

Convenzione amministrativa cure ambulatoriali

Numero di convenzione: 31.500.2120G

del 1° gennaio 2022

concernente la

remunerazione delle prestazioni di cura ambulatoriali previste dell'assicurazione malattia obbligatoria

secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

tra

**l'Associazione svizzera
delle infermiere e degli infermieri SBK**
Choisystrasse 1
3008 Berna

in seguito: **SBK**

e

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | N. UFSP 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | N. UFSP 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | N. UFSP 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | N. UFSP 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | N. UFSP 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | N. UFSP 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | N. UFSP 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | N. UFSP 290 | CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | N. UFSP 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | N. UFSP 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | N. UFSP 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | N. UFSP 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | N. UFSP 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | N. UFSP 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | N. UFSP 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | N. UFSP 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | N. UFSP 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | N. UFSP 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | N. UFSP 881 | EGK Grundversicherungen AG |
| 20. | N. UFSP 901 | sanavals Gesundheitskasse |
| 21. | N. UFSP 923 | Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK |
| 22. | N. UFSP 941 | sodalis gesundheitsgruppe |
| 23. | N. UFSP 966 | vita surselva |

24.	N. UFSP 1040	Verein Krankenkasse Visperterminen
25.	N. UFSP 1113	Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative
26.	N. UFSP 1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl
27.	N. UFSP 1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil
28.	N. UFSP 1322	Krankenkasse Birchmeier
29.	N. UFSP 1331	Krankenkasse Stoffel, Mels
30.	N. UFSP 1384	SWICA Krankenversicherung AG
31.	N. UFSP 1386	Galenos AG
32.	N. UFSP 1401	rhenusana
33.	N. UFSP 1479	Mutuel Assurance Maladie SA
34.	N. UFSP 1507	AMB Assurance SA
35.	N. UFSP 1535	Philos Assurance Maladie SA
36.	N. UFSP 1542	Assura-Basis SA
37.	N. UFSP 1555	Visana AG
38.	N. UFSP 1560	Agrisano Krankenkasse AG
39.	N. UFSP 1568	sana24 AG
40.	N. UFSP 1570	vivacare AG
41.		Istituzione comune LAMal Industriestrasse 78, 4600 Olten, nella sua funzione di assistenza reciproca giusta l'articolo 19 capoverso 1 OAMal

in seguito: **assicuratori**

rappresentati come da procura da

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soletta

L'SBK e gli assicuratori sono denominati insieme come **parti contraenti**

I. Disposizioni generali

Art. 1 Parti contraenti

La presente convenzione si applica:

- a) alle infermiere e agli infermieri che hanno aderito alla presente convenzione amministrativa (di seguito „fornitori di prestazioni “);
- b) a ciascun assicuratore malattie contraente;
- c) a ciascun assicuratore malattie autorizzato ai sensi della LAMal che ha stipulato la presente convenzione secondo l'articolo 5;
- d) all'SBK, nella misura in cui si assume esplicitamente diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione;
- e) a tarifsuisse sa, nella misura in cui si assume esplicitamente diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione.

Art. 2 Campo di applicazione

¹ La presente convenzione amministrativa concerne la remunerazione delle prestazioni a favore di persone assicurate presso un assicuratore contraente secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

² La presente convenzione amministrativa disciplina l'applicazione degli importi fissati per legge e la gestione amministrativa delle prestazioni di cura secondo l'articolo 25a LAMal e l'articolo 7 e seguenti OPre dispensate da infermiere e infermieri ai sensi dell'articolo 49 OAMal. Le prestazioni non disciplinate dall'articolo 7 e seguenti Opre che possono essere fornite anche da infermieri (ad es. consulenza per l'allattamento) sono regolamentate in un contratto separato.

³ La LAMal e la presente convenzione amministrativa distinguono tra le cure ambulatoriali fornite da infermieri al domicilio del paziente o nei locali degli infermieri (studio medico) e quelle dispensate in strutture diurne o notturne. La presente convenzione si applica a entrambe le predette forme di cure ambulatoriali. Si pratica una differenza nella remunerazione (vedi art. 10 cpv. 4 della presente convenzione).

