



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

**Versione del 17.05.2021**

**Valida dal 01.01.2022**

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

## Sommario

<b>1</b>	<b>PRINCIPI FONDAMENTALI E DEFINIZIONI.....</b>	<b>3</b>
1.1	Informazioni necessarie.....	3
1.2	Regole per la codifica di diagnosi e interventi .....	3
1.3	Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero .....	3
1.4	Assegnazione dei casi a un gruppo tariffario ST Reha .....	6
1.5	Durata della degenza.....	7
<b>2</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI .....</b>	<b>8</b>
2.1	Principi fondamentali .....	8
2.2	Delimitazione tra le diverse strutture tariffarie ospedaliere .....	10
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") ....	12
<b>3</b>	<b>REGOLE DI FATTURAZIONE PARTICOLARI.....</b>	<b>13</b>
3.1	Panoramica.....	13
3.2	Raggruppamenti di casi.....	13
3.3	Regola per le riduzioni per trasferimento .....	14
3.4	Trasferimenti interni.....	14
3.5	Prestazioni ambulatoriali esterne (validità per la versione introduttiva della ST Reha).....	14
3.6	Trasporti secondari.....	15
3.7	Modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera .....	15
3.8	Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione.....	15
3.9	Trattamenti ed esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero .....	16
3.10	Disposizioni transitorie.....	16
3.11	Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali.....	17

# 1 Principi fondamentali e definizioni

Questo documento definisce:

- ⇒ gli aspetti fondamentali per l'applicazione della ST Reha (capitolo 1)
- ⇒ il campo di applicazione della ST Reha (capitolo 2)
- ⇒ le regole di fatturazione dei casi in conformità alla ST Reha (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 ST Reha, 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 di diagnosi e interventi

La codifica dei casi fatturati mediante la ST Reha 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 ST Reha.

## 1.3 Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero

**Principio fondamentale:** per ogni caso ospedaliero è possibile fatturare 1 forfait ST Reha. 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 e pertanto in un solo forfait ST Reha.

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

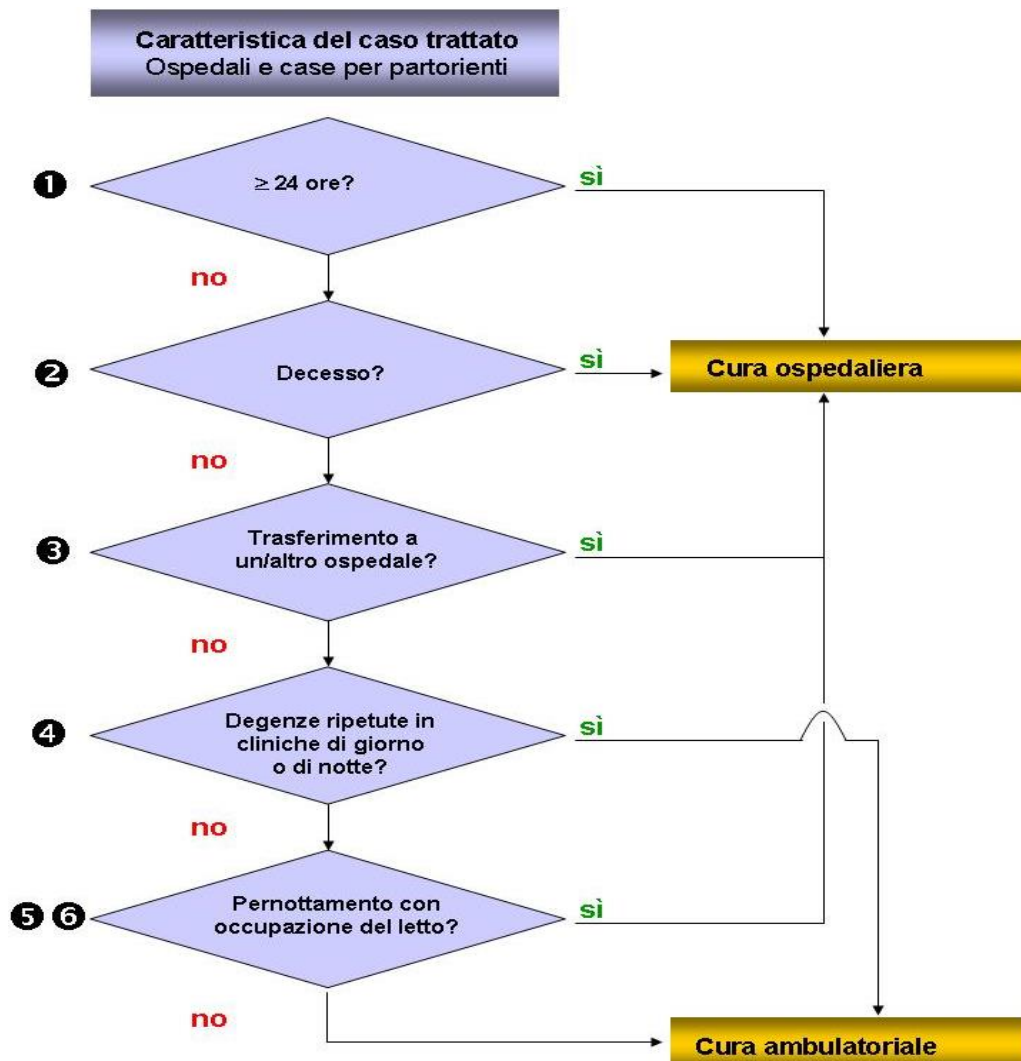
Sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti:

