

Convenzione
sulle modalità d'applicazione supplementari
per l'introduzione della struttura tariffale SwissDRG

tra

H+ Gli ospedali svizzeri (in seguito „gli ospedali“)

e

santésuisse (in seguito „gli assicuratori malattia“)

[entrambi, denominati in seguito „i partner tariffali nazionali“]

Preambolo

¹ I partner tariffali nazionali hanno convenuto, unitamente ai cantoni, di introdurre dal 1. gennaio 2012, a livello nazionale, la struttura tariffale SwissDRG. A tale riguardo, si rimanda alla convenzione tariffale del 2 luglio 2009.

² I partner tariffali nazionali prendono atto che con l'approvazione della struttura tariffale e delle modalità d'applicazione da parte del Consiglio federale viene riconosciuta l'applicazione a livello svizzero.

³ I partner tariffali nazionali convengono che l'applicazione unitaria di SwissDRG richiede che altri elementi abbiano validità a livello nazionale. Questa convenzione tratta la relativa intesa dei partner tariffali nazionali. Affinché le condizioni quadro concordate qui di seguito abbiano validità nazionale, il Consiglio federale deve approvare il presente accordo quale parte integrante delle modalità d'applicazione di SwissDRG e deve dichiararlo vincolante su tutto il territorio svizzero. I partner tariffali nazionali ritengono importante in particolare che il Consiglio federale esamini la trasmissione dei dati medici secondo il punto 1 per quanto concerne la conformità con le esigenze della protezione della personalità e protezione dei dati, creando di conseguenza la certezza di diritto per gli ospedali e gli assicuratori malattia.

⁴ Non sono oggetto del presente contratto tutti gli aspetti inerenti alla determinazione dei prezzi (calcolo e trattativa dei prezzi di base come pure retribuzione per gruppi di casi non valutati e retribuzioni supplementari non valutate), che sono da concordare a livello di convenzione tariffale tra ospedali e assicuratori malattia o le loro associazioni.

1. Trasmissione dei dati medici con la fatturazione all'assicuratore malattia

1.1. Principi

¹ L'esecuzione del controllo della fattura e dell'economicità della prestazione, in base all'art. 42 cpv. 3 LAMal, richiede che siano messe a disposizione dell'assicuratore malattia quelle informazioni che sono la base della fattura. Tra queste rientrano, nel sistema di fatturazione DRG, tra l'altro anche i codici di diagnosi e di procedura riguardanti la persona, i quali per i casi di degenza da fatturare sono stati codificati. Sulla base di quanto deliberato dal Tribunale amministrativo federale (TAF) con sentenza 0-6570/2007 del 29 maggio 2009, i partner contrattuali accettano il principio della trasmissione sistematica dei codici diagnostici e di procedura agli assicuratori, riconoscendo altresì i principi di proporzionalità e di protezione dei dati, che sono concretizzati con le seguenti regole.

² La trasmissione dei dati medici secondo il punto 1.5. avviene all'assicuratore malattia o – se il paziente lo richiede o se le circostanze lo esigono (art. 42 cpv. 5 LAMal) - al medico di fiducia dell'assicuratore malattia.

³ Fornitore di prestazioni e assicuratore possono regolare, in altro modo, di reciproco accordo la trasmissione dei dati rilevanti per il conteggio, in un contratto tariffale individuale. Se non esiste un simile accordo, vale il presente regolamento.

1.2. Informazione ai pazienti

¹ L'ospedale spiega al paziente forma e contenuto della trasmissione dei dati all'assicuratore malattia così come lo scopo (controllo della fattura e dell'economicità nei singoli casi, da parte dell'assicuratore malattia in conformità alla LAMal). La realizzazione dell'informazione al paziente è compito dell'ospedale. L'assicuratore malattia deve rivelare il modo e i contenuti dell'informazione al paziente su semplice domanda.

² Su richiesta del paziente, l'ospedale è tenuto a trasmettere i dati medici solo al medico di fiducia dell'assicuratore (vedi punto 1.4.).

1.3. Trasmissione dei dati rilevanti per il conteggio all'invio della fattura

¹ L'ospedale trasmette all'assicuratore malattia insieme con la fattura, tutte le indicazioni dei codici di diagnosi e di procedura relative al periodo fatturato così come tutti gli altri elementi rilevanti per la fattura secondo il punto 1.5. L'indicazione dei codici avviene in modo integrale in conformità alle classificazioni applicabili (ogni volta la versione in vigore di ICD-10 e CHOP). La trasmissione di queste indicazioni avviene spontaneamente con ogni fattura.

² La trasmissione dei dati avviene in forma elettronica, codificata, senza ricorrere all'anonimato o all'utilizzo di pseudonimi.

