

Calcolo del valore del punto di tariffa iniziale e controllo della neutralità dei costi di TARMED (Convenzione sulla neutralità dei costi)

Convenzione tra

FMH

H+

santésuisse

Preambolo

¹ Le parti contraenti intendono unirsi per assicurare l'introduzione e il controllo della TARMED, nel rispetto della neutralità dei costi, nell'ambito dell'assicurazione di base obbligatoria per le prestazioni ambulatoriali secondo LAMal. A questo scopo provvederanno a determinare dei valori iniziali del punto di tariffa (VPT-I) per cantone/regione, neutrali dal punto di vista dei costi e distinti tra prestazioni di un medico libero professionista con studio medico indipendente e prestazioni ambulatoriali effettuati dagli ospedali o altre comunità convenzionate. Le parti contraenti controllano, durante una fase introduttiva di 18 mesi, gli effetti finanziari della TARMED. Se esse constatano che l'introduzione della nuova struttura tariffaria, nel settore d'osservazione, comporta un aumento o una riduzione dei costi, esse prevedono il rispetto delle condizioni di neutralità dei costi con misure determinate, descritte in questo allegato e applicabili a breve scadenza.

² Questa convenzione si basa sul verbale della seduta del 5 giugno 2001 tra le parti interessate e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) e l'Ufficio federale di giustizia (UFG). Da questo verbale risulta, in particolare, che le correzioni della struttura tariffaria effettuate nel corso dell'anno non devono essere sottomesse per approvazione al Consiglio federale, rispettivamente le correzioni del punto di tariffa (VPT) nell'ambito del piano d'intervento, non devono essere sottomesse per approvazione ai governi cantonali, se il concetto d'applicazione è approvato dal Consiglio federale nella forma di una convenzione contrattuale, quale parte integrante dei due contratti base, rispettivamente dai governi cantonali quale parte integrante delle convenzioni tariffali cantonali.

³ Le parti contraenti sono coscienti che la presente convenzione non può descrivere e regolare, in modo dettagliato e definitivo, tutti i punti e le eventualità di una introduzione e di un controllo della TARMED neutrale per quanto concerne i costi. Le parti contraenti s'impegnano a riconoscere il principio dell'introduzione e del controllo della TARMED nel rispetto della neutralità dei costi, ad applicarlo congiuntamente e, se insorgono problemi, a cercare delle soluzioni rapide e pragmatiche.

⁴ Il presente allegato si compone delle seguenti parti:

A) Valori iniziali del punto di tariffa

1. Calcolo dei valori iniziali del punto di tariffa

B) Aspetti tecnici della neutralità dei costi

2. Nozione della neutralità dei costi

3. Controllo della neutralità dei costi

4. Misure di correzione in caso di violazione della neutralità dei costi

C) Aspetti organizzativi dell'applicazione della neutralità dei costi

5. Compiti dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

6. Composizione dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

7. Controllo e calcolo del VPT

8. Proposte relative alla modifica della struttura tariffaria

9. Sedute dell'ufficio della neutralità dei costi tm

10. Audizione

11. Delibere dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

12. Finanziamento dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

13. Approvazione della convenzione sulla neutralità dei costi da parte dell'autorità competente

14. Esecuzione

15. Mezzo d'impugnazione

16. Entrata in vigore

D) Definizioni tecniche

17. Fase introduttiva

18. Fase della neutralità dei costi

19. Base delle prestazioni (dividendo)

20. Parametro di riferimento (divisore)

21. Base di confronto (costi teorici previsti)

22. Fattori di correzione

23. Meccanismo di controllo

24. Margine di tolleranza

25. Base dei dati

26. Meccanismo di correzione

27. Ultima correzione

28. Margine di correzione

29. Regione

30. Ambiti dei fornitori di prestazioni

E) Valori di riferimento

31. Riassunto dei valori di riferimento convenuti

32. Preminenza della versione in lingua tedesca della convenzione

A) Valori iniziali del punto di tariffa

1. Calcolo dei valori iniziali del punto di tariffa

¹ Il calcolo del VPT-I avviene a livello cantonale o regionale (regione vedi cifra 29). Per il calcolo del VPT-I, le parti s'impegnano ad applicare gli stessi principi sia nei confronti degli ospedali sia nei confronti dei medici che esercitano il libero esercizio (ambiti dei fornitori di prestazioni, vedi cifra 30). Eventuali deroghe a questi principi dovranno essere motivate.

