



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Fact Sheet e raccomandazioni di H+ relativi ai problemi di applicazione del TARMED 1.09

Versione 1.2

Berna, 17 gennaio 2019

### Situazione di partenza

Il segretariato centrale di H+ ha chiesto ai propri membri di notificare problemi ricorrenti nella fatturazione e nell'applicazione del TARMED 1.09. Le reazioni pervenute riguardano soprattutto le interpretazioni di nozioni e regole nella struttura tariffale.

Il segretariato centrale di H+ ha elaborato un Fact Sheet con raccomandazioni relativo alle domande più frequenti sulla fatturazione e suddiviso in quattro settori tematici. Esso completa le già pubblicate [FAQ](#) di H+ relative al TARMED 1.09 e sarà sottoposto all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per conoscenza.

### Settore tematico 1: la nozione di fornitore di prestazioni e interpretazione dell'IG 9

Nell'attuazione delle limitazioni delle quantità ora disciplinate ex novo nel TARMED la maggior parte delle fatture degli ospedali vengono rifiutate a causa delle differenti interpretazioni della nozione di fornitore di prestazioni. Il problema si acutizza con il TARMED 1.09, visto che i fornitori di prestazioni che fanno capo alla fatturazione elettronica sono ora confrontati con limitazioni che finora valevano unicamente per fornitori di prestazioni che non lavoravano con la fatturazione elettronica.

Alcuni assicuratori verificano le limitazioni delle quantità non secondo la specialità medica, bensì secondo il fornitore di prestazioni (ai sensi degli artt. 36, 36a o 39 LAMaI). Alcune assicurazioni ampliano ulteriormente l'Interpretazione generale 9 (IG-9) e attuano il proprio obbligo di verifica delle fatture per quanto riguarda limitazioni e divieti di cumulabilità facendo riferimento alla persona assicurata. Ciò significa che le limitazioni dal punto di vista del paziente vengono osservate estese anche sui fornitori di prestazioni. Quale argomentazione per tale procedura gli assicuratori spesso citano l'Interpretazione generale 9 (IG-9) del TARMED:

IG-9 Cumulabilità, limitazione della cumulabilità

TARMED 01.09, 1.1.2018

Per principio tutte le prestazioni principali sono cumulabili come tali tra di loro, a meno che non sia altrimenti specificato.

Salvo diversa ed esplicita indicazione, le regole di cumulabilità valide per una prestazione principale si applicano anche alle prestazioni supplementari ad essa riconducibili.

'Limitato al massimo una volta per seduta' significa che una determinata posizione tariffale può essere fatturata 'una sola volta' durante quel lasso di tempo.

Ulteriori limitazioni della cumulabilità fanno riferimento ad es. ad un intervallo di tempo: fatturabile 'al massimo 5 volte sull'arco di 3 mesi'; il periodo inizia il giorno della prima esecuzione della prestazione corrispondente.

Quando le limitazioni della cumulabilità sono diverse a seconda dell'età, l'età determinante è quella della data alla quale è stata fornita la prestazione per la prima volta.

Le limitazioni si riferiscono al paziente e valgono per l'ente competente che sostiene le spese.

Quando un'assicuratore malattia attua le IG-9 nella forma citata "Le limitazioni si riferiscono al paziente e valgono per l'ente competente che sostiene le spese.", ciò significa che unicamente l'assicuratore malattia può valutare quando sono raggiunti i limiti. Esso è l'unico ente presso cui confluiscono le fatture dei diversi fornitori di prestazioni. Il singolo fornitore di prestazioni non ha alcuna visione d'insieme sulle prestazioni complessivamente registrate e fatturate e non è perciò in grado di allestire correttamente le fatture per quanto riguarda le limitazioni. Teoricamente i pazienti naturalmente fanno quanti fornitori di prestazioni consultano, sarà però difficile che siano informati sulle limitazioni previste dalla tariffa.

Se la nozione di fornitore di prestazioni nel TARMED viene interpretata in modo tale che un ospedale rappresenta un unico fornitore di prestazioni, per quanto riguarda le limitazioni delle quantità gli ospedali vengono sottoposti a verifiche differenti rispetto agli studi medici. Il termine di fornitore di prestazioni nella tariffa per prestazioni singole TARMED si riferisce sempre a una persona fornitrice di prestazioni. Da anni (e non soltanto dal TARMED 1.09), per quanto riguarda le nozioni di fornitore di prestazioni e di seduta nel TARMED, H+ assume dunque la seguente posizione orientata ai pazienti:

Se un paziente facendo capo a studi medici indipendenti consulta più medici specialisti per problemi medico-sanitari diversi si parte evidentemente dall'applicazione distinta della limitazione delle quantità per ogni consulto.

