

Contratto base TARMED

Parti contraenti:

- **santésuisse Gli assicuratori svizzeri,**
Römerstrasse 20, 4502 Soletta
- **H+ Gli ospedali svizzeri**
Lorrainestr. 4a, casella postale 302, 3000 Berna 11 („H+“)

Art. 1 Preambolo

¹ Gli assicuratori e gli ospedali, nell'ambito della revisione generale della tariffa medica e del catalogo delle prestazioni ospedaliere (TARMED), hanno elaborato una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera che sostituisce le differenti strutture tariffarie LAINF/AM/Al, le singole tariffe cantonali per le prestazioni delle assicurazioni malattia e il catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO). La struttura tariffale TARMED, secondo l'allegato 1, e la convenzione sulla neutralità dei costi, secondo l'allegato 2, costituiscono parte integrante del presente contratto ed entrano in vigore contemporaneamente a questo contratto.

² Il presente contratto ha quale scopo l'introduzione e l'applicazione di una struttura tariffale uniforme stabilita per convenzione a livello nazionale e un disbrigo omogeneo dei rimborsi agli ospedali da parte degli assicurati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, secondo l'art. 49, cpv. 5 LAMal.

³ I seguenti allegati costituiscono parte integrante del presente contratto:

1. La struttura tariffale convenuta tra le parti e approvata dal Consiglio federale
2. Convenzione sulla neutralità dei costi
3. Convenzione sul trasferimento elettronico dei dati e sulle banche dati elettroniche
4. Convenzione sulle diagnosi e sui codici di diagnosi
5. Convenzione sulla tassa d'adesione e il contributo annuo alle spese
6. Convenzione sui requisiti di qualità e i criteri di EAE¹
7. Convenzione sulla commissione paritetica comune d'interpretazione CPI
8. Convenzione sull'applicazione del principio del valore intrinseco all'ospedale

Art. 2 Ambito d'applicazione

¹ Il presente contratto vale per:

¹ EAE = Efficacia, appropriatezza, economicità

- a. tutti gli ospedali, che hanno ottenuto un'autorizzazione d'esercizio secondo la legge cantonale, che adempiono alle premesse secondo LAMal e hanno aderito al presente contratto;
- b. tutti gli ospedali, che forniscono prestazioni secondo forme assicurative particolari (ad es. HMO), se queste sono fatturate secondo una tariffa per singole prestazioni e hanno aderito al presente contratto;
- c. tutti gli assicuratori che hanno ottenuto l'autorizzazione ad esercitare secondo LAMal e hanno aderito al presente contratto;
- d. tutti gli assicurati, che nell'ambito della LAMal o di accordi internazionali hanno diritto ad un rimborso da parte di un assicuratore di malattia.

² Il presente contratto vale per tutto il territorio svizzero.

³ Se un argomento non è regolato in modo esaustivo dal presente contratto, gli ospedali o le loro associazioni e gli assicuratori, possono emanare disposizioni suppletive. Tali disposizioni speciali devono essere immediatamente comunicate ai partner contrattuali. Non sono ammesse disposizioni speciali per la struttura tariffale e l'interpretazione.

Art. 3 Adesione al contratto

¹ Ogni fornitore di prestazioni, per applicare il presente contratto, deve aderirvi mediante dichiarazione scritta a H+.

² Il presente contratto vale per tutti gli assicuratori malattia autorizzati secondo LAMal ed appartenenti a santésuisse, che vi hanno aderito tramite dichiarazione scritta a santésuisse.

³ H+ e santésuisse gestiscono una lista dei partner contrattuali che hanno aderito al presente contratto (membri e non membri).

⁴ H+ e santésuisse si scambiano le liste dei partner contrattuali che hanno comunicato loro l'adesione.

