



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Domande frequenti (FAQ) relative all'introduzione e all'applicazione del **TARMED 1.09** (Ordinanza del Consiglio federale "Modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie") e relativo "Allegato 2" (struttura tariffale) rivolte al segretariato centrale di H+ Gli ospedali Svizzeri¹

Aggiornamento: Berna, 22.02.2018 Settore aziendale Tariffe ed eHealth

1. **Le limitazioni delle quantità** (ad es. Piccolo esame clinico per ogni 5 minuti 6 volte per 3 mesi oppure prestazioni in assenza - 30 volte 1 minuto per 3 mesi ecc.) in futuro varranno per ogni medico o per l'intero ospedale?

Punto di partenza è il cambiamento del settore specializzato/della clinica. Se un paziente nello studio medico indipendente consulta più medici per problemi medico-sanitari diversi evidentemente si parte dall'applicazione separata 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 per ogni settore di medici specializzati.

Il cambiamento del settore specializzato/della clinica può essere documentato sulla fattura inserendo il rispettivo GLN del medico responsabile.

2. **Quali condizioni/quadri clinici devono essere adempiuti per poter fatturare posizioni con la denominazione "con bisogno più importante di cure"?**

Il commento all'Ordinanza del Consiglio federale spiega:

"Un bisogno più importante di cure, nel senso di un bisogno eccezionalmente più importante in tempo, può, per esempio, rivelarsi necessario per pazienti con patologie multiple, per pazienti con limitazioni cognitive di gravità media o acuta, per pazienti con malattie mentali gravi o per pazienti in situazione di malattia grave (p. es. sindrome coronarica acuta o malattie oncologiche instabili). Tuttavia, il trattamento di tali pazienti non autorizza automaticamente l'uso di limitazioni superiori, il bisogno più importante di cure di un paziente deve essere motivato nei confronti dell'assicuratore".

Applicando le posizioni tariffali separate per il bisogno più importante di cure il fornitore di prestazioni indica esplicitamente il bisogno.

La modalità della motivazione non è regolamentata. Valgono dunque le consuete regole in uso nello scambio di informazioni tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore malattia. Le motivazioni medico-sanitarie devono passare tramite il servizio del medico di fiducia. La documentazione della malattia del paziente deve riportare la motivazione contenutistica del bisogno più importante di cure e dunque essere documentabile. Rimane incerto in che modo gli assicuratori malattie analizzeranno il bisogno più importante di cure e la relativa motivazione.

¹ Laddove è il caso, nelle presenti FAQ, con le forme femminili o maschili impiegate nelle denominazioni s'intende sempre anche l'altro sesso.

2.1. Tale **motivazione** deve essere inviata soltanto su richiesta o assieme all'invio della fattura?

L'Ordinanza non indica né quando né come deve essere stilata la motivazione. Le informazioni medico-sanitarie non vanno inserite nella fattura. Rimane incerto in che modo gli assicuratori malati analizzeranno il bisogno più importante di cure e la relativa motivazione.

2.2. Esiste ev. un **foglio/modulo preimpostato per registrare la motivazione** relativa al bisogno più importante di cure (sistema a crocette), per minimizzare il dispendio di tempo del medico?

No, cfr. 2 e 2.1.

2.3. In che modo occorre attuare la regola delle limitazioni nei gruppi di prestazioni (GP-4 e P-11 (prestazioni in assenza)) quando il bisogno di cure cambia nel lasso di tempo dei 3 mesi?

Le prestazioni vanno registrate a seconda del bisogno di cura. Le limitazioni valgono per ogni gruppo di prestazione. All'interno di una seduta le posizioni tariffali possono essere accumulate unicamente all'interno del medesimo gruppo di prestazioni.

3. Dove posso trovare il **browser e l'Ordinanza del Consiglio federale**?

La documentazione ufficiale è disponibile sul sito web dell'UFSP:

- Ordinanza con le spiegazioni relative alla procedura [Tenore e commento del 18 ottobre 2017](#) (PDF, 588 kB, 18.10.2017)
- Browser [Struttura tariffale per le prestazioni mediche \(Registrare prima di aprire e adattare le impostazioni di sicurezza alla voce caratteristiche\)](#) (CHM, 3 MB, 18.10.2017)
- Struttura tariffale scritta [Struttura tariffale per prestazioni mediche \(Allegato 2\)](#) (PDF, 12 MB, 18.10.2017)
- Verbale delle modifiche [Adeguamento della struttura tariffale per prestazioni mediche \(Allegato 1\)](#) (XLS, 1 MB, 18.10.2017)
- Banca dati [Struttura tariffale per prestazioni mediche \(Access banca-dati\)](#) (MDB, 24 MB, 18.10.2017)

4. Da quando sarà **introdotto il tariffario TARMED 1.09**?

Il nuovo tariffario TARMED 1.09 sarà introdotto l'1.1.2018 nel settore della LAMal e per tutti i fornitori di prestazioni.