Se il paziente viene invece trattato presso l'ambulatorio dell'ospedale per problemi medico-sanitari diversi da medici provenienti da diversi settori specializzati, non è possibile considerare/applicare la limitazione delle quantità in maniera cumulativa per tutto l'ospedale. H+ raccomanda di applicare le limitazioni delle quantità in modo distinto per ogni specialità medica. Punto di partenza è il cambiamento della specialità/della clinica. Il cambiamento specialità/della clinica può essere documentato sulla fattura inserendo il rispettivo GLN del medico responsabile. Per quanto concerne consigli medici ("board") raffigurati in un'unica posizione tariffale devono essere visibili le differenti specialità (seduta propria o differenti GLN presso il medico che esegue).

Ciò vale indipendentemente dalla costellazione possibile nel singolo caso, vale a dire che prestazioni fornite in modo efficace, opportuno ed economico non possono essere fatturate in modo appropriato a causa delle limitazioni nel TARMED 1.09 e comportano delle perdite di utili per gli ospedali.

In tale contesto, come descritto sopra, gli ospedali e gli assicuratori verificano in maniera molto differente le regole per la fatturazione (limitazioni delle quantità, cumulabilità). Affinché i membri

di H+ allestiscano le proprie fatture in maniera uniforme, H+ ha già comunicato raccomandazioni concrete:

- [FAQ TARMED 1.09](#)
- [Raccomandazione per la fatturazione dei colloqui interdisciplinari in ambulatorio, quali tumor-board, dal 1° gennaio 2018 \(francese\)](#)

#### → **Raccomandazione relativa al settore tematico 1**

Se un ospedale fattura le prestazioni secondo le raccomandazioni di H+ e in seguito a ciò gli sono state rifiutate delle fatture, sussiste un dissenso interpretativo.

Dato che non è prevedibile quando saranno nuovamente possibili interpretazioni di partenariato tariffale assieme a H+, quest'ultima raccomanda ai propri membri di forzare l'incasso della fattura tramite sollecito ed esecuzione.

### **Settore tematico 2: verifica delle limitazioni per tempo, ad esempio 36 volte ogni 3 mesi**

Alcuni assicuratori malattia verificano la regolamentazione periodica citata nell'IG-9 in modo fluttuante/continuativo. Ciò significa che nella verifica delle quantità il periodo di tre mesi si sposta continuamente. Se la posizione tariffale 00.1530, entro un lasso di tempo di 3 mesi (90 giorni), un dato momento supera le 36 volte, avviene un rinvio automatico per superamento delle quantità. Questo genere di controllo può essere automatizzato ed è possibile deporlo in modo inequivocabile nei sistemi informatici. Pure numerosi membri di H+ sono passati a un controllo delle limitazioni per ogni lasso continuativo di tempo.

Alcuni membri di H+ e finora anche il segretariato centrale di H+ interpretano i lassi di tempo che iniziano con il primo giorno, nel modo seguente: 1° periodo dall'8 gennaio 2018 al 7 aprile 2018. 2° periodo dall'8 aprile 2018 al 6 luglio 2018 ecc., di volta in volta dopo la prima fornitura di prestazioni. Secondo IG-13 un mese corrisponde a 30 giorni di calendario. Il numero di prestazioni andrebbe dunque controllato entro i periodi di tre mesi. Questo genere di controllo corrisponde a quanto recita la IG-9. Non è però possibile verificarlo in modo elettronico, neppure con grande dispendio. Soprattutto perché il lasso di tempo di una fattura non corrisponde al lasso di tempo della limitazione.

#### → **Raccomandazione relativa al settore tematico 2**

Con la versione 1.2 del 17.01.2019 la presente raccomandazione è stata adattata in maniera fondamentale:

Visto che i membri di H+ per il controllo della limitazione per tempo fanno uso di approcci differenti e diversi, benché di volta in volta comprensibili dal punto di vista materiale e a seconda dell'obiettivo anche con argomenti corretti, H+ lascia ai propri membri la libertà di decidere quale genere di controllo intendono applicare.

