



# **Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in con- formità a SwissDRG e TARPSY**

**Versione maggio 2021**

**Valida dal 01.01.2022**

**Stato:** approvato dal Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA  
il 11. giugno 2021, con modifica redazionale del 29. ottobre 2021

**Fa fede la versione tedesca**

## Sommario

<b>1</b>	<b>PRINCIPI FONDAMENTALI E DEFINIZIONI</b> .....	<b>4</b>
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
<b>2</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI</b> .....	<b>10</b>
2.1	Principi.....	10
2.2	Delimitazione tra le diverse strutture tariffarie ospedaliere .....	11
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").....	14
<b>3</b>	<b>REGOLE DI FATTURAZIONE PER SWISSDRG E TARPSY</b> .....	<b>15</b>
3.1	Raggruppamenti di casi.....	15
3.2	Trasferimenti .....	15
3.3	Prestazioni ambulatoriali esterne.....	16
3.4	Trasporti secondari.....	16
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 .....	18
3.8	Urgenze.....	18
3.9	Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali.....	19
<b>4</b>	<b>REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI PER SWISSDRG</b> .....	<b>20</b>
4.1	Outlier (casi devianti).....	20
4.2	Raggruppamento di casi.....	20
4.3	Trasferimento .....	22
4.4	Neonati.....	23
4.5	Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali.....	24
<b>5</b>	<b>REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI PER TARPSY</b> .....	<b>26</b>



---

<b>5.1</b>	<b>Raggruppamenti di casi.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2</b>	<b>Regola per le riduzioni per trasferimento.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3</b>	<b>Disposizioni transitorie.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4</b>	<b>Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali e altri sostenitori dei costi siano obbligati a erogare prestazioni.....</b>	<b>27</b>

# 1 Principi fondamentali e definizioni

Ai fini dell'applicazione delle tariffe ospedaliere SwissDRG e TARPSY, 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 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 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 e 5.1 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

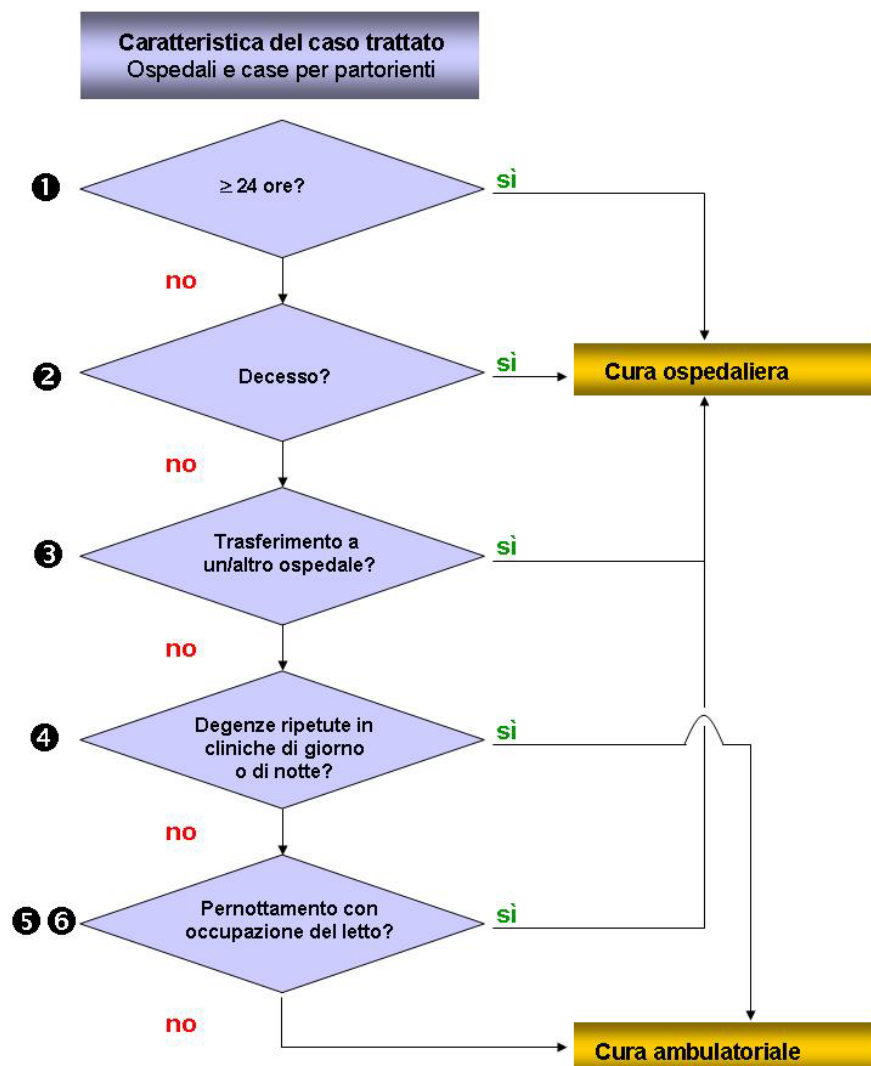
Ai sensi dell'articolo 49 cpv. 1 della legge, sono considerate cure ospedaliere per esami, trattamenti e cure all'ospedale o in una casa per partorienti, i seguenti ricoveri:

- 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 “ $\geq 24$  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 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 casi<sup>1</sup>

### Età del paziente

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

### Sesso del paziente

Per il raggruppamento fa fede il sesso civile al momento dell'ammissione in ospedale.

