

CONVENZIONE TARIFFARIA

RELATIVA ALLA REMUNERAZIONE DI PRESTAZIONI D'ASSISTENZA E DI CONSULENZA DI NATURA NON MEDICA IN AMBITO OSPEDALIERO

tra

H+ Gli Ospedali Svizzeri (H+)

e

**santésuisse – Gli assicuratori malattia svizzeri,
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 per l'invalidità (AI),
rappresentata
dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)
(detti in seguito assicuratori)**

Note preliminari

Poiché l'uso ripetuto di forme doppie comprometterebbe la leggibilità della presente convenzione, si è scelto di utilizzare sempre la forma femminile. Essa si riferisce a persone di entrambi i sessi. La versione determinante della convenzione è quella tedesca.

Art. 1 Ambito di applicazione

¹ La Convenzione tariffaria disciplina la remunerazione delle prestazioni fornite agli assicurati sulla base dell'art. 43 LAMal, dell'art. 56 cpv. 1 LAINF e dell'OAINF, dell'art. 27 cpv. 1 LAI e dell'OAI, nonché dell'art. 26 cpv. 1 LAM e dell'OAM per

- a) il trattamento e la consulenza stomatologica ambulatoriali effettuati da personale non medico negli ospedali**
- b) il trattamento ambulatoriale legato al parto, alla preparazione del parto e al puerperio da parte di ostetriche negli ospedali, senza la presenza del medico**

² La presente Convenzione tariffaria entra in vigore il 1° gennaio 2005 e sostituisce la versione precedente, firmata il 19 gennaio 2004.

³ La convenzione comprende le seguenti parti:

- 1) le tariffe (allegato 1)
- 2) le disposizioni d'esecuzione (allegato 2)
- 3) la convenzione relativa alla Commissione paritetica di fiducia (allegato 3)

⁴ La convenzione è valida per l'intero territorio svizzero.

⁵ Gli assicuratori sono gli istituti d'assicurazione contro le malattie autorizzati dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) in forza dell'articolo 13 LAMal, nonché gli assicuratori ai sensi della LAINF, l'AM e l'AI.

Art. 2 Condizioni d'ammissione / adesione e recesso dalla convenzione

¹ La Convenzione tariffaria trova applicazione per le prestazioni d'assistenza e di consulenza di natura non medica fornite alle persone assicurate secondo la LAMal, la LAINF, la LAM e la LAI negli ospedali secondo l'articolo 39 LAMal che non sono contemplati dall'articolo 2, capoverso 2 della presente convenzione.

² Gli ospedali che non sono annoverati nell'elenco ospedaliero del Cantone o non dispongono di un mandato di prestazione a livello cantonale non possono applicare la presente convenzione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ Gli ospedali che non sono membri di H+ ma soddisfano le condizioni d'ammissione possono aderire alla convenzione in qualità di contraenti individuali. L'adesione implica il totale riconoscimento della presente convenzione e delle sue parti. Gli ospedali non membri devono versare una quota d'adesione e un contributo annuale alle spese. Le modalità sono disciplinate nelle disposizioni d'esecuzione (allegato 2).

⁴ Singoli assicuratori in conformità alla LAMal e singoli ospedali possono recedere dalla convenzione rispettando un termine di disdetta di sei mesi, per la fine di un anno civile. In caso di recesso dalla convenzione, l'ospedale interessato perde il diritto di fatturare agli assicuratori le prestazioni che sono oggetto della presente convenzione.

⁵ Le parti contraenti si informano reciprocamente e regolarmente in merito a qualsiasi adesione o recesso.

Art. 3 Diagnosi / codici diagnostici

¹ Le parti contraenti si accordano sulle indicazioni di diagnosi e di codici diagnostici in applicazione degli art. 59 OAMal, 69a OAINF, 94a LAM e 79 OAI.

² I metodi attuali di denominazione e comunicazione della diagnosi sono applicabili fino all'entrata in vigore di un accordo sull'indicazione di diagnosi e di codici diagnostici. I dettagli devono essere disciplinati in un accordo separato.

Art. 4 Garanzia della qualità

Le parti contraenti concordano congiuntamente in un accordo separato, entro il 31 dicembre 2004, le misure volte a garantire la qualità delle prestazioni secondo l'art. 1. Le disposizioni da convenire saranno vincolanti per l'ospedale e per il personale curante salariato.

Art. 5 Comunicazioni agli assicuratori

¹ Tutte le comunicazioni indirizzate agli assicuratori devono contenere informazioni relative alla persona assicurata (numero d'assicurazione o d'infortunio, cognome, nome, data di nascita e luogo di domicilio della persona assicurata), nonché la denominazione dell'assicuratore competente (sezione/agenzia).

