

Convenzione quadro

tra

**gli assicuratori secondo la Legge federale
sull'assicurazione contro gli infortuni,
rappresentati dalla
Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM),**

l'Ufficio federale dell'assicurazione militare (UFAM),

**l'Assicurazione invalidità (AI),
rappresentata
dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)**

detti in seguito **assicuratori**

e

H+ Gli Ospedali Svizzeri

detta in seguito **H+**

In caso di dubbio ha valore la versione tedesca.

Art. 1 Preambolo

¹ Nel quadro della revisione totale del Catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO), gli assicuratori e gli ospedali hanno elaborato per l'insieme della Svizzera una struttura tariffaria uniforme TARMED che sostituisce la struttura tariffaria del CPO.

² La presente convenzione ha per oggetto l'introduzione e l'applicazione della struttura tariffaria TARMED nonché delle modalità uniformi di retribuzione degli ospedali da parte degli assicuratori.

³ Sono considerati elementi integranti della Convenzione:

- a) la struttura tariffaria TARMED convenuta dalle parti contraenti, versione 1.1r del 19.11.2002
- b) l'accordo sul valore del punto
- c) l'accordo sulla stabilizzazione dei costi per caso
- d) l'accordo sul riconoscimento delle unità funzionali
- e) l'accordo sul riconoscimento dei valori intrinseci
- f) l'accordo sui contributi dei non membri
- g) l'accordo sull'indicazione di diagnosi e codici diagnostici
- h) l'accordo sulla commissione paritetica di fiducia TARMED (CPF)
- i) l'accordo sulle sanzioni
- j) l'accordo sul trasferimento elettronico dei dati

⁴ Questa convenzione e i relativi accordi regolano le relazioni tra le parti contraenti e sostituiscono l'insieme delle precedenti convenzioni e i loro annessi.

Art. 2 Campo d'applicazione

¹ La presente convenzione regola la rimunerazione delle prestazioni secondo TARMED in virtù dell'articolo 56 cpv. 1 LAINF e dell'OAINF, dell'articolo 26 cpv. 1 LAM e dell'OAM nonché dell'articolo 27 cpv. 1 LAI e dell'OAI nei campi ambulatorio e stazionario di un ospedale, nella misura in cui si fattura con singole prestazioni.

² Questa convenzione si applica a tutti gli ospedali che beneficiano di un permesso d'esercizio conformemente al diritto cantonale, che soddisfano le condizioni legali secondo gli articoli 53 LAINF, 22 LAM e 26^{bis} LAI e hanno aderito alla presente convenzione.

³ La presente convenzione è applicabile a tutte le persone che sono assicurate ai sensi della LAINF, della LAM o della LAI, oppure che nel quadro di accordi internazionali hanno diritto a un rimborso dei trattamenti secondo questa tariffa.

⁴ Sono considerate ambulatoriali le misure diagnostiche e terapeutiche che non eccedono le 24 ore.

⁵ Questa convenzione vale per l'insieme del territorio svizzero.

⁶ Se una questione non è regolata in modo esaustivo nella presente convenzione, H+ e gli assicuratori possono convenire disposizioni complementari.

Art. 3 Adesione alla convenzione

¹ Ogni ospedale può aderire alla presente convenzione mediante dichiarazione scritta indirizzata a H+, nella misura in cui soddisfa le esigenze dell'articolo 2 cpv. 2.

² H+ tiene un elenco degli ospedali che hanno aderito (membri e non membri di H+).

³ H+ mette a disposizione degli assicuratori l'elenco degli ospedali che hanno aderito e li informa ogni trimestre sulle mutazioni.

Art. 4 Recesso dalla convenzione

Un ospedale può recedere dalla convenzione per il 30 giugno o il 31 dicembre di ogni anno, rispettando un termine di disdetta di sei mesi. La dimissione deve essere inoltrata per iscritto a H+.

Art. 5 Non membri di H+

¹ Gli ospedali non membri di H+ che tuttavia soddisfano le condizioni secondo l'articolo 2 cpv. 2 possono aderire alla convenzione. L'adesione implica il pieno riconoscimento della convenzione e dei relativi accordi.

² I non membri devono pagare una tassa d'adesione e un contributo annuo alle spese. Le modalità sono regolate nell'accordo sui contributi dei non membri di H+, parte integrante della presente convenzione.

³ La presente convenzione diventa effettiva dopo il pagamento della tassa d'adesione. L'appartenenza a questa convenzione cade se il contributo annuo alle spese non è pagato entro 30 giorni dal ricevimento del secondo richiamo.