Art. 4 Recesso dal contratto

Se un ospedale o un assicuratore vuole recedere dal presente contratto, deve inviare una dichiarazione scritta di recesso dal contratto a H+ o, rispettivamente, a santésuisse. Il recesso può avvenire al più presto dopo 2 anni dall'entrata in vigore del contratto, rispettivamente dopo la scadenza della fase d'introduzione secondo la convenzione sulla neutralità dei costi. Il recesso può avvenire per la fine di un anno civile, rispettando un termine di disdetta di 6 mesi. Determinante per il rispetto del termine di disdetta è la data del timbro postale.

Art. 5 Non membri di H+ / santésuisse

¹ Ospedali che non sono membri di H+, rispettivamente assicuratori che non sono membri di santésuisse, e che adempiono le premesse di autorizzazione secondo l'art. 2 cpv. 1. lett. a, b + c, possono aderire al contratto. L'adesione comporta il pieno riconoscimento del contratto con i suoi allegati. I non membri devono pagare una tassa d'adesione e un contributo annuo alle spese. Le modalità sono stabilite nell'allegato 5 del presente contratto.

² Il contratto può essere applicato dopo il pagamento della tassa di adesione. L'applicabilità di questo contratto cade immediatamente se il contributo annuo alle spese non è pagato entro 30 giorni dal ricevimento della seconda sollecitazione. Sui pagamenti in ritardo è applicato un interesse di mora del 5%.

³ Gli ospedali, che non sono membri di H+, come pure gli assicuratori, che non sono membri di santésuisse, possono recedere dal contratto - per il 30.6. o il 31.12 - rispettando un termine di disdetta di 6 mesi. La dichiarazione di recesso dal contratto deve essere inviata per scritto alla rispettiva associazione.

⁴ Sulla corrispondente lista dei partner che hanno aderito al contratto devono pure figurare, separatamente, i non membri che hanno dichiarato la loro adesione per scritto alla rispettiva associazione.

Art. 6 Riconoscimento dei reparti e del valore intrinseco degli ospedali

¹ Le parti convengono che, quale base per il riconoscimento delle infrastrutture e quale base per il riconoscimento del valore intrinseco, vale il piano elaborato dalla direzione del progetto TARMED per il riconoscimento dei reparti (unità funzionali) e per il riconoscimento dei valori intrinseci.

² Le parti contrattuali definiscono, nell'allegato 8 del presente contratto base, le regole deroganti dal principio del valore intrinseco, che risultano dall'applicazione del principio in ospedale.

³ Tutti gli ospedali che sottostanno al presente contratto, membri o non membri di H+, devono adempiere ai criteri di riconoscimento e dei valori intrinseci definiti in comune dalle parti contraenti. Il rispetto dei criteri è determinante per il diritto dell'ospedale a fatturare a carico della LAMal.

⁴ H+ registra i dati per il riconoscimento dei reparti (unità funzionali) per ospedale e trasmette, trimestralmente, a santésuisse la banca dati aggiornata dei reparti (unità funzionali). H+ preleva una tassa per l'iscrizione nella banca dati e per le mutazioni.

⁵ Le parti contrattuali istituiscono un organo di controllo paritetico che, ogni anno o in caso di bisogno, controlla le procedure di riconoscimento dei reparti (unità funzionali) e dei valori intrinseci di tutti gli ospedali che hanno aderito al contratto. Il controllo avviene in base a criteri comuni o sulla base dei criteri di riconoscimento comuni degli assicuratori sociali.

⁶ Il caso di false dichiarazioni, le prestazioni ottenute ingiustamente dovranno essere rimborsate. Possono inoltre essere prese altre sanzioni o provvedimenti penali ed essere aperti dei procedimenti. Una riammissione potrà aver luogo solo dopo un anno dalla scoperta dell'infrazione e dall'eventuale sanzione. Sanzioni, procedure e istanze sono regolati nell'articolo 8 del presente contratto.