³ I partner tariffali nazionali elaborano e curano lo standard tecnico per la trasmissione delle indicazioni rilevanti per la fattura. La mancanza di uno standard tecnico non dispensa l'ospedale dai suoi obblighi di trasmissione dei dati.

⁴ L'invio delle fatture all'assicuratore e la trasmissione dei dati rilevanti per la fattura avviene gratuitamente.

⁵ Se l'assicuratore malattia in singoli casi, per poter decidere sul rimborso, necessita di informazioni mediche supplementari per il controllo della fattura e dell'economicità della prestazione, l'ospedale trasmette all'assicuratore malattia, su richiesta, ulteriore documentazione medica. Se il caso rientra tra quelli indicati al punto 1.4., la documentazione medica sarà trasmessa unicamente ai medici di fiducia dell'assicuratore malattia.

⁶ In caso di richieste superiori alla media da parte di un singolo assicuratore, l'ospedale può chiedere all'assicuratore la motivazione.

⁷ Ulteriori modalità sulla fatturazione saranno regolate nella convenzione tariffale.

1.4. Trasmissione dei dati medici al medico di fiducia

¹ I dati medici secondo il punto 1.5. possono essere trasmessi e resi accessibili esclusivamente al medico di fiducia dell'assicuratore o al suo assistente:

- a) su richiesta del paziente;
- b) se esiste un motivo fondato ai sensi dell'art. 42 cpv. 5 LAMal. Un motivo fondato sussiste se
 - il paziente durante l'intera degenza ospedaliera non era in grado di esprimersi sulla questione della trasmissione dei dati;
 - se il paziente è incapace di esprimere un giudizio;
 - se esiste una malattia codificata o un trattamento o una combinazione di questi, che giustifica la trasmissione al medico di fiducia.

² Il motivo della trasmissione dei dati al medico di fiducia secondo il capoverso 1 deve essere comunicato allo stesso.

³ La trasmissione elettronica dei dati, in questi casi, avviene nel seguente modo:

- a) Il record di dati medici secondo il punto 1.5, viene contrassegnato quale confidenziale, all'attenzione del medico di fiducia.
- b) L'assicuratore malattia assicura, in modo irreprensibile, mediante misure tecniche e organizzative che, in modo duraturo, i dati medici trasmessi potranno essere visti unicamente dal medico di fiducia o dal suo assistente.

1.5. Specifiche dei record di dati

¹ Per la trasmissione elettronica dei dati, le parti riconoscono le procedure elaborate nella pratica e le specifiche di comunicazione del progetto eKarus Spital risp. i relativi standard delle fatture, la trasmissione dei dati collegata con l'impiego del Container-Standard del Forum Datenaustausch. I dati amministrativi (fattura) e i dati medici (MCD) saranno trasmessi insieme in un container di dati.

² Quale base per le specifiche del record di dati valgono le variabili della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica (concetto d'interfaccia, versione 1.0, o più recenti). Queste variabili devono essere trasmesse all'assicuratore malattia in modo completo – osservando le limitazioni secondo i seguenti capoversi 3 e 4.

³ Le seguenti variabili della statistica medica sono generalmente escluse dalla trasmissione dei dati:

| Variabile n. | Denominazione |
|---------------------|--------------------------------------|
| 0.1.V01 | Genere di record |
| 0.2. | Identificazione |
| 0.3. | Dati complementari** |
| 1.6. | Diagnosi |
| 1.7. | Trattamenti |
| 2.1.V01 | Genere di record |
| 2.3. | Dati sulla madre |
| 3. | Dati complementari sulla psichiatria |
| 4.1. | Dati generali |
| 4.6. | Statistica dei costi per caso MD |

**il set di dati supplementare cantonale non viene trasmesso all'assicuratore malattia.

⁴ Le seguenti variabili della statistica medica definiscono le indicazioni mediche che, secondo i casi definiti al punto 1.4, possono essere trasmessi solo al medico di fiducia:

| Variabile n. | Denominazione |
|---------------------|--|
| 2 | Dati complementari sui neonati, eccetto 2.2.V04*** |
| 4.2. | Diagnosi MD |
| 4.3. | Trattamenti MD |
| 4.4. | Medicina intensiva MD |
| 4.5. | Bambini MD, eccetto 4.5.V01*** |

*** la variabile 2.2.V04 (peso alla nascita) e 4.5.V01 (peso all'entrata in ospedale) sono considerati dati amministrativi per la fattura

1.6. Protezione dei dati e della personalità

¹ I partner contrattuali devono garantire la protezione dei dati e della personalità secondo quanto prescritto dalle disposizioni di legge nei loro relativi ambiti d'influenza come anche nella trasmissione dei dati. A tal fine essi adotteranno le necessarie misure tecniche e organizzative per la protezione dei dati previste dall'art. 8 e segg. e dall'art. 20 dell'Ordinanza relativa alla legge federale sulla protezione dei dati (OLPD).