⁴ Gli ospedali non membri di H+ possono recedere dalla convenzione per il 30 giugno o il 31 dicembre di ogni anno, rispettando un termine di disdetta di sei mesi. La dimissione deve essere inoltrata per iscritto a H+.

⁵ Sull'elenco dei suoi membri, H+ indica separatamente i non membri che hanno aderito alla convenzione.

⁶ H+ informa trimestralmente gli assicuratori in merito alle mutazioni.

Art. 6 Obblighi degli assicuratori

¹ Gli assicuratori si impegnano, per quanto le disposizioni legali lo permettano, ad affidare i loro pazienti solo agli ospedali che hanno aderito alla convenzione.

² Gli assicuratori si impegnano a non concedere condizioni deroganti alla presente convenzione tariffaria agli ospedali autorizzati a praticare in Svizzera, ma che non dichiarano di aderire alla convenzione.

Art. 7 Valori intrinseci e riconoscimento di unità funzionali scelte

¹ Le parti contraenti definiscono in accordi separate i criteri per il riconoscimento delle unità funzionali e dei valori intrinseci per quanto concerne l'ospedale.

² Tutti gli ospedali assoggettati a questa convenzione (membri e non membri di H+) devono soddisfare i criteri di riconoscimento e di valore intrinseco definiti in comune dalle parti contraenti. Il rispetto dei criteri è determinante per il diritto di fatturare degli ospedali.

³ Per identificare un fornitore di prestazioni quanto ai suoi valori intrinseci e al riconoscimento delle sue unità funzionali si ricorre al codice EAN.

⁴ La banca dati dei valori intrinseci della FMH e il concetto di messa in atto negli ospedali determinano il diritto degli ospedali e dei loro medici a fatturare secondo i valori intrinseci.

⁵ H+ consolida i dati verificati per il riconoscimento delle unità funzionali per ospedale e trasmette trimestralmente agli assicuratori un aggiornamento della banca dati. Per la registrazione nella banca dati e per le mutazioni H+ preleva una tassa presso gli ospedali che hanno aderito alla convenzione.

⁶ La CPF verifica ogni anno o in caso di necessità il rispetto dell'accordo sul riconoscimento delle unità funzionali e dell'accordo sul riconoscimento dei valori intrinseci.

Art. 8 Sanzioni in caso di violazione della convenzione

Le sanzioni in caso di violazioni della convenzione sono regolate nell'accordo sulle sanzioni.

Art. 9 Fatturazione e rimunerazione

¹ L'assicuratore (tiers payant) è il debitore della rimunerazione delle prestazioni fatturate secondo TARMED.

² Il valore del punto viene fissato sul piano svizzero in un accordo separato.

³ L'ospedale emette la fattura una volta concluso il trattamento. La fattura deve contenere almeno i seguenti dati:

- a) nome, indirizzo e codice EAN dell'ospedale
- b) nome, indirizzo, data di nascita e numero d'assicurazione del paziente
- c) motivo del trattamento (malattia, infortunio, maternità, infermità congenita)
- d) calendario delle prestazioni
- e) posizioni della tariffa, n. e designazione
- f) punti, valori del punto
- g) diagnosi secondo il codice diagnostico da convenire
- h) data della fattura
- i) durata e grado dell'incapacità al lavoro, nella misura in cui è prescritta da un medico ospedaliero.

⁴ La fatturazione avverrà in forma elettronica per tutti i partecipanti al più tardi dopo una fase transitoria di due anni.

⁵ Gli assicuratori si impegnano a pagare le fatture entro 30 giorni, nella misura in cui esistono i documenti necessari e l'obbligo di pagamento è dato. Se il termine di pagamento non può essere rispettato, all'ospedale va comunicato il motivo del ritardo.

⁶ Le parti contraenti definiscono un modulo di fatturazione uniforme al più tardi tre mesi prima dell'introduzione della tariffa.

Art. 10 Trasferimento elettronico dei dati

Le parti contraenti promuovono il trasferimento elettronico dei dati. Le modalità sono regolate nell'accordo sul trasferimento elettronico dei dati.

Art. 11 Protezione dei dati

Nel quadro della presente convenzione si deve tener conto delle disposizioni figuranti nella Legge sulla protezione dei dati (LPD), nella LPGA, nella LAINF, nella LAM e nella LAI nonché nelle ordinanze corrispondenti.

Art. 12 Garanzia della qualità

¹ Gli ospedali che hanno aderito alla convenzione si impegnano a partecipare alle misure convenute per garantire e controllare la qualità in materia di valori intrinseci e di riconoscimento di unità funzionali scelte.