Art. 7 Obblighi dell'assicuratore

¹ Gli assicuratori s'impegnano, nella misura ammessa dalla legge e dalle disposizioni contrattuali, ad inviare i loro assicurati che necessitano di trattamenti negli ospedali che hanno aderito al contratto.

² Gli assicuratori si impegnano, nei confronti di ospedali che hanno ottenuto un'autorizzazione d'esercizio in Svizzera ma che non hanno aderito al presente contratto, ad accordare il diritto di adesione a contratti separati unicamente a condizioni contrattuali al massimo pari a quelle previste dal presente contratto.

Art. 8 Sanzioni in caso di violazione del contratto

¹ Se un assicuratore o un fornitore di prestazioni aderente al contratto H+/santésuisse viola le disposizioni del presente contratto e/o dei suoi allegati, della LAMal e delle relative ordinanze, la competente commissione paritetica comune di controllo (CPC) può adottare le sanzioni seguenti in base all'art. 13:

- a. ingiunzione scritta
- b. pagamento delle rimunerazioni ingiustamente rifiutate
imposizione degli interessi di mora
nessun pagamento di prestazioni ingiustamente conteggiate
richiesta di restituzione di rimborsi pagati ingiustamente
- c. sanzioni pecuniarie fino a Fr. 50'000.-
- d. esclusione dal contratto
divulgazione sugli organi di pubblicazione delle parti contrattuali

² La gravità del fatto è definita dal tipo di infrazione, dalla durata della trasgressione, dal volume finanziario risultante e dal numero delle recidive. Le singole sanzioni possono essere cumulative.

³ La presentazione di una denuncia per sospetto di reato resta espressamente riservata.

Art. 9 Fatturazione e rimborso

¹ Il sistema di rimborso applicato prima dell'introduzione della TARMED a livello cantonale o di comunità contrattuale (terzo pagante o terzo garante) è mantenuto, per principio, durante la fase di neutralità dei costi. Ospedali e assicuratori possono concordare bilateralmente disposizioni deroganti per il traffico dei pagamenti. Nel caso di cambiamento di sistema devono essere considerate le ripercussioni sul calcolo del valore del punto di tariffa iniziale e sul controllo della neutralità dei costi. Lo stesso vale per eventuali cambiamenti delle modalità inerenti la pratica dei ribassi in ambito ospedaliero, il conteggio per trattamenti semistazionari e i conteggi dei medici non ospedalieri che assistono anche pazienti in clinica o in ospedale.

² I valori dei punti di tariffa sono concordati a livello cantonale. Le modalità per il calcolo del valore del punto di tariffa iniziale sono regolamentate nell'allegato 2.

³ L'ospedale emette la sua fattura secondo la tariffa in vigore nel luogo dove fornisce le sue prestazioni. Vale la protezione tariffaria secondo LAMal. Secondo la convenzione sulla neutralità dei costi, le prestazioni fornite nell'ospedale possono essere fatturate unicamente dall'ospedale stesso

⁴ Entro due anni dall'introduzione della TARMED, per tutte le parti in causa, la fatturazione si effettuerà in forma elettronica. Le modalità per la trasmissione elettronica dei dati sono regolamentate nell'allegato 3 di questo contratto.

⁵ Con il sistema del terzo pagante, l'ospedale fornisce all'assicuratore la fattura per tutte le prestazioni mediche e tecniche, come pure per il materiale di consumo che può essere fatturato a parte ed invia all'assicurato una copia della fattura.

⁶ Nel caso del terzo garante, entro l'introduzione della TARMED, sarà elaborata una soluzione vincolante e praticabile sulle modalità di fatturazione elettronica, nell'ambito del "Forum per uno scambio elettronico delle informazioni e dei dati nella sanità" (vedere allegato 3).