- 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.

#### • Diagramma di flusso



- **Spiegazione dei criteri di delimitazione**

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

Il criterio ❷ “decesso” chiarisce se il paziente è deceduto.

Il criterio ❸ “trasferimento verso/da un altro ospedale” chiarisce se il paziente è stato trasferito in un altro ospedale o se il paziente è stata trasferito 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”: 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 dei casi a un gruppo tariffario ST Reha

### 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 a un gruppo diagnostico fa fede il sesso civile al momento dell'entrata 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 Gruppo definisce l'attribuzione del caso a un gruppo tariffario ST Reha.

### Obbligo di rimborso

Sulla base del raggruppamento dei casi in un gruppo tariffario ST Reha 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 ST Reha non è un catalogo delle prestazioni obbligatorie dell'AOMS.

### Forfait ST Reha non valutato

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.

### Rimunerazioni supplementari

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

## 1.5 Durata della degenza

Il numero dei giorni di cura imputabili<sup>1</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>2</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'entrata<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.

Anche se il caso è ammesso in un ospedale B lo stesso giorno della sua dimissione dall'ospedale A si tratta di un trasferimento, che deve essere tenuto in considerazione per il conteggio della durata della degenza imputabile.

Definizione di congedo<sup>4</sup>: se un paziente, permanendo la prenotazione di un letto, lascia l'ospedale per più di 24 ore<sup>5</sup> (>24:00h), questa uscita va registrata come congedo amministrativo. La durata totale dei congedi per un caso si calcola sommando le ore e i minuti dei singoli congedi<sup>6</sup>.

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

Durante un congedo non può essere fatturata nessuna prestazione ambulatoriale alle unità finali d'imputazione. 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>1</sup> Il calcolo del numero di giorni di cura si differenzia dal calcolo della durata della degenza secondo l'UST.

<sup>2</sup> Questa definizione comprende tutti i casi che alla variabile UST 1.5.V03 "Destinazione dopo l'uscita" presentano le varianti 4 (clinica psichiatrica, altro istituto), 44 (reparto psichiatrico/clinica psichiatrica, stesso istituto), 5 (clinica di riabilitazione, altro istituto), 6 (altro stabilimento ospedaliero) o 66 (reparto acuto/ospedale acuto, stesso istituto).

<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> Corrisponde alla variabile 1.3.V04 della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri.

<sup>5</sup> Esempio: se il paziente lascia l'ospedale per 24 ore e 2 minuti, l'assenza vale come congedo.

<sup>6</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 fondamentali

#### 2.1.1 SwissDRG

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. 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.

→ Tutti i casi rientrano nel campo di applicazione della ST Reha.

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 prestazione fattura secondo la struttura tariffaria con la quale fornisce la sua prestazione principale.

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

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

Prestazione principale	Tipologia di ospedale
<b>Somatica acuta</b>	K111, K112, K121, K122, K123, K231, K233, K234
<b>Casa per partorienti</b>	K232
<b>Psichiatria</b>	K211, K212
<b>Riabilitazione</b>	K221
<b>Somatica acuta, psichiatria, riabilitazione</b>	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>7</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>8</sup>

Viene effettuata la seguente attribuzione.

<sup>7</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

<sup>8</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ks.assetdetail.285568.html>

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>9</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.