² Il calcolo del VPT-I per le prestazioni negli studi dei medici liberi professionisti avviene secondo il metodo della trascrizione (ad es. New Index). Il calcolo del VPT-I per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali/comunità convenzionate avviene secondo il metodo sviluppato in comune da H+ e santésuisse.

³ Situazione iniziale e risultati dei calcoli del VPT-I devono essere documentati.

B) Aspetti tecnici della neutralità dei costi

2. Nozione della neutralità dei costi

¹ La neutralità dei costi comprende due obiettivi:

- I VPT devono essere stabiliti, al più tardi per la fine della fase introduttiva (vedi cifra 17) in un ammontare conforme alla neutralità dei costi.
- I costi lordi pagati nella fase della neutralità dei costi (vedi cifra 18) della TARMED, da parte degli assicuratori LAMal, dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal (base delle prestazioni, vedi cifra 19) devono corrispondere, per i relativi ambiti dei fornitori di prestazioni ai costi teorici stabiliti (base di confronto, vedi cifra 21) per assicurato e per mese (Parametro di riferimento, vedi cifra 20).

² Per tenere in considerazione l'aumento dei costi settoriale dovuto a nuove prestazioni obbligatorie, ai progressi della medicina o ai cambiamenti demografici, per il periodo di transizione tra l'anno base (vedi cifra 21) e l'anno d'introduzione (vedi cifra 22), come pure per la fase introduttiva è determinato un fattore di correzione separato (fattori di correzione vedi cifra 22). I due fattori di correzione sono fissati in precedenza per ogni ambito di fornitore di prestazioni. La sistematica del calcolo dei fattori di correzione è la stessa per i due ambiti dei fornitori di prestazioni.

³ La neutralità dei costi si applica per cantone/regione e all'interno di ogni cantone/regione si applica separatamente per ogni ambito di fornitore di prestazioni. La neutralità dei costi a livello svizzero è dedotta dalla somma delle neutralità dei costi cantonali/regionali.

3. Controllo della neutralità dei costi

¹ Il controllo della neutralità dei costi, durante la fase della neutralità dei costi, avviene sotto forma di una verifica delle divergenze del volume dei costi previsto/effettivo - effettuata una volta al mese per ogni parametro di riferimento - secondo la base delle prestazioni (meccanismo di controllo, vedi cifra 23), considerando un marginale di tolleranza (vedi cifra 24) unitario per tutta la Svizzera e fissato in precedenza, all'interno del quale non è ammessa nessuna correzione. Eccezionalmente, le parti contraenti possono stabilire per determinati cantoni dei

marginari di tolleranza in deroga. Nell'ultima correzione (vedi cifra 27) il margine di tolleranza è irrilevante.

² I relativi calcoli si basano sulle valutazioni del pool di dati di santésuisse (base dei dati, vedi cifra 25). Nella valutazione dei dati devono essere integrati le serie di dati rilevati dai fornitori di prestazioni (ad es. trasferimenti intercantonali o spostamenti tra ambiti dei fornitori di prestazioni). Tra i partner contrattuali deve essere garantita la trasparenza reciproca su dati e calcoli.

4. Misure di correzione in caso di violazione della neutralità dei costi

¹ Se le condizioni sopra elencate di neutralità dei costi, in un determinato settore parziale (per cantone/regione e per un ambito di fornitore di prestazioni), non sono rispettate, il relativo VPT cantonale/regionale viene adeguato nell'ambito di un margine di correzione (vedi cifra 28) stabilito in precedenza. Se questo margine di correzione non basta, il nuovo VPT necessario dovrà essere concordato tra le federazioni in causa e, successivamente, approvato dall'autorità cantonale. Fino all'approvazione, vale la correzione massima ammessa per cantone. Le prestazioni pagate in più o in meno a causa della di una correzione effettuata in ritardo, saranno compensate di conseguenza tramite una procedura di correzione straordinaria limitata nel tempo.