⁷ La fattura deve contenere le seguenti indicazioni:

- a. nome, indirizzo e numero di registrazione (n. reg.)² dell'ospedale; numero EAN (codifica a barre europea) ed eventualmente il numero dummy dei medici fornitori di prestazioni secondo l'allegato 8; numero della fattura
- b. nome, indirizzo, data di nascita e - se disponibile - il numero di assicurato del paziente
- c. motivo del trattamento (malattia, infortunio, maternità o infermità congenita)
- d. date delle prestazioni
- e. posizioni tariffali, numero e denominazione
- f. punti di tariffa, valore del punto di tariffa
- g. diagnosi indicata con il codice di diagnosi convenuto secondo l'allegato 4
- h. indicazione delle prestazioni non obbligatorie secondo LAMal
- i. data della fattura

⁸ Se un paziente cambia il suo assicuratore malattia per il 30 giugno o per il 31 dicembre, su richiesta dell'assicurato l'ospedale allestisce una fattura intermedia per 30.06. o il 31.12. entro il 15.08. dello stesso anno civile, rispettivamente entro il 15.02. dell'anno seguente.

⁹ Con la fatturazione elettronica, l'assicuratore paga all'ospedale la parte incontestata della fattura entro 30 giorni.

¹⁰ Nel sistema del terzo pagante è esclusa la fatturazione all'ospedale di somme scoperte dovute dall'assicurato all'assicuratore.

¹¹ In caso di pagamento tardivo da parte del garante, sarà applicato un interesse di mora del 5% dopo 30 giorni, ossia a partire dal 31. giorno.

¹² Restano riservati ulteriori accordi a livello cantonale.

Art. 10 Garanzia della qualità

¹ Gli ospedali che aderiscono al presente contratto si impegnano a partecipare ai provvedimenti per la garanzia e il controllo della qualità secondo l'art. 58 LAMal. La promozione della qualità negli ospedali è regolamentata nell'ambito del contratto base tra H+ e CAMS (oggi santésuisse) dagli interventi previsti per la gestione della qualità.

² Nell'ambito della TARMED, le esigenze specifiche di qualità sono legate alle unità funzionali e ai valori intrinseci secondo l'art. 6 del presente contratto.

² santésuisse attribuisce ad ogni fornitore di prestazioni riconosciuto un numero di registrazione (n. reg.)

Art. 11 Economicità

¹ Gli ospedali che aderiscono al contratto devono limitare i trattamenti, la prescrizione e la somministrazione di medicinali, come pure la prescrizione e l'esecuzione di misure terapeutiche scientificamente riconosciute e di analisi, a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura (ai sensi dell'art. 56 LAMal).

² Le parti s'impegnano, ai sensi dell'art. 56, cpv. 5, LAMal e degli articoli 76 e 77 OAMal ad elaborare dati e criteri atti a controllare e garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni secondo la legge. I lavori dovranno essere conclusi entro il termine della fase d'introduzione di neutralità dei costi. Le modalità sono regolate nell'allegato 6 del presente contratto.

Art. 12 Commissione paritetica d'interpretazione (CPI)

Le parti contrattuali TARMED creano una commissione paritetica d'interpretazione (CPI) con la competenza esclusiva e totale di interpretare la TARMED in modo uniforme ed impegnativo per tutta la Svizzera. Le modalità sono regolate nell'allegato 7 del presente contratto.

Art. 13 Commissione paritetica di fiducia

¹ Ospedali e assicuratori devono organizzare a livello nazionale una commissione paritetica di fiducia (CPF).

² Alla CPF nazionale possono essere affidati i seguenti compiti:

- a. conduzione delle trattative in caso di disdetta del contratto base TARMED tra santésuisse e H+ o in caso di assenza di contratto
- b. interpretazione del contratto base TARMED tra santésuisse e H+
- c. verifica di fatture ospedaliere contestate
- d. controllo dei trattamenti ospedalieri sulla base dei criteri EAE elaborati dalle parti
- e. infliggere sanzioni nei confronti di singoli ospedali o assicuratori in caso di violazione della LAMal, delle relative ordinanze e del contratto base TARMED tra santésuisse e H+ o dei suoi allegati
- f. trasmissione di informazioni su argomenti importanti
- g. altri compiti che le possono essere assegnati, di comune accordo, dalle parti.