Nei settori AInf/AM/AI la CTM lascia agli ospedali la decisione quale versione TARMED impiegheranno dal 1° gennaio fino al 31 marzo 2018. In seguito a tale decisione è escluso il cambiamento della versione tariffale nel corso del primo trimestre 2018. Gli ospedali che non sono tecnicamente in grado di fatturare come finora secondo la versione 1.08_BR del TARMED possono notificarlo al SCTM. In tal modo nei confronti degli assicuratori AInf/AM/AI si estingue il diritto alla compensazione della differenza del punto tariffale rispetto alla versione 1.09 dell'UFSP.

Dall'1.4.2018, tramite la nuova tariffa AInf/AM/AI 1.09 (codice 007), gli ospedali interessati possono fatturare in un secondo tempo retroattivamente fino all'1.1.2018 le posizioni tariffali nel settore di prestazioni della CTM che sono state radiate dalla versione 1.09.

5. ***Le prestazioni a carico dell'assicurazione malattia e a carico dell'assicurazione infortuni, invalidità o militare (AInf/AI/AM) vanno fatturate nel medesimo modo?***

Tutte le prestazioni a carico delle casse malattia vanno fatturate mediante la versione 1.09 regolamentata. Il Forum Scambio dei dati ha assegnato alla versione il codice tariffale 001, esso comprende tutte le posizioni tariffali dell'allegato 2 (struttura tariffale) dell'Ordinanza del Consiglio federale "Modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie". Dall'1.4.2018 anche tutte le prestazioni a carico dell'AInf/AI/AM andranno fatturate mediante la versione 1.09.

Gli ospedali che hanno deciso di fatturare già dall'1.1.2018 le proprie prestazioni dell'AInf/AI/AM mediante la versione 1.09, possono farlo.

Dall'1.4.2018 ci sarà a disposizione un elenco separato per le prestazioni che non sono elencate nella versione 1.09 nel modo in cui vanno applicate dalla CTM e dai fornitori di prestazioni. Tale elenco reca il codice tariffale 007 e concerne soprattutto le perizie richieste dagli assicuratori (AInf/AI/AM). Per il lasso di tempo tra l'1.1.2018 e il 31.3.2018 è ammesso fatturare tali prestazioni mediante l'elenco citato in un secondo momento.²

Già dall'1.1.2018 per l'attuale capitolo 38 (Profilassi delle malattie professionali secondo la Legge assicurazione infortuni {LAInf}) è disponibile un elenco (codice tariffario 050). I fornitori di prestazioni che desiderano far uso di tale elenco sono pregati di rivolgersi alla SUVA, Dr.med. Claudia Pletscher (primario di medicina del lavoro).

6. ***Per il tempo di anestesia negli esami TAC e RMI eventualmente necessari è possibile fatturare ora il tempo effettivo di anestesia secondo il verbale di anestesia?***

Nelle posizioni tariffali prive di un tempo stabilito per la prestazioni in senso stretto vale il tempo di incisione-sutura degli interventi operatori rispettivamente il tempo per l'esame ai sensi del verbale di anestesia in caso di interventi diagnostici; per gli interventi multipli valgono le classi di rischio elencate nelle posizioni tariffali.

7. ***I nostri medici generici forniscono le prestazioni più disparate nell'ambulatorio dell'ospedale. Nella fatturazione dobbiamo applicare il fattore di scala PM attribuito a ogni prestazione? Siamo partiti dal presupposto che secondo il concetto di valore intrinseco il primario del corrispondente reparto clinico debba disporre del valore intrinseco relativo alla prestazione fornita e che all'interno dell'istituzione ospedaliera non dobbiamo dunque effettuare alcuna riduzione nella PM per i medici generici.***

Se un medico generico fornisce prestazioni ambulatoriali nel settore ospedaliero e se nella fatturazione di queste prestazioni vengono impiegate posizioni tariffali con il valore intrinseco "tutti", anche l'ospedale nella fatturazione deve applicare il fattore di scala PM come da TARMED 1.09.