² Per il trattamento degli assicurati AI valgono le decisioni degli uffici AI nonché le disposizioni legali in materia e le relative istruzioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Art. 6 Rimunerazione delle prestazioni

¹ Nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il pagamento degli onorari spetta al paziente (terzo garante). L'ospedale deve inviargli la fattura al termine di una cura o di un ciclo di cure. La fatturazione deve avvenire in conformità alle disposizioni d'esecuzione (allegato 2). Nelle convenzioni cantonali può essere concordata l'adozione del sistema del terzo pagante.

² Il debitore degli onorari per gli assicurati LAINF, LAM e LAI è l'assicuratore competente, a cui l'ospedale deve inviare la fattura al termine di una cura o di un ciclo di cure. La fatturazione deve avvenire in conformità alle disposizioni d'esecuzione (allegato 2).

³ Per le prestazioni previste dalla legge non si può esigere dall'assicurato nessuna remunerazione aggiuntiva.

⁴ Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il valore del punto viene negoziato e concordato a livello cantonale o regionale dalle parti contraenti.

⁵ Nel quadro della LAINF, della LAM e della LAI, è applicato un valore del punto unitario per l'insieme del territorio svizzero. Tale valore viene fissato dalle parti contraenti in un accordo separato sul valore del punto (allegato 4).

Art. 7 Controversie

¹ La Commissione paritetica di fiducia (CPF) è l'istanza di conciliazione per le controversie sorte tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni in merito all'applicazione della Convenzione tariffaria. Le modalità sono disciplinate nella Convenzione relativa alla Commissione paritetica di fiducia (allegato 3).

² L'ulteriore procedura da seguire in caso di controversie è disciplinata dall'art. 89 LAMal, dall'art. 57 LAINF, dall'art. 27 LAM o dall'art. 27bis LAI. Se un tribunale arbitrale cantonale si dichiara non competente, i partner tariffali designano il tribunale arbitrale e ne regolano la procedura in base ai principi fissati nell'articolo 57 LAINF.

³ La CPF è pure competente per le questioni d'interpretazione delle tariffe ai sensi dell'art. 1.

Art. 8 Gestione della tariffa

La gestione della tariffa deve consentire una semplice attuazione delle modifiche tariffarie chieste dalle parti contraenti. Questa funzione è svolta dalla Commissione paritetica di fiducia.

Art. 9 Entrata in vigore, adeguamenti e disdetta della convenzione

¹ La Convenzione tariffaria entra in vigore il 1° gennaio 2004 e vale per tutte le prestazioni fornite a partire da tale data.

² La Convenzione tariffaria, le sue parti integranti o gli accordi separati possono essere modificati in qualsiasi momento, di comune accordo e senza previa disdetta, per il tramite della Commissione paritetica di fiducia (vedi anche art. 7 cpv. 3 e art. 8).

³ La Convenzione tariffaria può essere disdetta rispettando un termine di preavviso di 6 mesi per il 30 giugno o il 31 dicembre, la prima volta il 30 giugno 2005.

⁴ Le parti contraenti si impegnano a intraprendere nuove trattative immediatamente dopo la disdetta della Convenzione tariffaria. Se non raggiungono un accordo entro il termine di disdetta, la presente Convenzione tariffaria resta provvisoriamente in vigore fino alla stipulazione di una nuova convenzione, ma al massimo per un altro periodo di sei mesi.

⁵ Tutte le convenzioni e gli accordi in merito alla remunerazione delle prestazioni nel senso dell'art. 1 stipulati tra le parti contraenti interessate prima dell'entrata in vigore della presente

convenzione sono per principio sostituiti dalla presente convenzione. Le parti contraenti possono tuttavia mantenere i contratti forfetari esistenti oppure sostituirli gradatamente. Un accordo in questo senso è di competenza dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori interessati.

Art. 10 Disposizioni transitorie per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Le prestazioni secondo questa convenzione fanno parte del volume delle prestazioni ambulatoriali determinante per la neutralità dei costi secondo le disposizioni delle relative convenzioni TARMED. Solo gli ospedali che si sottopongono al pilotaggio del valore del punto dal punto di vista della neutralità dei costi secondo il concetto della neutralità dei costi sulla base di una convenzione tariffaria TARMED cantonale o di una fissazione da parte dell'autorità, possono applicare la Convenzione tariffaria nell'ambito della LAMal conformemente all'art. 2 cpv. 2 della presente convenzione per la durata della neutralità dei costi.

Berna, Soletta e Lucerna, 19 gennaio 2005

H+ Gli ospedali svizzeri

Il presidente: Il direttore:

P. Saladin B. Wegmüller

santésuisse

Il presidente: Il direttore:

Ch. Brändli M.-A. Giger

Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)

Il presidente:

W. Morger

Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Ambito Assicurazione per l'invalidità
Capo a.i.

B. Schnyder

Ufficio federale dell'assicurazione militare

Il direttore a.i.:

K. Stampfli