² Se il rispetto della neutralità dei costi è pregiudicato da problemi di struttura tariffaria (ad es. una estensione isolata della quantità di singole prestazioni o di gruppi di prestazioni; disparità tariffarie tra determinati gruppi di fornitori di prestazioni, ecc.), l'ufficio per la neutralità dei costi tm può - sulla base di una domanda fondata su dati forniti da FMH, H+ o santésuisse - presentare una richiesta da trattare con urgenza all'organizzazione di collegamento (NFO) per l'adeguamento della struttura. NFO deciderà in merito all'adeguamento della struttura tariffaria. A questo proposito occorre osservare che nell'ambito della LAMal si deve sempre applicare la medesima struttura tariffaria in tutta la Svizzera.

C) Aspetti organizzativi dell'applicazione della neutralità dei costi

5. Compiti dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

¹ L'ufficio per la neutralità dei costi tm, durante la fase introduttiva, analizza su scala nazionale, secondo le direttive stabilite nella parte B della presente convenzione, gli effetti della TARMED in relazione alla neutralità dei costi nell'ambito dell'assicurazione di base obbligatoria secondo LAMal per le prestazioni ambulatoriali ed è responsabile per eventuali misure di correzione. In particolare gli competono i seguenti compiti:

- Analisi mensile e controllo per via di calcolo del rispetto delle prescrizioni relative alla neutralità dei costi per cantone/regione
- Calcolo dei massimi mensili dei VPT cantonali eventualmente da correggere
- Eventuali decisioni in merito all'adeguamento del VPT e comunicazione motivata alle parti contraenti cantonali
- Esame delle proposte (fondate sui dati) per un adeguamento della struttura tariffaria
- Presentazione di eventuali richieste urgenti di adeguamento della struttura tariffaria all'organizzazione di collegamento (NFO).

² L'ufficio per la neutralità dei costi tm decide in merito a questioni d'interpretazione relative all'applicazione della neutralità dei costi. La sua interpretazione è impegnativa per tutte le parti contraenti, ossia per tutti i medici, gli ospedali e gli assicuratori, che hanno aderito alla presente convenzione base.

6. Composizione dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

¹ L'ufficio per la neutralità dei costi tm si compone di:

- due rappresentanti di FMH,
- due rappresentanti di H+,
- due rappresentanti di santésuisse,
- due rappresentanti permanenti del CDS con lo statuto di osservatore,

² Inoltre, le organizzazioni seguenti possono partecipare su invito, quali osservatori, alle sedute dell'ufficio della neutralità dei costi tm con al massimo un rappresentante ciascuno:

- DFI / UFAS
- Ufficio di sorveglianza dei prezzi.

³ Ogni organizzazione designa nel suo ambito i suoi rappresentanti. Le organizzazioni che delegano un loro rappresentante si preoccuperanno di conferire al loro delegato le necessarie competenze per deliberare e il potere decisionale.

7. Controllo e calcolo del VPT

¹ L'analisi e il controllo mensili della neutralità dei costi secondo cifra 3 così come eventuali calcoli di correzione del VPT necessitano della collaborazione di santésuisse e FMH nell'ambito del VPT per le prestazioni di medici che esercitano il libero esercizio, rispettivamente di santésuisse e H+ nell'ambito del VPT per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali.

² I risultati delle analisi e dei calcoli effettuati, così come le relative raccomandazioni, devono essere inviati insieme all'ordine del giorno a tutti i partecipanti alla prossima seduta dell'ufficio per la neutralità dei costi tm.

8. Proposte relative alla modifica della struttura tariffaria

¹ FMH, H+ e santésuisse possono presentare proposte di cambiamento della struttura tariffaria. Le proposte devono essere fondate su dati e dimostrare che i problemi relativi alla struttura tariffaria sussistono in parecchi cantoni/regioni.

² Le proposte devono essere inoltrate per scritto, almeno 20 giorni prima della seduta successiva, ai membri dell'ufficio per la neutralità dei costi tm e devono essere documentate. Le proposte respinte possono essere ripresentate. L'ufficio per la neutralità dei costi tm esamina le proposte inoltrate e, se necessario, le trasmette quali richieste urgenti all'organizzazione di collegamento (NFO).

9. Sedute dell'ufficio della neutralità dei costi tm

¹ L'ufficio per la neutralità dei costi tm, durante la fase introduttiva della TARMED si riunisce una volta al mese in seduta comune. Le sedute hanno sempre luogo il terzo giovedì di ogni mese. Di ogni seduta viene steso un verbale.