⁴ I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per le seguenti categorie: cure e assistenza di lunga durata nonché strutture diurne o notturne.

⁵ Le **prestazioni di cura ambulatoriali** sono fornite al domicilio del paziente o nei locali dell'infermiere (studio medico). La remunerazione è disciplinata all'articolo 7a capoverso 1 OPre.

⁶ Sono considerate prestazioni di cura ambulatoriali in **strutture diurne o notturne**: strutture diurne o notturne quali Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD e altre offerte analoghe. il paziente o la paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell'arco delle 24 ore ci si può avvalere della struttura diurna o notturna. Non è possibile cumulare le offerte. La remunerazione delle prestazioni di cura è disciplinata all'articolo 7a capoverso 4 OPre.

II. Adesione e recesso dei fornitori di prestazioni

Art. 3 Adesione da parte del fornitore di prestazioni

¹ Alla presente convenzione possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che adempiono i requisiti di cui all'art. 49 OAMal e che dispongono di una autorizzazione in virtù del diritto cantonale. Se un fornitore di prestazioni è titolare di più di un numero RCC attivo (ad es. in Cantoni diversi), deve aderire alla convenzione separatamente con ciascun numero.

² Il fornitore di prestazioni che aderisce alla presente convenzione accetta senza riserve tutte le disposizioni della convenzione e dei suoi allegati. Questi ultimi sono parte integrante della presente convenzione.

³ La procedura di adesione viene avviata dall'SBK dopo la sottoscrizione integrale della convenzione amministrativa. Devono essere rispettate le disposizioni della legge sull'assicurazione malattie. L'SBK disciplina le modalità delle adesioni e dei recessi e ne assume integralmente la relativa responsabilità. In particolare, è responsabile che alla presente convenzione aderiscano esclusivamente fornitori di prestazioni che soddisfino interamente le condizioni di cui all'articolo 3 capoverso 1 della presente convenzione. Gli assicuratori e tarifsuisse sa non assumono alcun ruolo o responsabilità in merito.

⁴ All'occorrenza, tarifsuisse sa ha il diritto di richiedere all'SBK una copia del formulario di adesione di un fornitore di prestazioni.

⁵ Se l'adesione avviene al più tardi entro il 31 luglio 2022, ha effetto retroattivo al 1° gennaio 2022. Se avviene dopo tale data, fa stato il giorno in cui la dichiarazione di adesione è stata recapitata all'SBK.

⁶ L'SBK fa pervenire mensilmente a tarifsuisse sa la lista aggiornata dei fornitori di prestazioni che hanno aderito ai sensi del capoverso 7.

⁷ L'SBK comunica a tarifsuisse sa (all'att. del reparto *Vertragsanschluss-Management VAM*, e-mail: vam@tarifsuisse.ch) le adesioni avvenute, esclusivamente con una tabella Excel sulla base del modello nell'allegato 2. Per gli assicuratori, la lista vale come dichiarazione di adesione o di recesso vincolante alla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni che vi figurano. Il VAM respinge all'SBK, senza trattarle, le liste non conformi al modello o che contengono dati non corretti oppure che elencano fornitori di prestazioni che non soddisfano le condizioni di cui al capoverso 1.

Art. 4 Recesso dalla convenzione da parte del fornitore di prestazioni

¹ La recessione dalla convenzione avviene mediante dichiarazione scritta e firmata da parte del fornitore di prestazioni all'attenzione dell'SBK, che a sua volta informa tarifsuisse sa tramite la lista di adesione e recesso di cui all'articolo 3 capoversi 6 e 7.

² Si può dichiarare il recesso dalla convenzione per la fine dell'anno civile rispettando un termine di disdetta di 6 mesi, la prima volta per il 31 dicembre 2023. Si applica il principio della ricezione, ossia fa stato la data in cui tarifsuisse sa ha ricevuto la lista di adesione e recesso di cui all'articolo 3 capoverso 6.

³ La revoca dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione comporta automaticamente il recesso immediato dalla convenzione senza invio della dichiarazione di recesso per la fine dell'anno.