Motivazione: nella [Convenzione sull'applicazione del principio del valore intrinseco all'ospedale](#), il punto 2 Fornitura di prestazioni, stabilisce che di principio le prestazioni TARMED possono essere fatturate unicamente se il medico che ha fornito la prestazione comprova mediante il proprio numero di identificazione (GLN) il valore intrinseco medico necessario, come da posizione tariffale. I medici che dispongono del titolo di perfezionamento Medico generico sono autorizzati a fatturare le prestazioni con il valore intrinseco "tutti" e l'ospedale in tal caso deve applicare il fattore di scala PM.

Se un medico generico invece fornisce prestazioni per cui non dispone del valore intrinseco necessario, vale la seguente regola della Convenzione:

Se, settore ambulatoriale dell'ospedale, una prestazione medica è fornita da un medico che non dispone del valore intrinseco necessario a tale scopo, accanto alla posizione della prestazione occorre indicare anche il numero d'identificazione del medico che assume la responsabilità professionale specialistica nell'ambito dell'ospedale. Il medico responsabile deve disporre, a questo proposito, dei valori intrinseci relativi alla prestazione fornita ed essere pronto ad intervenire al momento della fornitura della prestazione.

² La decisione della CTM è disponibile al seguente indirizzo: [LINK al sito web CTM SCTM](#)

8. *I nostri medici generici forniscono le prestazioni più disparate nell'ambulatorio dell'ospedale. Nella fatturazione dobbiamo applicare il fattore di scala PM attribuito a ogni prestazione? Siamo partiti dal presupposto che secondo il concetto di valore intrinseco il primario del corrispondente reparto clinico debba disporre del valore intrinseco relativo alla prestazione fornita e che all'interno dell'istituzione ospedaliera non dobbiamo dunque effettuare alcuna riduzione nella PM per i medici generici.*

Se un medico generico fornisce prestazioni ambulatoriali nel settore ospedaliero e se nella fatturazione di queste prestazioni vengono impiegate posizioni tariffali con il valore intrinseco "tutti", anche l'ospedale nella fatturazione deve applicare il fattore di scala PM come da TARMED 1.09.

Motivazione: nella [Convenzione sull'applicazione del principio del valore intrinseco all'ospedale](#), il punto 2 Fornitura di prestazioni, stabilisce che di principio le prestazioni TARMED possono essere fatturate unicamente se il medico che ha fornito la prestazione comprova mediante il proprio numero di identificazione (GLN) il valore intrinseco medico necessario, come da posizione tariffale. I medici che dispongono del titolo di perfezionamento Medico generico sono autorizzati a fatturare le prestazioni con il valore intrinseco "tutti" e l'ospedale in tal caso deve applicare il fattore di scala PM.

Se un medico generico invece fornisce prestazioni per cui non dispone del valore intrinseco necessario, vale la seguente regola della Convenzione:

Se, settore ambulatoriale dell'ospedale, una prestazione medica è fornita da un medico che non dispone del valore intrinseco necessario a tale scopo, accanto alla posizione della prestazione occorre indicare anche il numero d'identificazione del medico che assume la responsabilità professionale specialistica nell'ambito dell'ospedale. Il medico responsabile deve disporre, a questo proposito, dei valori intrinseci relativi alla prestazione fornita ed essere pronto ad intervenire al momento della fornitura della prestazione.

9. *Per il materiale utilizzato per il trattamento nell'ambito dell'applicazione del TARMED è possibile fatturare dei **set di materiale**? Si cita la decisione CPI I-17001 secondo cui i set di materiale non possono più essere fatturati. Siamo in dubbio.*

Nella fatturazione delle prestazioni H+ raccomanda di tener conto delle decisioni CPI fino alla versione 1.58 pubblicata. Non occorre tener conto delle decisioni successive all'1.7.2016 - in particolare la decisione 17001 relativa ai set di materiale. Ciò vale per i fornitori di prestazioni che avevano dichiarato tramite H+ di aderire alla Convenzione quadro TARMED. Per H+ è poco chiaro se altri fornitori di prestazioni debbano tener conto di questa decisione CPI.

H+ è dell'opinione che i set di materiale venduti in commercio possono essere fatturati. I set confezionati all'interno dell'ospedale/della clinica non sono fatturabili.