² Le sedute saranno presiedute, per un periodo di sei mesi ogni volta, successivamente da un rappresentante di santésuisse, FMH e H+ e precisamente: i

primi 6 mesi dal rappresentante di santésuisse, il secondo semestre dal rappresentante di FMH e l'ultimo semestre dal rappresentante di H+. I rispettivi presidenti saranno scelti tra i rappresentanti dell'ufficio per la neutralità dei costi tm.

³ Il presidente in carica si occupa dell'invio della convocazione, dell'ordine del giorno e del relativo verbale. La convocazione con l'ordine del giorno devono pervenire ai membri dell'ufficio per la neutralità dei costi tm almeno 1 settimana prima della seduta. Per il resto, l'ufficio si organizza da sé.

10. Audizione

¹ Le parti contraenti cantonali interessate da una correzione del VPT devono essere sentite dall'ufficio per la neutralità dei costi tm prima della decisione.

² L'ufficio per la neutralità dei costi tm sottopone, per posta elettronica, alle parti contraenti cantonali interessate i risultati dei calcoli effettuati come pure le raccomandazioni relative al VPT, almeno una settimana prima della seduta dell'ufficio per la neutralità dei costi tm.

³ Le parti contraenti cantonali, entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione, devono inviare la loro presa di posizione all'ufficio per la neutralità dei costi tm e a tutte le parti contraenti, sempre per posta elettronica.

⁴ Eccezionalmente, le parti contraenti cantonali possono spiegare verbalmente la loro presa di posizione scritta all'ufficio per la neutralità dei costi tm.

⁵ Ogni parte contraente cantonale è responsabile della comunicazione tempestiva all'ufficio per la neutralità dei costi tm della lista degli indirizzi e-mail dei rappresentanti delle parti contraenti cantonali.

11. Delibere dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

¹ FMH, H+ e santésuisse dispongono di un voto ciascuno. Gli osservatori non hanno diritto di voto.

² Le decisioni dell'ufficio per la neutralità dei costi tm concernenti l'inoltro di proposte di modifica urgente della struttura tariffaria all'organizzazione di collegamento (NFO) devono essere prese all'unanimità, ossia necessitano dell'approvazione di FMH, H+ e santésuisse.

³ L'ufficio per la neutralità dei costi tm calcola e decide eventuali correzione del VPT. La sistematica delle correzioni deve essere analoga per tutti i vari ambiti di fornitori di prestazioni. Eventuali correzioni del VPT sono comunicate a tutte le parti contrattuali. La deliberazione viene sempre presa dalle parti interessate: santésuisse e FMH per l'ambito del VPT per le prestazioni di medici che esercitano il libero esercizio, rispettivamente santésuisse e H+ nell'ambito del VPT per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali.

⁴ L'ufficio per la neutralità dei costi tm comunica, per posta elettronica, alle parti contraenti cantonali interessate la sua decisione motivata in merito all'ammontare e al momento dell'entrata in vigore del VPT.

12. Finanziamento dell'ufficio per la neutralità dei costi tm

¹ Ogni organizzazione partecipante assume in proprio il carico di lavoro che gli deriva dalla partecipazione e collaborazione all'ufficio per la neutralità dei costi tm,

sia finanziariamente sia per il carico di ore. Lo stesso vale per l'esecuzione di eventuali analisi.

² La presentazione delle relative statistiche ed analisi non comporta costi per le altre parti contraenti. La decisione di ricorrere a studi ed analisi esterni, il ricorso ad esperti o lo sviluppo di strumenti comuni devono essere decisi di comune accordo.

13. Approvazione della convenzione sulla neutralità dei costi da parte dell'autorità competente

La presente convenzione deve essere sottoposta per approvazione al Consiglio federale come pure a tutti i governi cantonali, unitamente alle convenzioni cantonali. Le autorità cantonali che rilasciano l'autorizzazione, con la loro approvazione accettano i principi per la determinazione del VPT-I e accettano espressamente anche gli adeguamenti del punto di tariffa cantonale/regionale nell'ambito del margine di correzione ed approvano la determinazione, limitata nel tempo, del VPT al termine della fase introduttiva (compensazione della copertura dei costi eccedente o insufficiente - vedi cifra 22, cpv. 4). Gli adeguamenti dei VPT cantonali/regionali secondo la presente convenzione non devono più essere sottoposti per approvazione ai governi cantonali.