Art. 5 Stipulazione della convenzione da parte di altri assicuratori (diritto di opzione)

¹ A tarifsuisse sa si accorda il diritto di dichiarare applicabili unilateralmente i diritti e gli obblighi della presente convenzione anche per altri assicuratori autorizzati e, di conseguenza, di concludere una nuova convenzione dello stesso contenuto tra il nuovo assicuratore contraente e l'SBK (diritto di opzione).

² La convenzione basata sul diritto di opzione tra il nuovo assicuratore contraente e l'SBK è considerata come conclusa – fatta riserva per l'approvazione da parte dell'autorità competente (art. 46 cpv. 4 LAMal) – nel momento in cui tarifsuisse sa comunica al fornitore di prestazioni il numero UFSP, il nome e l'indirizzo dell'assicuratore unitamente alla dichiarazione che anche

l'assicuratore stipula la presente convenzione. La convenzione basata sul diritto d'opzione perde automaticamente efficacia non appena la presente convenzione tariffale viene a cessare.

³ L'esercizio del diritto d'opzione è valido soltanto se viene praticato da tarifsuisse sa e se tarifsuisse sa è in possesso di una relativa procura che la autorizza a stipulare convenzioni con il nuovo assicuratore contraente.

III. Presupposti per l'erogazione di prestazioni

Art. 6 Condizioni per le prestazioni

¹ Gli assicuratori si assumono i costi delle cure ambulatoriali dispensate - in virtù della valutazione dei bisogni, della prescrizione o del mandato medico - secondo l'articolo 7 capoverso 2 nonché gli articoli 8 e 8a OPre dagli infermieri che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 49 OAMal.

² Sono remunerate le prestazioni secondo l'articolo 7 OPre, sempre che siano fornite personalmente al domicilio del paziente o ambulatorialmente e che il fornitore di prestazioni per il luogo in cui fornisce le prestazioni disponga di un numero di codice creditore (n. RCC) valido.

IV. Prescrizione medica, valutazione e definizione dei bisogni

Art. 7 Prescrizione del medico / valutazione dei bisogni

¹ La fruizione di prestazioni di cura presuppone un mandato medico o una prescrizione del medico ai sensi dell'articolo 8 OPre.

² La valutazione dei bisogni secondo l'articolo 8a OPre viene effettuata da un infermiere qualificato (vedi art. 8a cpv. 1 OPre). I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento standardizzato impiegare per la valutazione dei bisogni.

³ La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente in cui vive, l'analisi del bisogno individuale di cura e di aiuto nonché dei mezzi e apparecchi. (vedi art. 8a cpv. 3 OPre).

⁴ Il risultato deve essere inserito, unitamente ai dati del medico curante, sul formulario di segnalazione dei bisogni secondo gli allegati 3 o 4.

⁵ La valutazione dei bisogni viene svolta sul paziente all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento.

⁶ In caso di intervento contemporaneo presso un assicurato, i fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi e concordare il budget orario comune. Si esclude il cumulo della medesima prestazione (per es. doppia valutazione dei bisogni, consulenza e istruzione). Nella misura in cui un fornitore di prestazioni si faccia rappresentare regolarmente da altri fornitori di prestazioni, i nomi e i numeri RCC di questi ultimi devono essere indicati sul formulario di segnalazione dei bisogni.

⁷ In caso di modifica della sostituzione, all'assicuratore può essere inoltrata una copia con l'aggiunta del nome e del n. RCC del nuovo sostituto.

⁸ La cessione di un caso richiede sempre una nuova valutazione dei bisogni completa e una notifica all'assicuratore, dalla quale deve risultare chiaramente a chi è affidato il caso. Lo stesso vale anche per tutte le sostituzioni.

Art. 8 Definizione dei bisogni all'assicuratore

¹ La definizione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. La definizione viene fatta esclusivamente in conformità agli esempi nell'allegato 3. Nella definizione dei bisogni, i fornitori di prestazioni indicano il tempo necessario previsto giusta l'articolo 8a capoverso 4 OPre.