### **Settore tematico 3: limite troppo basso per poter fatturare la prestazione in modo appropriato (pazienti con multimorbilità, ad es. in caso di board, nella psichiatria o in pediatria)**

Per casi complessi a livello medico che si presentano frequentemente negli ambulatori di fornitori di prestazioni finali (ospedali e studi medici specializzati in malattie rare o pazienti complessi), nel caso concreto spesso non bastano le limitazioni stabilite nella struttura tariffale per raffigurare prestazioni efficaci, opportune e corrette dal punto di vista economico. La struttura tariffale impedisce l'assistenza medico-sanitaria integrata e il necessario accordo con altri fornitori di prestazioni oppure non la raffigura in maniera adeguata. Ne consegue che i fornitori di prestazioni non vengono indennizzati in modo appropriato.

La raccomandazione dell'UFSP nelle proprie domande frequenti (FAQ) al riguardo non è di aiuto. Essa stabilisce che per ogni singolo caso occorre presentare prima - oppure in caso di trattamenti d'urgenza anche a posteriori - una domanda tramite il servizio del medico di fiducia rispettivamente il servizio della medicina delle assicurazioni. Tali carichi supplementari non possono essere ragionevolmente pretesi né dai fornitori di prestazioni né dai medici di fiducia.

### → **Raccomandazione relativa al settore tematico 3**

Le limitazioni sono inequivocabili nella struttura tariffale e l'interpretazione di regola non presenta problemi, eccezion fatta per il settore tematico 1. Si tratta piuttosto di quelle limitazioni non oggettive che H+ già ha criticato in occasione della consultazione. Ora i timori si confermano. Per motivi meramente economici, i gruppi di pazienti interessati dovrebbero essere trattati con prestazioni troppo esigue oppure distribuite su più sedute. Gli ospedali e il personale medico che vi è impiegato, per motivi orientati ai pazienti e per riflessioni etiche e morali, non sono disposti a osservare le limitazioni insensate della versione TARMED 1.09. Le prestazioni vengono fornite "lege artis" e quale conseguenza vi sono perdite nei ricavi per gli ospedali, perché non è rappresentata e non può essere fatturata l'intera prestazione in modo rilevante per la tariffa.

In questo contesto per H+ è praticamente impossibile emanare una raccomandazione sulla modalità di comportamento. Corretto sarebbe piuttosto fornire la prestazione in modo adeguato alle indicazioni e ai pazienti e registrarla senza limitazioni. Si tratterà poi di una decisione aziendale a sapere se a livello di fatturazione non si tiene conto delle limitazioni e si fatturano tutte le prestazioni. Dopo il rifiuto dovuto allo superamento delle limitazioni, l'incasso va forzato, compreso il chiarimento del comportamento da parte di un tribunale oppure occorre chiarire se si rinuncia a fatturare le prestazioni che superano le limitazioni (in modo appropriato secondo il regolamento delle tariffe, ma senza decorso giuridico).

### **Settore tematico 4: interpretazione relativa a limitazioni per caso**

Nelle prestazioni legate al colloquio preliminare per interventi diagnostici/terapeutici con pazienti/familiari da parte del medico specialista (posizioni tariffali 00.0050, 00.0055 e 00.0056) sussistono limitazioni delle quantità per caso. Il caso non è ulteriormente definito nella struttura tariffale. Alcuni assicuratori malattie considerano il singolo paziente quale un caso. L'informazione del paziente su un imminente intervento diagnostico/terapeutico deve però essere fornita in occasione di ogni intervento, al fine di ottenere il consenso informato. Il conteggio per paziente non può dunque essere condiviso. In questo contesto H+ sostiene l'avviso dei propri membri che considerano il caso per ogni avvenimento medico-sanitario e dunque per ogni colloquio preliminare necessario.

### → **Raccomandazione relativa al settore tematico 4**

Evidentemente le aziende e gli assicuratori intendono in maniera differente la definizione di caso. Da qui risulta un dissenso a livello di interpretazione.

Dato che non è prevedibile quando saranno nuovamente possibili interpretazioni di partenariato tariffale assieme a H+, quest'ultima raccomanda ai propri membri di forzare l'incasso della fattura tramite sollecito ed esecuzione.