14. Esecuzione

¹ I nuovi VPT, per medici o per ospedali, comunicati dall'ufficio per la neutralità dei costi tm entrano in vigore nei relativi cantoni/regioni il primo giorno del mese successivo al mese in cui il nuovo VPT è stato comunicato. Per l'applicazione del nuovo punto di tariffa corretto vale, per ogni caso, la data del trattamento.

² Nel caso di correzioni del VPT e di eventuali adeguamenti della struttura non sussiste alcun diritto a compensazioni retroattive. Fanno eccezione i casi citati alla cifra 4 cpv. 1, cifra 22 cpv. 4 e cifra 27 cpv. 2.

³ La nuova struttura tariffaria decisa dall'organizzazione di collegamento (NFO) entra in vigore in tutti i cantoni/regioni alla data decisa da NFO. Per l'applicazione della struttura corretta vale, per ogni caso, la data del trattamento.

15. Mezzo d'impugnazione

¹ Le modifiche del VPT nell'ambito della presente convenzione non devono essere sottoposte per approvazione ai governi cantonali (vedi cifra 13).

² Le decisioni dell'ufficio per la neutralità dei costi tm non possono essere impuginate.

16. Entrata in vigore

La presente convenzione entra in vigore contemporaneamente ai contratti base stipulati tra FMH-santésuisse e H+-santésuisse. Se una delle due convenzioni basi non è accettata, anche la presente convenzione non entra in vigore.

D) Definizioni tecniche

17. Fase introduttiva

¹ La fase introduttiva inizia con la data d'introduzione della TARMED in tutta la Svizzera, indicata nel contratto base, e dura 18 mesi. Il primo anno civile della fase introduttiva è chiamato anno d'introduzione. L'anno civile che segue l'anno d'introduzione è chiamato anno seguente.

² L'organizzazione di collegamento (NFO), nel caso di modifiche della struttura tariffaria, valuta se queste sono essenziali dal punto di vista tecnico dei conteggi per i relativi ambiti dei fornitori di prestazioni. Sono considerati modifiche essenziali dal punto di vista dei conteggi quei cambiamenti che, in base alla frequenza, per il previsto cambiamento del valore del punto di tariffa hanno una ripercussione superiore al 2%. In questo caso ha inizio una nuova fase introduttiva nel relativo ambito di fornitore di prestazioni. La nuova fase introduttiva inizia con la data in cui entra in vigore la nuova struttura tariffaria. Le disposizioni della presente convenzione sono applicabili per analogia.

18. Fase della neutralità dei costi

¹ La fase della neutralità dei costi comprende i mesi determinanti per il controllo aritmetico del rispetto delle prescrizioni sulla neutralità dei costi. La fase della neutralità dei costi si estende dall'aprile dell'anno d'introduzione fino all'aprile dell'anno seguente.

19. Base delle prestazioni (dividendo)

¹ Per motivi rilevanti ai fini statistici e per motivi tecnici di delimitazione, sono considerati come base delle prestazioni tutti i costi lordi mensili pagati dall'assicuratore dall'AMO (prestazioni ambulatoriali TARMED, come pure analisi, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, mezzi e apparecchi e medicinali) per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla convenzione, per cantone/regione e per gruppo di fornitori di prestazioni, delimitati in base alla data del conteggio dell'assicuratore.

² Nella misura in cui le prestazioni negli ambiti di analisi, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, mezzi e apparecchi e medicinali, tramite metodi statistici adeguati e plausibili, sono separabili dalle prestazioni puramente mediche, possono essere convenute delle delimitazioni in occasione della definizione della base delle prestazioni.

³ Sono escluse speciali forme assicurative che prevedono indennizzi forfetari. Se le modalità di conteggio (terzo garante/terzo pagante; conteggio per trattamenti semistazionari; conteggio del medico non ospedaliero che assiste anche pazienti in clinica o in ospedale) dovessero cambiare tra l'anno base e l'anno d'introduzione, ciò deve essere tenuto in considerazione in funzione del calcolo della base delle prestazioni.

20. Parametro di riferimento (divisore)

Serve da parametro di riferimento il numero degli assicurati per cantone di domicilio/regione e per mese assicurato (secondo il pool di dati di santésuisse). Sono escluse le persone con forme d'assicurazione speciali a indennizzo forfetario.