² Il formulario di definizione dei bisogni va compilato in ogni sua parte e recapitato all'assicuratore entro 14 giorni, ma in ogni caso con la prima fattura mensile, dalla presa di conoscenza (per le prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. a e c OPre) oppure dalla sottoscrizione (per le prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) da parte del medico prescrivente e del fornitore di prestazioni. In assenza di una definizione dei bisogni valida, l'assicuratore non remunera alcuna prestazione.

³ La definizione dei bisogni standardizzata pattuita tra le parti contraenti può essere trasmessa all'assicuratore anche in formato elettronico e strutturato. È responsabilità del fornitore di prestazioni sottoporre all'assicuratore, qualora necessario, la definizione dei bisogni sottoscritta dal medico per prestazioni ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre.

⁴ La data in cui ha effettivamente inizio il trattamento deve coincidere con la data nella quale la prescrizione diventa efficace. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

⁵ I controlli dell'assicuratore sono disciplinati nell'allegato 5.

⁶ La definizione dei bisogni contiene i seguenti dati:

- a) dati relativi alla persona assicurata:
 - cognome e nome
 - data di nascita
 - sesso
 - domicilio
 - numero della tessera di assicurato
 - numero d'assicurazione sociale e /o numero d'assicurato;
- b) motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;
- c) nome dell'assicuratore;
- d) numero RCC e GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
- e) nome, numero RCC e GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
- f) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
- g) inizio e durata della prescrizione medica;
- h) bisogno previsto di prodotti EMAP incl. numero a due cifre del gruppo di prodotti.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 2 cpv. 5 della presente convenzione:

- i) numero previsto di minuti per tipo di prestazione secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a-c OPre al mese e in totale per la durata di validità della prescrizione;
- j) a titolo di informazione supplementare per la segnalazione dei bisogni va allegato un elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre o il foglio di pianificazione delle prestazioni di interRAI con indicazione del numero previsto di interventi per ciascuna prestazione per giorno, settimana o trimestre (esempio nell'allegato 3).

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'art. 2 cpv. 6 della presente convenzione:

- k) stima dell'autonomia;

l) numero previsto di attività di cura e minuti al giorno (come da formulario nell'allegato 3) nonché gradi risultanti giusta l'articolo 7a capoverso 3 OPre.

Art. 9 Variazione del bisogno di cure

¹ Se il bisogno di prestazioni di cura cambia stabilmente, va eseguita una nuova valutazione dei bisogni.

² Se il bisogno di prestazioni di cura cambia temporaneamente nel corso dell'intervento, eccedendo significativamente il numero di ore prescritte, questa variazione deve essere comunicata subito per iscritto all'assicuratore.

V. Remunerazione delle prestazioni

Art. 10 Remunerazione delle prestazioni di cura

¹ Dalla caratteristica personale del n. RCC risulta che

- ogni persona qualificata che collabora alle cure deve essere autorizzata, ossia disporre di un proprio n. RCC,
- l'infermiere qualificato può fatturare esclusivamente le prestazioni che ha fornito personalmente,
- la convenzione amministrativa vieta in particolare agli infermieri di fatturare all'assicurazione malattie obbligatoria le prestazioni fornite da un infermiere qualificato da essi assunto, anche se dispone di un n. RCC.

² Gli assicuratori assumono contributi di cui all'art. 7a OPre per i costi delle misure di valutazione, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.

³ Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente dispensate. Non sono ammesse fatture anticipate.

⁴ Con il pagamento dei contributi:

- a) di cui all'articolo 7a capoversi 1 e 2 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura dei singoli fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 5 della presente convenzione giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre;
- b) di cui all'articolo 7a capoverso 4 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'articolo 4 capoverso 6 della presente convenzione giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre.

⁵ Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni giusta l'articolo 7 OPre mentre il paziente si trova in ospedale o in casa di cura (incl. cure acute e transitorie stazionarie). Questo non vale per il giorno di ammissione e di dimissione né per la valutazione dei bisogni e le prestazioni di coordinamento, che devono avvenire già durante la degenza ospedaliera per garantire un percorso di trattamento ottimale. Inoltre, il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni ambulatoriali di cure e assistenza di lunga durata giusta l'articolo 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie.