### **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")**

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

La degenza di un paziente che, secondo l'indicazione medica, non necessita di cure e assistenza né di riabilitazione medica in ospedale è regolamentata 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.

<sup>9</sup> Il codice M950 comprende tutte le forme di riabilitazione e quindi anche la riabilitazione pediatrica e geriatrica.

## 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 (riammissione, ritrasferimento)
- trasferimenti
- modifica del motivo del ricovero durante la degenza ospedaliera
- ricorso a prestazioni esterne durante la degenza
- degenze in due periodi di fatturazione
- esami effettuati in ospedale prima e dopo il ricovero in ospedale
- 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.

Le seguenti costellazioni comportano che le diverse degenze ospedaliere vengano raggruppate insieme per ospedale coinvolto, effettuando un nuovo raggruppamento in un gruppo diagnostico. A questo proposito, le diagnosi e i trattamenti dei casi raggruppati vanno codificati come se l'intero trattamento avesse avuto luogo durante una sola degenza. Vanno analogamente sommate le durate 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 alcun raggruppamento di casi distribuiti su più anni.

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

### **3.2.1 Riammissione o ritrasferimento**

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale e nello stesso RCG di base nei 18 giorni successivi alla dimissione<sup>10</sup>, i casi vengono raggruppati. Nei raggruppamenti di casi, gli assessment/strumenti di misura all'ammissione per la prima degenza sono determinanti per la registrazione.

### **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 tutte le degenze 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 Regola per le riduzioni per trasferimento**

La ST Reha non prevede riduzioni per trasferimento.

## **3.4 Trasferimenti interni**

In caso di riammissione in seguito a ritrasferimento da un reparto dello stesso ospedale che non rientri nello stesso campo di applicazione, si applicano normalmente le regole di raggruppamento dei casi conformemente al punto 3.2.

## **3.5 Prestazioni ambulatoriali esterne (validità per la versione introduttiva della ST Reha)**

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>11</sup>. Successivamente l'ospedale A fattura a chi si assume i costi il corrispondente forfait per caso ST Reha.

---

<sup>10</sup> "Nei 18 giorni successivi alla dimissione" indica che il periodo inizia dalla dimissione e dura fino al 18° giorno compreso successivo alla dimissione. Il giorno di dimissione non viene pertanto conteggiato nel periodo.

<sup>11</sup> Per evitare qualsiasi incongruenza al momento dei conteggi, conviene contrassegnare le prestazioni esterne al momento della codifica.

La fatturazione separata e aggiuntiva di prestazioni mediche durante il trattamento ospedaliero in base alla ST Reha 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 periodo stabilito, questa aggiunta non sarà applicata.

### **3.6 Trasporti secondari**

I trasporti secondari vengono presi in carico dall'ospedale che ha richiesto il trasferimento e vengono remunerati secondo i forfait ST Reha. 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.

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

L'ospedale emette una fattura che comprende un solo forfait ST Reha, indipendentemente dal tipo di modifica del motivo del ricovero<sup>12</sup>.

Il forfait ST Reha da fatturare viene determinato, come nel caso di un ricovero senza modifica del motivo dell'ospedalizzazione, 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 3.11.

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

Gli importi forfettari secondo la ST Reha 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>13</sup>. È esclusa qualsiasi forma di fattura intermedia fino al 31.12 (si emette una sola fattura ST Reha per ogni ricovero ospedaliero). Per i casi con degenza molto prolungata, i contraenti possono concordare il pagamento di acconti nell'ambito del contratto tariffario.

---

<sup>12</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>13</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.

Le remunerazioni supplementari vengono fatturate a chi si assume i costi sulla base della versione del sistema valevole nel giorno di uscita e unitamente al forfait ST Reha 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 dell'uscita 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 la cifra 1.5 delle Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha.

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

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

### **3.9 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>14</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 entrata e di uscita sono remunerate con il forfait ospedaliero. Il giorno di entrata e quello di uscita l'ospedale non è autorizzato a emettere fatture aggiuntive per tali prestazioni ambulatoriali.

### **3.10 Disposizioni transitorie**

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

---

<sup>14</sup> In base all'art. 32 LAMal, le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche.



## **3.11 Fatturazione in caso di obbligo di erogare le prestazioni di diverse assicurazioni sociali**

### **3.11.1 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 dell'art. 64 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, 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>15</sup>

### **3.11.2 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

---

<sup>15</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.



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.

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