³ La commissione paritetica di fiducia (CPF) interpellata da una delle parti, entro un termine di 2 mesi deve convocarla per una trattativa di mediazione.

⁴ A livello intercantonale, cantonale o intracantonale possono essere create commissioni paritetiche di fiducia indipendenti, alle quali possono essere affidati i seguenti compiti:

- a. conduzione delle trattative in caso di disdetta di un contratto intercantonale, cantonale o intracantonale o in caso di assenza di contratto
- b. interpretazione dei contratti intercantonali, cantonali o intracantonali
- c. comporre eventuali conflitti tra ospedali e assicuratori
- d. infliggere sanzioni nei confronti di singoli ospedali o assicuratori in caso di violazione di un contratto intercantonale, cantonale o intracantonale
- e. altri compiti che le possono essere assegnati, di comune accordo, dalle parti.

Art. 14 Recesso

¹ Ognuna delle parti contrattuali può recedere dal presente contratto al più presto dopo 2 anni dalla sua entrata in vigore, rispettivamente dopo che sia trascorsa la fase d'introduzione sulla neutralità dei costi. Il contratto può essere disdetto per la fine di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi. Determinante per l'osservanza dei 6 mesi è la data del timbro postale.

² Dopo la disdetta di una delle parti, le due parti contraenti intraprendono immediatamente le trattative per un nuovo contratto.

⁴ Se non si giunge alla stipulazione di un nuovo contratto entro il termine dei sei mesi di preavviso, le parti contrattuali devono informare l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

Disposizioni transitorie

Art. 15 Entrata in vigore

¹ Il contratto entra in vigore dopo la firma delle due parti, con la data d'approvazione da parte del Consiglio federale.

² Fornitori di prestazioni e assicuratori possono aderire a questo contratto base mediante dichiarazione scritta, entro il termine di 30 giorni dalla sua pubblicazione negli organi ufficiali d'informazione delle rispettive associazioni.

³ Se il Consiglio federale o il dipartimento competente non dovessero approvare il presente contratto oppure i suoi allegati che sono stati designati quali essenziali³, l'intero contratto con i suoi allegati sarà privo d'oggetto per le parti contrattuali.

⁴ In tutti i Cantoni svizzeri si applicherà la fatturazione sulla base della nuova TARMED a partire dal 01.01.04. Le prestazioni fornite secondo la tariffa precedente (comprese le analisi, la fisioterapia, ecc.) devono essere fatturate con un conteggio intermedio fino a questa data di riferimento. Da questa data deve essere applicata integralmente la nuova tariffa federale.

⁵ La struttura tariffale approvata dal Consiglio federale secondo l'allegato 1 è applicabile anche nel periodo in cui sono pendenti le procedure di approvazione cantonali o le procedure di ricorso presso il Consiglio federale.

Art. 16 Neutralità dei costi

¹ Le parti contrattuali concordano che, conseguentemente al passaggio di tariffa alla TARMED, durante la fase definita di neutralità dei costi, non dovranno esserci, a livello di Cantoni o di comunità convenzionate, cambiamenti di costi, rispettivamente dei ricavi delle prestazioni ambulatoriali prestate in ospedale e sottoposte all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ sono stati dichiarati essenziali, gli allegati 1, 2, 3 e 5

² Le parti contrattuali regolano, nell'allegato 2, i dettagli per un'introduzione della TARMED neutrale dal punto di vista dei costi.

Per **santésuisse** Gli assicuratori svizzeri:

Il presidente:

Il direttore:

.....

.....

Per **H+** Gli ospedali svizzeri (H+):

Il presidente:

L'amministratrice:

.....

.....

Allegati secondo l'elenco all'articolo 1