⁶ Ai sensi della presente convenzione non possono essere conteggiate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie le prestazioni non menzionate in questa sede (ad es. medicinali ecc.).

Art. 11 Remunerazione dei mezzi e apparecchi

¹ Gli assicuratori assumono come elencato qui di seguito i costi esclusivamente per i mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico che figurano sull'elenco dei mezzi e apparecchi (allegato 2 OPre):

a) Mezzi e apparecchi della categoria A

Non è consentito fatturare separatamente i materiali di consumo semplici direttamente connessi con le prestazioni di cura (per es. guanti, garza, disinfettanti, mascherina e abiti di protezione) nonché i mezzi e apparecchi riutilizzabili per vari pazienti (per es. sfigmomanometri, stetoscopi, termometri, cuscini ergonomici speciali, strumenti riutilizzabili come forbici o pinzette), dal momento che sono inclusi nei contributi degli assicuratori secondo l'articolo 7a capoverso 1. Ciò vale anche nel caso in cui tali mezzi e apparecchi vengano forniti da centri di consegna EMAP (per es. farmacie).

b) Mezzi e apparecchi della categoria B

I fornitori di prestazioni fatturano al massimo l'importo massimo Cure figurante nell'EMAp per i mezzi e gli apparecchi consegnati o utilizzati sia dalle persone assicurate sia dalle persone non professioniste che collaborano alle cure o dagli infermieri.

c) Mezzi e apparecchi della categoria C

I mezzi e gli apparecchi che possono essere utilizzati esclusivamente da infermieri vengono conteggiati analogamente ai mezzi e apparecchi della categoria B.

² La fatturazione elettronica avviene tramite la tariffa separata 454 per mezzi e apparecchi nelle cure.

³ Come disposto all'articolo 56 capoverso 3 LAMal, il fornitore di prestazioni deve fare usufruire il debitore della remunerazione dei ribassi concessi dai fornitori.

⁴ Occorre osservare le limitazioni specificate nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi.

⁵ Se i materiali fatturati superano l'importo massimo rimborsabile secondo EMAP, la quota che supera l'importo massimo va addebitata direttamente alla persona assicurata. Per gli importi massimi rimborsabili annuali si fattura all'assicuratore malattie, con cadenza mensile, al massimo il rispettivo importo pro rata (importo massimo rimborsabile annuale diviso 12 mesi).

VI. Fatturazione e modalità di pagamento

Art. 12 Fatturazione

¹ La fatturazione avviene mensilmente.

² Sulla fattura figurano i seguenti dati:

a) dati relativi alla persona assicurata

- cognome e nome
- data di nascita
- sesso
- domicilio
- numero della tessera di assicurato
- numero d'assicurazione sociale e /o numero d'assicurato;

b) motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;

c) nome dell'assicuratore;

d) numero di fattura completo del fornitore di prestazioni per la persona assicurata in questione compresa la data della fattura;

- e) numero RCC e GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di fattura elettronica o se disponibile);
- f) nome, numero RCC e GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di fattura elettronica o se disponibile);
- g) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio//elevato), se noto;
- h) durata della/e prescrizione/i mediche per il periodo di fatturazione;
- i) numero completo della posizione EMAp e quantità; tutt'al più importo massimo rimborsabile C come da EMAp, per prodotto.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'articolo 2 capoverso 5 della presente convenzione:

- j) minuti erogati (decimali) per genere di prestazione secondo l'articolo 7 capoverso 2 lett. a-c OPre, calendario.

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'articolo 2 capoverso 6 della presente convenzione:

- k) classificazione secondo l'allegato 4;
- l) calendario con il relativo livello di contributo.

³ Il fornitore di prestazioni fattura all'assicuratore esclusivamente le prestazioni obbligatorie indicate nella presente convenzione. Le prestazioni non obbligatorie vanno fatturate separatamente.

Art. 13 Modalità di pagamento

¹ In conformità alla presente convenzione amministrativa, l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante, art. 42 cpv. 2 LAMal).

² In deroga al capoverso 1, a partire dal 1° gennaio 2023 si applica il sistema del terzo garante per tutte le fatture non trasmesse elettronicamente.