² L'assicuratore malattia garantisce che le indicazioni mediche ottenute nell'ambito della presente convenzione saranno utilizzati unicamente per effettuare il controllo dell'economicità e della fatturazione secondo LAMal.

³ Gli assicuratori malattia espongono in regolamenti sull'elaborazione dei dati, in particolare anche i diritti d'accesso ai dati di diagnosi e procedura e la durata della conservazione. I diritti d'accesso sono da limitare ai collaboratori che nell'ambito del controllo della fatturazione e dell'economicità devono visionare dati medici non resi anonimi o sotto pseudonimo. In conformità all'art. 59 OAMal, per la conservazione dei dati relativi alla diagnosi, le generalità degli assicurati sono sostituite da uno pseudonimo. La pseudonimizzazione può essere tolta soltanto dal medico di fiducia dell'assicuratore malattia.

⁴ I dati che sono trasmessi al medico di fiducia restano durevolmente presso il servizio medico fiduciario. Tali dati possono essere trasmessi all'assicuratore malattia o a terzi solo nei casi previsti dalla legge o se si dispone dell'autorizzazione dell'assicurato interessato.

1.7. Fatturazione ai cantoni

¹ Di principio valgono le disposizioni dell'art. 49a cpv. 3 LAMal. Il cantone di domicilio paga la sua quota parte della fattura direttamente all'ospedale se tra cantone e assicuratori non sussiste un accordo in altro senso.

2. Monitoraggio per l'introduzione

¹ L'art. 59 c OAMal prevede che un cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari.

² Non sono considerati costi supplementari ai sensi del cpv. 1 gli effetti della redistribuzione tra cantoni e assicuratori come pure tra il settore dell'assicurazione privata e il settore dell'AOMS, che rientrano tra gli ulteriori adeguamenti del finanziamento ospedaliero (modifica LAMal del 21.12.2007).

2.1. Monitoraggio CMI e meccanismo di correzione

¹ Durante la fase d'introduzione di 2 anni (periodo contabile 2012 e 2013) si deve eseguire un monitoraggio CMI secondo i seguenti valori di riferimento.

² Nella convenzione tariffale, oltre al prezzo base, si deve anche convenire il CMI. La determinazione del CMI avviene in 2 fasi

Fase 1:

- per la tariffa 2012 sulla codifica dei casi dell'ospedale delle uscite nell'anno 2010, valutato con SwissDRG Planungsversion 1.0
- per la tariffa 2013 sulla codifica dei casi dell'ospedale delle uscite nell'anno 2011, valutato con la versione di tariffa in applicazione per l'anno 2013 (Planungsversion).

Fase 2

Se l'ospedale, nell'ambito delle trattative per la tariffa, dimostra che sulla base del numero di prestazioni previste, il CMI dell'anno 2010 (rispettivamente del 2011) pur essendo corretto, non corrisponde però ai fatti nell'anno del conteggio, nel contratto tariffale viene concordato un CMI divergente dal CMI indicato. La differenza viene rilevata dai dati dello spettro di prestazioni previste e dal quantitativo di prestazioni previste e può comportare una correzione del CMI verso l'alto o verso il basso.

³ Se il CMI effettivamente calcolato nell'anno del conteggio supera il valore concordato nella convenzione tariffale di oltre il +2%, l'ospedale deve rimborsare la differenza in eccesso del +2%. Se il CMI effettivamente calcolato è inferiore al valore stabilito nella convenzione tariffale, non si effettua alcun rimborso retroattivo all'ospedale.

⁴ Se l'ospedale dimostra, sulla base di dati, che il suo effettivo CMI è aumentato a causa di significanti cambiamenti non pianificati del suo spettro di prestazioni o di definite quantità di prestazioni, questa parte viene tenuta in considerazione nella compensazione¹. Non sono tenuti in considerazione usuali variazioni e spostamenti dovuti alla concorrenza.

⁵ La compensazione per i casi fatturati (uscite) dell'anno civile 2012 rispettivamente del 2013 è regolata entro i primi 6 mesi nell'anno successivo.

¹ Quale metodo possibile a tale scopo può essere concordato la variazione del CMI AP-DRG 6.0 tra gli anni 2012 e 2010 in confronto con il CMI SwissDRG tra il 2012 e il 2010. AP-DRG 6.0 è indicato perché non cambia l'algoritmo dei gruppi tra gli anni 2010 e 2012.

