Codice tariffario relativo a prestazioni e commissioni della Schulthess Klinik (Codice tariffario KWS)

(documento aggiornato al 1° luglio 2026)

	A. Disposizioni generali
Premessa	Sulla base della legislazione nazionale ai sensi della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), delle leggi federali sulle assicurazioni sociali LAINF/LAI/LAM e della legge sugli ospedali del Canton Zurigo, la Schulthess Klinik emana il presente codice tariffario. Quella presente ne è la seconda versione.
Campo di applicazione	§ 1 [1] Il codice tariffario disciplina la fatturazione delle prestazioni della Schulthess Klinik per il trattamento medico, la cura e l'assistenza dei pazienti di qualsiasi provenienza e per tutti i settori specialistici. [2] La Schulthess Klinik (KWS) può stipulare con assicuratori malattia riconosciuti dalla Confederazione e altre compagnie di assicurazione, nonché con altri terzi contratti speciali che si discostano dal presente codice tariffario.
Pazienti	§ 2 [1] Ai sensi del presente codice tariffario, sono pazienti le persone sottoposte a trattamento presso la KWS. [2] Per trattamento si intendono tutte le misure mediche, infermieristiche e assistenziali attuate a fini di esame, trattamento e terapia.
Gruppi di pazienti	§ 3 [1] I pazienti possono essere distinti in base al loro domicilio civile (luogo di tassazione) come segue: a. Pazienti sono persone con domicilio civile nel Canton Zurigo o che possono richiedere sostegno economico ai sensi della legge sull'assistenza sociale; b. Pazienti sono persone con domicilio civile in altri cantoni. A queste persone sono equiparate persone provenienti dall'UE/AELS nei limiti stabiliti dall'art. 95a LAMal. L'equiparazione avviene solo per le prestazioni previste dalla suddetta disposizione e solo nella misura in cui queste rientrino nel campo di applicazione del presente codice tariffario; c. Pazienti stranieri sono persone con domicilio civile all'estero che non rientrano in quanto esposto alla lettera b, frase 2 (provenienti da aree non UE/AELS). [2] Fa fede il domicilio civile registrato all'inizio del trattamento ambulatoriale o della degenza ospedaliera.

	B. Categorie di prestazioni
Tipo di trattamento	§ 4 [1] Il trattamento dei pazienti ha luogo a livello ambulatoriale o stazionario. La distinzione si basa fondamentalmente sulla regolamentazione vigente per le tariffe dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. [2] Per delimitare i casi di trattamento stazionario e trattamento ambulatoriale si applica l'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), approvata dal Consiglio federale. È considerato paziente stazionario: a) chi resta in degenza per più di 24 ore; b) chi rimane in ospedale per meno di 24 ore ma oltre la mezzanotte (ore 00:00) occupando un letto durante la notte; c) chi decede in ospedale; d) chi viene trasferito in un altro ospedale. Gli altri pazienti sono considerati pazienti ambulatoriali.
Trattamento ambulatoriale	§ 5 In caso di trattamento ambulatoriale, KWS fornisce prestazioni secondo gli standard dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Trattamento stazionario a. reparto comune	§ 6 1 Per gli assicurati in reparto comune, KWS fornisce prestazioni secondo gli standard dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. [2] Nella classe degli assicurati in reparto comune, è l'infrastruttura messa a disposizione a determinare la tempistica e il decorso del trattamento nell'ambito di quanto prescritto dalla legislazione sanitaria e relativa ai pazienti. In particolare, i pazienti non hanno diritto alla scelta del medico e della camera.

b. reparto semiprivato e privato	§ 7 [1] Per il trattamento in reparto semiprivato e privato, la KWS offre ai pazienti prestazioni supplementari per il vitto e l'alloggio, per il trattamento o in ambito amministrativo. [2] I pazienti con classe di ricovero semiprivata hanno generalmente diritto a: a. ricovero in camera doppia; b. trattamento da parte del medico quadro competente (medico dirigente, eventualmente primario o altro medico specialista con relativa autorizzazione). [3] I pazienti sottoposti a un trattamento in reparto privato hanno in genere diritto a: a. ricovero in camera singola; b. trattamento da parte del medico quadro competente (primario o medico dirigente o sostituto con relativa autorizzazione). [4] Differenziazione tra trattamento semiprivato e privato in base all'opuscolo «Le nostre prestazioni».
Prestazioni ulteriori	§ 8 In ambito di assistenza ambulatoriale e stazionaria possono essere offerte ulteriori prestazioni.