³ In deroga al capoverso 1, singoli assicuratori e fornitori di prestazioni possono convenire il sistema del terzo garante. Il fornitore di prestazioni informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione delle prestazioni.

⁴ L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla convenzione e alla legge.

⁵ L'assicuratore corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro trenta giorni.

⁶ Il termine di pagamento decorre dal momento in cui l'assicuratore dispone di tutti i documenti necessari per il controllo della fattura conforme alla convenzione e alla legge.

⁷ In caso di contestazioni motivate, i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi dell'articolo 13 capoverso 5.

Art. 14 Scambio elettronico dei dati

Le parti contraenti disciplinano lo scambio elettronico dei dati come indicato qui di seguito:

- al più tardi dal 1° gennaio 2023, la **fatturazione** avviene elettronicamente sulla base dei vigenti standard XML e direttive del Forum *Datenausgleich*.
- Le parti contraenti intendono introdurre lo scambio elettronico dei dati tramite SHIP, non appena lo standard «Cure» sarà utilizzato nella prassi dagli infermieri indipendenti.

Per singoli fornitori di prestazioni o assicuratori che, al momento dell'introduzione di SHIP non sono in grado di segnalare i bisogni con SHIP, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 8 della presente convenzione.

Art. 15 Obbligo di informare

¹ I fornitori di prestazioni riconoscono di essere tenuti per legge (in specie mandato secondo il codice delle obbligazioni) a informare il paziente sulle prestazioni a carico dell'assicurazione malattie di base e sugli eventuali costi non a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

VII. Economicità e garanzia della qualità

Art. 16 Economicità / garanzia della qualità

¹ Il fornitore di prestazioni è tenuto a dispensare i propri servizi e impiegare il materiale utilizzato in modo economico, appropriato ed efficace (artt. 32 e 56 LAMal).

² Il fornitore di prestazioni si impegna a prendere parte alle misure di garanzia e controllo della qualità delle sue prestazioni come dalla relativa convenzione in vigore ai sensi dell'articolo 58a LAMal.

Art. 17 Obbligo di informare da parte dei fornitori di prestazioni

¹ Gli assicuratori sono obbligati per legge a verificare l'obbligo di prestazione e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. A tale scopo attuano i seguenti controlli:

- 1.1 verifica dei documenti trasmessi dall'infermiere come da articolo 8 capoverso 2;
- 1.2 verifica dei documenti richiesti dall'assicuratore e trasmessi all'assicuratore dalla Spitex;
2. verifica dei dossier clienti presso il fornitore di prestazioni;
3. verifica di singoli casi presso l'assicurato.

² L'obbligo di informare gli assicuratori da parte dei fornitori di prestazioni è soggetto al principio della proporzionalità. Le parti interessate osservano la normativa in materia di protezione dei dati. Per questa ragione, la maggior parte dei casi viene verificata in conformità al primo controllo menzionato al capoverso 1.

³ La procedura applicata è disciplinata nell'allegato 5.

VIII. Aspetti formali

Art. 18 Procedura in caso di controversie

¹ Le parti cercano una soluzione concordata per l'eventuale disaccordo tra assicuratori e fornitori di prestazioni.

² I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono adire il tribunale arbitrale cantonale come specificato all'articolo 89 LAMal.

³ Prima della procedura d'arbitrato secondo l'articolo 89 LAMal, su consenso di entrambe le parti viene effettuato un tentativo di conciliazione di concerto con l'assicuratore interessato e l'SBK.

Art. 19 Entrata in vigore, durata della convenzione

La presente convenzione, allegati compresi, entra in vigore il 1° gennaio 2022 ed è valida a tempo indeterminato.

Art. 20 Clausola liberatoria

Qualora dovessero mutare le condizioni alla base della presente convenzione o qualora una o più disposizioni della presente convenzione dovessero essere o diventare del tutto o in parte nulle, ciò non inficia la validità delle restanti disposizioni. In un caso del genere, le parti hanno l'obbligo di adeguare il contratto alle condizioni mutate oppure di sostituire la disposizione nulla o parzialmente nulla con un'altra disposizione, così che lo scopo contrattuale previsto possa essere raggiunto in modo giuridicamente ammissibile (clausola salvatoria).