² Le altre misure concernenti i requisiti specifici di qualità e i criteri EAE (efficacia, adeguatezza, economicità) sono regolate in una convenzione quadro.

Art. 13 Commissione paritetica di fiducia TARMED (CPF)

Le parti contraenti istituiscono una Commissione paritetica di fiducia TARMED (CPF). Le modalità sono regolate nell'accordo sulla Commissione paritetica di fiducia. Questa giudica le controversie in virtù dell'articolo 14 e prende sanzioni in forza dell'articolo 8 della convenzione.

Art. 14 Controversie

¹ Le controversie tra le parti contraenti risultanti dalla presente convenzione o dagli accordi e che non possono essere regolate tra le parti, nonché le controversie con gli ospedali che hanno aderito alla convenzione, sono trattate dalla Commissione paritetica di fiducia.

² Se non si perviene a un accordo, l'ulteriore procedura è retta dagli articoli 57 LAINF e 27 LAM.

³ In caso di controversie tra H+ e AI o tra fornitori di prestazioni e AI, l'articolo 57 LAINF è applicabile per analogia nei limiti dell'articolo 27 cpv. 2 LAI. Se un tribunale arbitrale cantonale si dichiara incompetente, le parti contraenti nominano il tribunale arbitrale e ne regolano la procedura secondo i principi dell'articolo 57 LAINF.

⁴ In caso di controversie tra le parti contraenti, il foro competente è Berna.

Art. 15 Stabilizzazione dei costi per caso

- ¹ Le parti contraenti convengono che l'introduzione della struttura tariffaria TARMED non può provocare un aumento dei costi complessivi medi per singolo caso per tutte le prestazioni fatturate secondo TARMED nel quadro dell'AINF, dell'AM e dell'AI.
- ² Le parti contraenti regolano i dettagli nell'accordo sulla la stabilizzazione dei costi per caso TARMED.
- ³ La stabilizzazione dei costi per caso dura al massimo 12 o 18 mesi. Dopo di che la stabilizzazione dei costi per caso sarà definitivamente soppressa. In seguito saranno determinanti gli altri accordi a tale riguardo.

Art. 16 Regolamentazione transitoria

- ¹ Per i trattamenti in corso, al momento dell'introduzione della nuova convenzione va allestita una fattura intermedia secondo la vecchia tariffa. Dalla data d'introduzione, la nuova convenzione vale quale base per la fatturazione.
- ² Tutti gli ospedali devono aderire alla presente convenzione con dichiarazione scritta indirizzata a H+ entro 30 giorni dalla pubblicazione negli organi dell'associazione. La convenzione è ritenuta pubblicata non appena può essere consultata sul sito di H+ e l'informazione di questa possibilità di consultazione è stata diffusa in francese e in tedesco nella circolare «Flash» indirizzata ai membri.

Art. 17 Entrata in vigore / disdetta

- ¹ La presente convenzione entra in vigore il 1° gennaio 2004.
- ² La convenzione può essere denunciata da ogni parte contraente per la fine di un anno civile con un preavviso di dodici mesi.
- ³ Resta riservato un periodo di disdetta più breve nel quadro della stabilizzazione dei costi per caso, il che significa che nel corso del primo anno dopo l'entrata in vigore la convenzione può essere disdetta per la fine di ogni trimestre con un preavviso di tre mesi.
- ⁴ La disdetta può concernere l'insieme della convenzione, certe disposizioni della stessa e/o singoli accordi annessi. Gli elementi della convenzione possono essere modificati singolarmente di comune accordo anche senza preventiva disdetta.
- ⁵ Le parti contraenti si impegnano a intavolare trattative immediatamente dopo la disdetta da parte di uno dei contraenti.
- ⁶ Se al termine del periodo di disdetta non è realizzata una nuova convenzione, il Consiglio federale emana le prescrizioni necessarie, dopo aver sentito le parti in causa (articolo 56 cpv. 3 LAINF, articolo 26 cpv. 3 LAM, articolo 27 cpv. 3 LAI).

Berna / Lucerna, 1° ottobre 2003

H+ Gli Ospedali Svizzeri (H+)

Il presidente:

P. Saladin

La direttrice:

U. Grob

**Commissione delle tariffe mediche LAINF
(CTM)**

Il presidente:

W. Morger

Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Assicurazione invalidità

La vicedirettrice:

B. Breitenmoser

Il vicedirettore:

K. Stampfli