	C. Definizione delle tariffe
Trattamento ambulatoriale	§ 9 [1] Per i trattamenti ambulatoriali, KWS fattura le sue prestazioni in base ai seguenti regolamenti: a. Tardoc/forfait ambulatoriale, per le prestazioni ivi definite, altri regolamenti approvati dal Consiglio federale, in particolare quelli per la fisioterapia e l'ergoterapia; b. analisi e farmaci, mezzi e apparecchi. [2] Si applicano i punti tariffari e i loro valori vigenti in ambito di assicurazione malattia, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione per l'invalidità e assicurazione militare. [3] Per trattamenti su pazienti svizzeri e stranieri ai sensi del § 3 cpv. 1 lett. b e c, sulle tariffe possono essere applicati supplementi secondo i principi dell'economia di mercato. [4] Per pazienti stranieri ai sensi del § 3 cpv. 1 lett. c, viene richiesto un pagamento anticipato da effettuare su un conto della Schulthess Klinik al massimo con cinque giorni lavorativi di anticipo.

Trattamento stazionario	§ 10 [1] Per i trattamenti stazionari vengono di regola fatturati degli importi forfettari. Si applicano le regole e disposizioni amministrative della SwissDRG SA nonché i prezzi e gli importi forfettari concordati in base ai contratti stipulati con gli assicuratori. [2] Per trattamenti i cui costi si discostano sostanzialmente dai costi medi per caso, si possono fatturare interamente o in parte prestazioni singole secondo le regole e i principi di cui al § 8 oppure definire speciali importi forfettari. [3] Per prestazioni non obbligatorie e per persone senza domicilio civile in Svizzera e senza copertura assicurativa nei limiti previsti dal diritto svizzero, è possibile redigere preventivi di spesa. In questi casi viene richiesto un pagamento anticipato pari al preventivo da effettuare con massimo cinque giorni lavorativi di anticipo su un conto della Schulthess Klinik. Si applicano rispettivamente il codice tariffario, le regole di fatturazione e i prezzi dell'anno civile in cui è avvenuta la dimissione.
Pazienti paganti in proprio e prestazioni non obbligatorie	§ 11 [1] I pazienti domiciliati al di fuori del Canton Zurigo che possono esibire solo una copertura assicurativa per il cantone in cui hanno domicilio civile, di regola, devono sostenere interamente di tasca propria gli importi di differenza rispetto alle tariffe del cantone di domicilio. [2] Le prestazioni per le quali non esistono tariffe riconosciute che non siano considerate prestazione obbligatoria ai sensi della LAMal, LAI, LAINF, LAM né regolamentate in modo specifico nel presente codice tariffario vengono fatturate ai prezzi di mercato. Ciò vale anche per prestazioni supplementari e aggiuntive richieste individualmente a tutti i pazienti, nonché per trattamenti programmati di pazienti con domicilio all'estero. [3] In assenza di tariffe o in caso di paganti in proprio, l'ospedale redige su richiesta un preventivo di spesa per i trattamenti programmati. L'importo della fattura a fine degenza/soggiorno può differire dal preventivo. [4] Se la copertura dei costi non era stata chiarita prima o se non era noto che la copertura assicurativa del paziente era insufficiente, il rischio dei costi è interamente a carico del paziente. [5] Nuove prestazioni necessitano dell'approvazione della direzione ospedaliera.

Prestazioni fatturate separatamente	§ 12 A condizione che nei contratti stipulati con gli assicuratori non sia stato stabilito diversamente, fuori tariffa, al paziente vengono fatturate separatamente le seguenti prestazioni: a. trasporti non indicati dal punto di vista medico; b. medicamenti, mezzi e apparecchi consegnati per farne uso dopo la dimissione; c. prestazioni aggiuntive richieste individualmente per comfort, servizi alberghieri e libera scelta del medico; d. servizi di interpretariato esterni; e. perizie mediche e rapporti per soggetti esterni; f. spese convenute per esigenze personali; g. costi per danni materiali; h. spese connesse con decesso.
Gruppi di pazienti particolari / Rooming-in	§ 13 [1] KWS riscuote gli importi tariffari a copertura dei costi per le persone che accompagnano pazienti. [2] Il rooming-in per bambini che abbiano compiuto l'undicesimo anno di età è possibile a condizione che lo spazio a disposizione lo consenta. [3] Un accompagnatore è possibile solo se il/la paziente dispone di una copertura assicurativa privata o si avvale di un upgrade e lo spazio a disposizione lo consente.
Upgrade	§ 14 [1]L'upgrade avviene su richiesta. [2] Al momento del trasferimento di un/una paziente al reparto privato, KWS fattura le tariffe valide per questa categoria di prestazioni generalmente a partire dal giorno del ricovero. [3] Un cambio di classe durante la degenza è possibile solo per l'intera durata della stessa.
Appuntamenti mancati	§ 15 [1] KWS fattura gli appuntamenti mancati in ambito ambulatoriale se il/la paziente non ha disdetto con almeno 24 ore di anticipo. [2] Viene messo in conto un importo forfettario + eventuali medicamenti e materiali appositamente preparati per il trattamento. [3] In caso di mancato appuntamento per un'operazione, KWS si riserva il diritto di fatturare le prestazioni fornite (ad es. team che partecipa all'intervento operatorio, l'infrastruttura allestita, ecc.).