10. *In qualità di membro di H+ intendiamo dichiarare una **nuova unità funzionale da ammettere** nella banca dati delle unità funzionali. Come dobbiamo procedere?*

Per principio è discutibile se per l'applicazione del TARMED 1.09 siano ancora valide le decisioni del partenariato tariffale finora adottate nell'ambito di TARMED Suisse.

La banca dati delle unità funzionali gestita nell'ambito della PaKoDig viene gestita dal H+ unicamente per i propri membri. Le autocertificazioni vanno inviate a H+ e ogni trimestre gli assicuratori ricevono la parte della banca dati gestita da H+.

Gli assicuratori hanno l'opportunità di prendere visione in loco (presso il segretariato centrale) dei documenti che hanno generato iscrizioni nella banca dati delle unità funzionali da parte di H+.

Domande frequenti relative al diritto tariffale nel contesto del TARMED

11. La **convenzione quadro tra H+ e santésuisse** è ancora valida?

No, H+ ha disdetto entro i termini previsti (fine giugno 2016 per il 31 dicembre 2016) la convenzione quadro approvata nel 2002 dal Consiglio federale, compresi tutti i documenti validi collegati. Tale convenzione quadro, tutti gli accordi collegati e in particolare la struttura tariffale non sono più validi già dal 1° gennaio 2017. (la struttura tariffale è stata prorogata, cfr. qui di seguito al punto 11.)

12. La **convenzione quadro tra FMH e santésuisse** è ancora valida?

Sì, questa convenzione non è stata disdetta e vale ancora per i medici negli studi medici e per gli studi medici di gruppo, se hanno aderito alla convenzione quadro. Tuttavia, per gli ospedali e le cliniche la convenzione quadro tra FMH e santésuisse non è valida.

13. Qual è la **struttura tariffale** valevole per le prestazioni mediche ambulatoriali **prima del 1° gennaio 2018**?

Nel 2017 vale il TARMED 1.08_BR. I partner tariffali, FMH, H+, santésuisse, curafutura e CTM hanno prorogato tale struttura tariffale fino al 31 dicembre 2017.

14. Qual è la **struttura tariffale** valevole per le prestazioni mediche ambulatoriali **dal 1° gennaio 2018**?

- Per le prestazioni singole fatturate tramite la LAMal vale unicamente il TARMED 1.09 stabilito dal Consiglio federale.
- Nell'Alnf/AM/Al la CTM lascia agli ospedali la decisione quale versione TARMED impiegheranno dal 1° gennaio fino al 31 marzo 2018. In seguito a tale decisione è escluso il cambiamento della versione tariffale nel corso del primo trimestre 2018. Gli ospedali che non sono tecnicamente in grado di fatturare come finora secondo la versione 1.08_BR del TARMED possono notificarlo al SCTM. In tal modo nei confronti degli assicuratori Alnf/AM/Al si estingue il diritto alla compensazione della differenza del punto tariffale rispetto alla versione 1.09 dell'UFSP.
- Dall'1.4.2018, tramite la nuova tariffa Alnf/AM/Al 1.09 (codice 007), gli ospedali interessati possono fatturare in un secondo tempo retroattivamente fino all'1.1.2018 le posizioni tariffali nel settore di prestazioni della CTM che sono state radiate dalla versione 1.09.
- I partner tariffali possono concordare tariffe a tempo o forfettarie, come ad esempio per le operazioni della cataratta.

15. Gli ospedali e gli assicuratori possono stipulare **accordi supplementari** nell'ambito del TARMED?

Sì, i partner tariffali sono liberi di stipulare accordi supplementari, ad esempio riguardanti le modalità di pagamento, nel quadro del TARMED 1.09.

16. I **vecchi accordi** tra ospedali e assicuratori concernenti il TARMED sono ancora validi?

La situazione giuridica non è chiara.

- Se non vi sono riferimenti alla convenzione quadro TARMED tra H+ e santésuisse, gli accordi tra ospedali e assicuratori dovrebbero ancora essere validi.
- Se sussiste un riferimento alla convenzione quadro TARMED tra H+ e santésuisse, l'accordo tra ospedali e assicuratori potrebbe anche non essere valido (analogamente alla DTAF Physio TG). Se però nella prassi gli ospedali e gli assicuratori mantengono le regole del loro vecchio accordo, è possibile partire dal presupposto che quest'ultimo continui a essere applicabile. Se un partner non dovesse più voler osservare le regole, H+ consiglia di rinegoziare l'accordo.