Per la fatturazione del trattamento nel caso di pazienti intersessuali è determinante il sesso trattato.

### 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 P60C per case per partorienti<sup>2</sup>.

### 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.

---

<sup>1</sup> Il gruppo di casi comprende DRG (Diagnosis Related Groups) e PCG (Psychiatric Cost Groups)

<sup>2</sup> 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 o 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 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 delle remunerazioni supplementari TARPSY valido nell'anno di 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'ammissione<sup>3</sup> 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

Il numero dei giorni di cura imputabili<sup>4</sup> si determina secondo la seguente formula:

*Casi senza trasferimento*

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

<sup>3</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>4</sup> Il calcolo del numero di giorni di cura si differenzia dal calcolo della durata della degenza secondo l'UST.



### *Casi con trasferimento<sup>5</sup>*

#### **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'ammissione<sup>3</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.

### **1.5.3 Definizione di congedo**

Definizione di congedo<sup>6</sup>: si tratta di un congedo amministrativo quando un paziente lascia l'ospedale per più di 24 ore<sup>7</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 e i minuti dei singoli congedi<sup>8</sup>.

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.

---

<sup>5</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 di riabilitazione/clinica di riabilitazione, stesso istituto), 6 (altro stabilimento ospedaliero) o 66 (reparto acuto / ospedale acuto, stesso istituto).

<sup>6</sup> Corrisponde alla variabile 1.3.V04 della Statistica medica degli ospedali.

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

<sup>8</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 per il calcolo della durata della degenza 2 giorni di congedo verranno dedotti.

## 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 dei gruppi di costi della riabilitazione (RCG) comprende la remunerazione di tutte le degenze ospedaliere per riabilitazione in cliniche o reparti di riabilitazione.

#### Deviazioni dal principio (validità per la versione introduttiva della ST Reha)

- **La riabilitazione precoce** non rientra nel campo di applicazione della ST Reha. La remunerazione può essere effettuata in base alla struttura tariffaria SwissDRG o a una tariffazione alternativa. La regolamentazione è di competenza dei partner tariffali direttamente interessati.

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 può essere effettuata in base alla struttura tariffaria SwissDRG o a una tariffazione alternativa. La regolamentazione è di competenza dei partner tariffali direttamente interessati.

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.

Per una tariffazione alternativa della riabilitazione precoce o della paraplegiologia devono essere contemporaneamente soddisfatti i seguenti criteri minimi di delimitazione:

- soddisfazione dei requisiti minimi in base alla Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso o 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;
- fornitura dei dati a SwissDRG SA secondo le attuali direttive di fornitura dei dati di SwissDRG SA.

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 punto 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

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.

→ 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

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

→ SwissDRG può essere applicata; le eccezioni sono regolate al punto 2.1.

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

→ SwissDRG può essere applicata; le eccezioni sono regolate al punto 2.1.

### 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

<b>Riabilitazione</b>	K221
<b>Somatica acuta, psichiatria, riabilitazione</b>	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'UFSP<sup>9</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>10</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>11</sup>
<b>Cure palliative</b>	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.

#### 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.

<sup>9</sup> [Cifre chiave degli ospedali svizzeri \(admin.ch\)](http://www.admin.ch)

<sup>10</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ks.assetdetail.285568.html>

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

### **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 e TARPSY. In linea di principio le pretese di un ospedale o di una casa per partorienti sono tacitate con la remunerazione in conformità a SwissDRG o TARPSY.

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 e TARPSY

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) e 5.1 (TARPSY) 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 Trasferimenti<sup>12</sup>

#### 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 normalmente.

---

<sup>12</sup> Vedi capitoli 4.3 (SwissDRG) e 5.2 (TARPSY)

### 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>13</sup>. Successivamente l'ospedale A fattura ai sostenitori dei costi il corrispondente importo forfettario.

La fatturazione separata e aggiuntiva di prestazioni mediche durante il trattamento ospedaliero in base alla TARPSY è possibile conformemente ad un accordo nazionale corrispondente tra le associazioni di partner tariffari. Ciò è soggetto alla firma di un accordo da parte di tutte le associazioni entro il 30 giugno 2021. Se non si raggiunge un accordo entro il pe-riodo stabilito, questa aggiunta non sarà applicata.

#### Eccezione

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 ritrasferimento. Questa regola non vale per i trasporti ordinati da terzi.

---

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



### **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 ricovero<sup>14</sup>.

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) e 5.4 (TARPSY).

### **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 stabilita nell'anno T+N in base alla tariffa valida nell'anno T+N<sup>15</sup>. 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 tariffari 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 dimissione<sup>16</sup> 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 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 e TARPSY.

---

<sup>14</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>15</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.

<sup>16</sup> 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.

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 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 determinato<sup>17</sup>. 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.