D. Tariffe

Prezzo di base DRG (prezzo base dell'assicurazione obbligatoria)

§ 16

[1] Prestazioni stazionarie in ospedale che rientrano nelle prestazioni obbligatorie nell'ambito delle assicurazioni sociali previste dal diritto federale ai sensi della LAMal/LAINF/LAI/LAM vengono fatturate in base alle tariffe concordate con gli assicuratori o stabilite dall'autorità competente.

Tariffe stazionarie assicuratori LAMal in CHF Assicuratore estero secondo accordi/contratti in CHF				
Prezzo di base ospedale per trattamento acuto, caso normale e interventi programmati				
2026	HSK	tarifsuisse	CSS	UE/AELS
	10'050.00	10'050.00	10'050.00	*su richiesta

Tariffe stazionarie assicurazione sociale federale, con contratto LAINF, LAI, LAM in CHF			
Prezzo di base ospedale per trattamento acuto, tutti i casi/casi non menzionati = senza contratto, possibile solo con garanzia dell'assunzione delle spese			
2026	LAINF	LAM	LAI
	10'099	10'099	10'099

[2] Per le prestazioni fornite al di fuori delle menzionate assicurazioni sociali previste dal diritto federale fa fede il preventivo di spesa allestito. Ciò vale in particolare per gli pazienti ai sensi del § 3 cpv. 1 lett. c.

[3] Nei casi di cui al punto 2, la fattura viene inviata direttamente alla persona sottoposta a trattamento.

Tariffe del reparto semiprivato e privato

Per le assicurazioni con contratto LCA si applicano le tariffe concordate.
Per tutte le altre senza contratto si applica il seguente codice tariffario:

Codice tariffario in CHF (pazienti con domicilio civile in Svizzera)		
	Semiprivato	Privato
Prestazioni aggiuntive per servizi alberghieri e ospedalieri (a notte)	700.00	1'000.00
Prestazioni aggiuntive in ambito medico (prezzo di base)	6'000.00	9'000.00

UE/AELS in CHF (pazienti con domicilio civile nell'area UE/AELS)	
	Privato
	*su richiesta

Estero in CHF (pazienti con domicilio civile in un'area non UE/AELS)	
	Privato
	*su richiesta

Upgrade	Classe di ricovero in CHF*	
		Paganti in proprio
	Upgrade a reparto privato per pazienti con assicurazione comune	*Upgrade su richiesta
	Upgrade a reparto privato per pazienti con assicurazione semiprivata	*Upgrade su richiesta

Tariffe per prestazioni ambulatoriali e servizi vari

Tariffe ambulatoriali assicuratori LAMal in CHF Assicuratore estero secondo accordi/contratti in CHF			
	HSK	tarifsuisse	CSS
Tardoc/forfait ambulatoriale	0.93	0.91	0.93
Fisioterapia	1.11	1.11	1.11
Ergoterapia	1.10	1.10	1.10
Laboratorio	1.00	1.00	1.00

Tariffe ambulatoriali assicurazione sociale federale LAINF, LAI, LAM	CHF
Tardoc/forfait ambulatoriale	0.96
Fisioterapia	1.00
Ergoterapia	1.10
Laboratorio	1.00

Tariffe ambulatoriali per paganti in proprio Svizzera	CHF
Spese mediche secondo Tardoc/forfait ambulatoriale, per punto tariffario	0.93
Fisioterapia, per punto tariffario	1.11
Ergoterapia, per punto tariffario	1.10
Laboratorio, per punto tariffario	1.00

Tariffe ambulatoriali per UE/AELS ed estero	CHF
Spese mediche secondo Tardoc/forfait ambulatoriale, per punto tariffario	*su richiesta
Fisioterapia, per punto tariffario	*su richiesta
Ergoterapia, per punto tariffario	*su richiesta
Laboratorio, per punto tariffario	*su richiesta

Appuntamenti ambulatoriali mancati	CHF
Fisioterapia	100.00
L'aver mancato appuntamenti ambulatoriali può comportare l'applicazione di una commissione da pagare.	a consuntivo

E. Disposizioni varie

Contratti tariffari

§ 17

[1] La clinica può stipulare con assicuratori, autorità e altri garanti tariffari contratti nei quali ci si discosta dal presente codice tariffario.

[2] I contratti necessitano dell'approvazione della direzione ospedaliera.

Entrata in vigore

§ 18

Il presente codice tariffario entra in vigore il 1° gennaio 2026.