21. Base di confronto (costi teorici previsti)

L'anno 2001, depurato in base al fattore di correzione secondo cifra 22, serve da base di confronto (costi teorici previsti). L'anno 2001 sarà denominato quale anno base.

22. Fattori di correzione

¹ Per considerare l'aumento settoriale dei costi imputabile a nuove prestazioni obbligatorie, ai progressi della medicina o ai cambiamenti demografici, viene definito un fattore di correzione separato per il periodo tra l'anno base (= 2001) e l'anno d'introduzione, nonché per la fase introduttiva.

² Per la fase tra l'anno base e l'introduzione della TARMED si conviene

- per il settore delle prestazioni dei medici che esercitano il libero esercizio, un aumento annuo costante dei costi unitario per tutta la Svizzera x_1 di Fr. x.xx per assicurato (come da foglio separato, allegato).
- per il settore delle prestazioni ambulatoriali degli ospedali/comunità convenzionate per cantone, un aumento annuo dei costi x_1 di Fr. x.xx per assicurato (come da foglio separato, allegato).

x_1 si basa sull'evoluzione dei costi degli anni dal 1997 al 2001. I costi dell'anno base, corretti dal fattore di correzione x_1 , forniscono i costi teorici previsti. Quale base per il relativo calcolo si applica il valore iniziale effettivo senza considerare il margine di tolleranza.

³ Per la durata della fase introduttiva TARMED viene convenuto un aumento dei costi annuo costante per ambito di fornitore di prestazioni unitario per tutta la Svizzera x_2 di Fr. x.xx per assicurato (come da foglio separato, allegato). Questo aumento dei costi sarà accordato solo al termine della fase introduttiva e non avrà effetto retroattivo.

⁴ Una eventuale rimanenza che dovesse sussistere tra i costi previsti e i costi reali per cantone e ambito di fornitore di prestazioni durante la fase della neutralità dei costi sarà compensata per principio con un adattamento del fattore di correzione x_2 , generalmente limitata fino alla fine dell'anno seguente. In questa occasione, le parti contraenti possono includere nelle riflessioni i dati registrati.

23. Meccanismo di controllo

¹ L'ufficio delle tariffe t_m controlla la neutralità dei costi mensilmente.

² Con la prima verifica, saranno confrontati i costi del mese d'aprile dell'anno d'introduzione con i costi del mese d'aprile dell'anno base (costi teorici previsti) corretti con il fattore di correzione x_1 .

³ Con la seconda verifica, il VPT attualmente valido, moltiplicato per il volume dei punti di tariffa dei mesi aprile e maggio dell'anno d'introduzione sarà comparato con i costi dei mesi di aprile e maggio dell'anno base (costi teorici previsti), corretti con il fattore di correzione x_1 .

⁴ Questo metodo di confronto sarà continuato fino a comparare tra loro 12 mesi continuati. Il volume dei punti di tariffa moltiplicato per il VPT attualmente in vigore dei mesi di aprile fino a dicembre dell'anno d'introduzione e dei mesi da gennaio a marzo dell'anno seguente sarà comparato con la somma dei costi di tutti i 12 mesi dell'anno base corretti con il fattore di correzione x_1 .

⁵ In seguito sarà effettuata un'ultima comparazione. Saranno comparati i mesi da maggio a dicembre dell'anno d'introduzione e da gennaio ad aprile dell'anno seguente con tutti i mesi dell'anno base.

24. Margine di tolleranza

¹ Se lo scarto dei costi secondo il meccanismo di controllo (cifra 23) si mantiene nell'ambito del margine di tolleranza unitario per tutta la Svizzera, non si effettua nessuna correzione del VPT. Se lo scarto supera il margine di tolleranza, si effettua una correzione.

² Il margine di tolleranza ha un andamento a forma d'imbuto. Il limite superiore e inferiore del margine di tolleranza corrispondono ai costi teorici previsti più, rispettivamente meno t % dei costi previsti. t nel primo mese delle fase della neutralità dei costi ammonta a +/- 8%, nel secondo mese +/- 6% e il terzo mese +/- 4%. A partire dal quarto mese della fase della neutralità dei costi, t è stabile e ammonta a +/- 2%.

³ I costi teorici previsti di ogni mese corrispondono al corrispondente mese dell'anno base, corretto con il fattore di correzione x_1 .