## **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 criteri<sup>18</sup> 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.

---

<sup>17</sup> 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.

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

### 3.9 Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali<sup>19</sup>

#### 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.

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>20</sup>

---

<sup>19</sup> Vedi capitoli 4.5 (SwissDRG) e 5.4 (TARPSY)

<sup>20</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 a SwissDRG SA anche i costi dell'intero caso non suddiviso.

## 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 MDC<sup>21</sup>

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale entro 18 giorni civili successivi alla dimissione<sup>22</sup> e se entrambi i casi rientrano nella stessa MDC i casi vengono raggruppati.

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> “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.

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.

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 (cifra 4.2.2).

#### **4.2.2 Ritrasferimento**

Se un caso viene riammesso entro 18 giorni civili<sup>23</sup> 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 punto 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.

---

<sup>23</sup> “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.

## 4.3 Trasferimento

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

### 4.3.1 Regola per le riduzioni per trasferimento

In caso di trasferimento, l'ospedale coinvolto fattura il forfait per caso che risulta dal suo trattamento.<sup>24</sup> Tanto l'ospedale che trasferisce quanto l'ospedale che accetta il caso sono soggetti a una riduzione se la durata del ricovero 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).

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 punto 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 punto 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.

---

<sup>24</sup> 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".

### **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 punto 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 sano<sup>25</sup> 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. Inoltre, anche i neonati e i lattanti fino al 56° giorno dopo la nascita, indipendentemente dal fatto che una codifica corretta indichi il DRG P66D o P67D, sono considerati sani ai sensi dell'art. 29, cpv. 2, lett. d) LAMal e il caso viene fatturato all'ente assicuratore della madre, a condizione che soggiornino in ospedale esclusivamente come persone accompagnatrici della madre bisognosa di cure, malata o infortunata. A partire dal 57° giorno dopo la nascita termina l'obbligo di prestazione dell'AOMS per il lattante sano<sup>26</sup> come «persona accompagnatrice». Il caso SwissDRG viene chiuso con questa data.

---

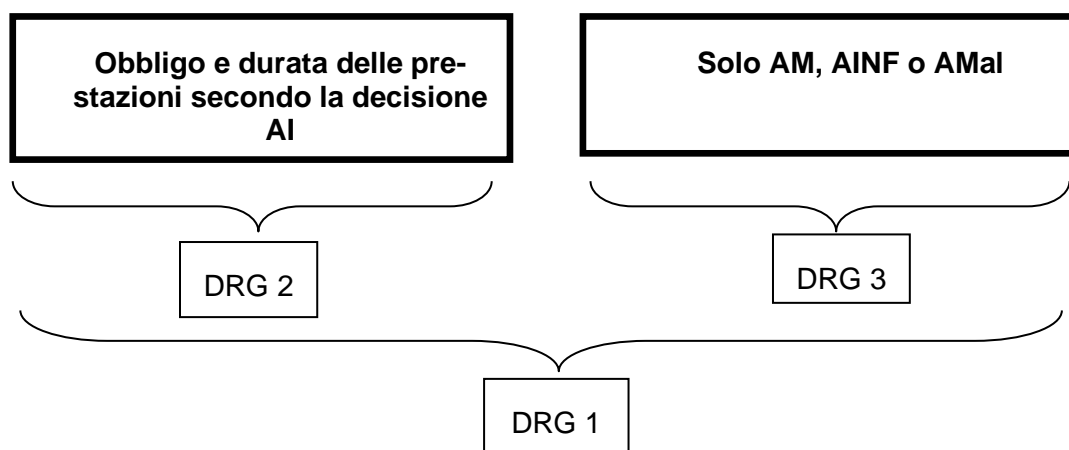
<sup>25</sup> I DRG P66D e P67D contengono i neonati sani.

<sup>26</sup> Giurisprudenza del Tribunale amministrativo del Canton Berna (decisione del 30 aprile 2001).

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

#### 4.4.1 Suddivisione di una fattura in presenza di una decisione dell'AI

Se vi è una decisione di un ufficio AI, l'ospedale effettua una suddivisione della fattura secondo il seguente schema (condizione: cost-weight 2 < cost-weight 1; altrimenti nessuna fatturazione separata).



Ai fini della fatturazione le durate della degenza sono indicate in giorni interi:

- ora della dimissione per il calcolo del DRG 2: ore 23:45 del giorno x
- ora dell'ammissione per il calcolo del DRG 3: ore 00:00 del giorno x +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'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 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;<sup>27</sup>
  - 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;
- 2b) una fattura per il resto dei costi di degenza 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 suddivise tra i sostenitori dei costi ed erogate secondo le regole di ripartizione (1) e (2).

#### 4.4.2 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 AM/AINF (DRG AM/AINF) e fattura all'AM/AINF.

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

<sup>27</sup> 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.

## 5 Regole di fatturazione particolari per TARP-SY

### 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 dimissione<sup>28</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.

#### 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.

---

<sup>28</sup> "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, 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 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.

### **5.4.2 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). 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 sulla base dei dati dell'AINF/AM secondo la ripartizione dei costi prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero tra assicuratori malattia e cantoni.