'AMal è tenuta ad assumersi i costi che superano il trattamento coperto dall'AM/AINF, a condizione che il caso AM/AINF non venga prolungato dal trattamento del disturbo coperto dall'AMal.

L'ospedale codifica l'intero caso (DRG totale) e il caso AM/AINF (DRG AM/AINF), e invia la fattura all'AM/AINF. L'ospedale fattura sempre alla AM, AI e l'assicuratore sociale competente le rimborsa interamente.

- 1) Se il peso relativo del DRG AM/AINF è identico a quello del DRG totale, a tenore dell'articolo 64 capoverso 3 LPGa gli interi costi devono essere assunti dall'AM/AINF.
- 2) Se il peso relativo del DRG AM/AINF è inferiore a quello del DRG caso intero, la fattura dell'ospedale viene annullata e l'ospedale esegue una suddivisione della fattura in base alle indicazioni di AM/AINF analogamente al capitolo 3.10.2.