25. Base dei dati

Per il controlling sono utilizzati i dati allestiti mensilmente dal pool di dati di santésuisse.

26. Meccanismo di correzione

Se si deve procedere a una correzione, il nuovo VPT è fissato in modo che il volume dei punti di tariffa accumulato, ponderato con il nuovo VPT, possa raggiungere i costi teorici previsti. Il nuovo VPT corretto deve rimanere entro il margine di correzione.

27. Ultima correzione

¹ Sulla base dell'ultimo confronto (vedi cifra 23 cpv. 5) l'ultima correzione è operata nell'ambito di questa convenzione (resta riservata la cifra 17 cpv. 2). Indipendentemente dal fatto che la differenza dei costi rimanga oppure no nel margine di tolleranza, il valore del punto di tariffa viene in ogni caso fissato in modo che il volume dei punti di tariffa accumulati, ponderato con il nuovo VPT, raggiunga il costo teorico.

² Il valore del punto di tariffa calcolato è corretto provvisoriamente secondo la procedura della cifra 22 cpv. 4 ed entra in vigore alla scadenza del termine previsto citato alla cifra 22 cpv. 4. Il nuovo VPT come pure il valore del punto di tariffa valevole temporaneamente devono rimanere entro il margine di correzione.

28. Margine di correzione

I VPT possono essere adeguati, su scala nazionale, unicamente nell'ambito del margine massimo di correzione valido +/- 7% dei VPT-I. (Eccezione vedi cifra 4)

29. Regione

Se le direzioni della sanità implicate e le parti contraenti sono d'accordo, più cantoni e/o semi-cantoni possono riunirsi in regioni. In questo caso, per la neutralità dei costi, saranno stabiliti dei valori medi ponderati.

30. Ambiti dei fornitori di prestazioni

Sono considerati ambiti di fornitori di prestazioni, per ogni cantone/regione, le prestazioni fornite da medici che esercitano quali liberi professionisti e le prestazioni ambulatoriali fornite dagli ospedali. Nell'ambito degli ospedali possono essere considerati, per cantone / regione, quali ambiti separati di fornitori di prestazioni le comunità convenzionate esistenti (ad es. ospedale universitario, ospedali sovvenzionati dall'ente pubblico, ospedali privati).

E) Valori di riferimento

31. Riassunto dei valori di riferimento convenuti

- Fase introduttiva 18 mesi
- Fase della neutralità dei costi 13 mesi
- Base di confronto anno 2001
- Margine di tolleranza
all'inizio +/- 8 % dei costi teorici previsti
dopo quattro mesi +/- 2 % dei costi teorici previsti
- Margine di correzione +/- 7 % del VPT-I
- Tasso di aumento dei costi x_1 medici (2,5% dei costi di tutta la Svizzera 2001, in Fr. per persona assicurata, unitario a livello nazionale, come da foglio separato allegato)
- Tasso di aumento dei costi x_1 ospedale (in %¹ dei costi cantonali 2001, in Fr. per persona assicurata, diverso secondo il cantone come da foglio separato allegato)
- Tasso di aumento dei costi x_2 medici (1,5% dei costi teorici previsti in tutta la Svizzera, in Fr. per persona assicurata, unitario a livello nazionale, come da foglio separato allegato)
- Tasso di aumento dei costi x_2 ospedale (2,4% dei costi teorici previsti in tutta la Svizzera, in Fr. per persona assicurata, unitario a livello nazionale, come da foglio separato allegato)

32. Preminenza della versione in lingua tedesca della convenzione

La presente convenzione è tradotta in francese e italiano. Se sorgono problemi d'interpretazione o vi sono passaggi poco chiari fa stato il testo in lingua tedesca.

¹ Il tasso di aumento dei costi x_1 ospedale è fissato sulla base dell'evoluzione media dei costi cantonali degli anni dal 1997 fino al 2001 dalle parti contraenti cantonali.

Berna / Soletta, 5 giugno 2002

Associazione dei medici svizzeri (FMH)

Il presidente

La segretaria generale

H.H. Brunner

A. Müller Imboden

H+ Gli ospedali svizzeri

Il presidente

La responsabile amministrativa

P. Saladin

U. Grob

santésuisse - Gli assicuratori svizzeri

Il presidente

Il direttore

Ch. Brändli

M.-A. Giger