3. Trasparenza nei costi e nelle prestazioni nell'ambito delle trattative per la tariffa

¹ Legge e ordinanze prescrivono che le tariffe devono essere finalizzate a indennizzare quegli ospedali che forniscono con efficienza ed economicità, nella qualità necessaria, le prestazioni coperte secondo tariffa dall'assicurazione obbligatoria. Ciò presuppone trasparenza nei dati sui costi e sulle prestazioni.

² Per quanto concerne la trasparenza, ci si deve attenere ai seguenti principi:

- a) Deve essere applicata 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).
- b) Gli ospedali mettono a disposizione degli assicuratori malattia i dati necessari.
- c) Se gli ospedali forniscono il loro conto d'esercizio secondo il modello ITAR-K di H+, vale quanto segue:
 - a. ITAR-K è riconosciuto per l'accertamento dei costi, non però quale modello per la tariffa
 - b. l'ospedale mette a disposizione dell'assicuratore malattia l'intera documentazione ITAR-K a livello di azienda generale e il giustificativo dei fattori di costo secondo REKOLE. L'assicuratore malattia ha il diritto di chiedere ulteriori informazioni.
 - c. messa a disposizione delle informazioni sui dati delle prestazioni (ad es. somma ponderazioni di costo, CMI, numero casi, numero Outlier, ecc.) e informazioni rilevanti per la struttura tariffale (ad es. struttura quantitativa dei gruppi di casi non valutati e oneri supplementari) dettagliati secondo necessità, inclusi gli effetti catalogati nel cambiamento di versione della struttura tariffale.
- d) Gli ospedali hanno la facoltà di accordarsi con gli assicuratori malattia su altri metodi di attestazione dei costi e delle prestazioni.
- e) Correzioni dei dati sui costi e le prestazioni, come pure diversi risultati di calcolo vengono reciprocamente presentati e spiegati in modo documentabile nell'ambito delle trattative per la tariffa tra ospedale e assicuratori.

4. Regola transitoria relativa al rimborso per i costi d'investimento

¹ I costi d'investimento per i casi stazionari calcolati secondo SwissDRG vengono rimborsati in una fase transitoria di tre anni (anni di tariffa 2012, 2013 e 2014) quale supplemento al prezzo base concordato.

- Per i casi fatturati secondo SwissDRG dell'anno 2012: 10%
- Per i casi fatturati secondo SwissDRG dell'anno 2013: 11%
- Per i casi fatturati secondo SwissDRG dell'anno 2014: 12%

² I supplementi secondo il cpv. 1 saranno ridotti in caso di mancata o insufficiente fornitura dei dati a SwissDRG AG, come segue:

- su casi fatturati SwissDRG dell'anno 2012: nessuna riduzione
- sui casi fatturati SwissDRG dell'anno 2013: deduzione dell'1% per la mancata fornitura dei dati sui costi aziendali dell'anno 2011 (ciò corrisponde ad un supplemento ridotto del 10% sul prezzo base concordato)
- sui casi fatturati SwissDRG dell'anno 2014: deduzione ogni volta dell'1% per la mancata fornitura dei dati sui costi aziendali e/o dei dati sui costi d'investimento dell'anno d'esercizio 2012 (ciò corrisponde ad un supplemento ridotto del 10% o 11% sul prezzo base concordato)

³ Il suddetto regolamento dei supplementi non è pregiudizievole per i rimborsi dei costi d'investimento dall'anno di tariffa 2015.

5. Disposizioni finali

5.1. Adesione

¹ Per lo scopo della convenzione è superflua una procedura di adesione.

5.2. Validità e entrata in vigore

¹ La parti contrattuali si sono accordate sul presente testo della convenzione.

² La presente convenzione entra in vigore con l'introduzione a livello nazionale di SwissDRG. Essa necessita dell'approvazione del Consiglio federale e per l'applicazione di SwissDRG su tutto il territorio svizzero deve essere dichiarato obbligatorio.

³ Se la convenzione viene approvata solo parzialmente, i punti non approvati devono essere nuovamente trattati e si deve trovare una soluzione.

⁴ Da parte di H+ la presente convenzione necessita, in base allo statuto, dell'approvazione dei membri. Se la convenzione dovesse essere respinta, H+ provvederà ad informare immediatamente il Consiglio federale e santésuisse per scritto. La comunicazione deve avvenire al più tardi entro il 15 agosto 2011.

5.3. Lingua della convenzione

¹ Nel caso di divergenze tra le diverse lingue, fa stato il testo in lingua tedesca.

Berna, 5 luglio 2011

Berna, 5 luglio 2011

Claude Ruey
Presidente santésuisse

Stefan Kaufmann
Direttore santésuisse

Berna, 5 luglio 2011

Berna, 5 luglio 2011

Charles Favre
Presidente H+

Bernhard Wegmüller
Direttore H+