Art. 21 Disdetta

¹ La presente convenzione può essere disdetta rispettando il termine di preavviso di 6 mesi per la fine dell'anno, la prima volta per il 31 dicembre 2024.

² Gli assicuratori malattie contraenti non costituiscono una società semplice tra di loro, ma ciascun assicuratore stipula separatamente la presente convenzione. La presente convenzione non costituisce diritti e obblighi nel rapporto tra gli stessi assicuratori. La disdetta della convenzione da parte di un assicuratore non incide quindi sulla continuità della convenzione tra i restanti assicuratori e il fornitore di prestazioni.

³ L'SBK può inviare la disdetta a tarifsuisse sa con effetto giuridicamente vincolante, all'attenzione delle parti contraenti, qualora intenda disdire la presente convenzione nei confronti di tutti gli assicuratori per i quali tarifsuisse sa ha stipulato la convenzione. La lettera di disdetta specifica in modo chiaro e inequivocabile la convenzione da disdire unitamente a una dichiarazione in cui specifica in modo inequivocabile che la convenzione viene disdetta per tutti gli assicuratori. La disdetta ai singoli assicuratori non è possibile.

Art. 22 Allegati

Gli allegati indicati qui di seguito costituiscono parte integrante della presente convenzione giusta l'articolo 3 capoverso 2.

Allegato 1

Assicuratori aderenti

Allegato 2

Disposizioni per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni

Allegato 3

Formulari Prescrizione del medico / definizione dei bisogni con allegati

Allegato 4

Formulari Prescrizione del medico / definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne

Allegato 5

Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

Art. 25 Disposizioni finali

¹ La presente convenzione è redatta e firmata in triplice copia. L'SBK e a tarifsuisse sa ricevono una copia ciascuno.

² La versione in lingua tedesca è definitivamente determinante qualora la presente venga tradotta in un'altra lingua e ne insorgano incongruenze tra le varie versioni linguistiche.

Berna,

Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri SBK

Sophie Ley
Presidente

Yvonne Ribi
Amministratrice

Soletta,

tarifsuisse sa

Dr. Renato Laffranchi
Responsabile acquisto prestazioni
Membro della Direzione

Marc Berger
Responsabile negoziati
Acquisto prestazioni Centro

Allegato 1

Lista dei fornitori di prestazioni aderenti

Dove consultare la lista aggiornata dei fornitori di prestazioni aderenti:

Assicuratori:

Registro centrale delle convenzioni (RCCo) di SASIS SA

Allegato 2 Disposizioni per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni giusta l'articolo 3 capoverso 6 della convenzione

Il modello è vincolante per comunicare le adesioni o i recessi. Le liste non conformi al presente modello non potranno essere trattate e verranno rispediti al mittente. Se necessario, tarifsuisse sa potrà modificare il modello e comunicare tempestivamente le modifiche alle associazioni.

Su richiesta, tarifsuisse sa mette a disposizione un modello Excel.

Lista delle adesioni SBK							
N. convenzione: 31.500.xxxxx							
Stato: 1° gennaio 2022							
I seguenti fornitori di prestazioni aderiscono in modo giuridicamente valido ai sensi dell'articolo 3 capoverso 5 della convenzione amministrativa Spitex del 1° gennaio 2022 stipulata tra l' SBK e tarifsuisse sa.							
Adesione dal	Cognome / Nome	Località	Cantone	N. RCC	N. RCC	GLN	Recesso dal
				Lunga durata	SDON		
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Stans	NW		D123407	7601002345678	
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31 marzo 2022
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
1° gennaio 2022	Cognome / Nome	Stein	AG	A123419		7601002234567	
8 gennaio 2022	Cognome / Nome	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
9 gennaio 2022	Cognome / Nome	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
<i>Per data di adesione (adesione più recente per ultimo).</i>				<i>Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti</i>	<i>Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti</i>	<i>GLN tassativamente non formattato, cioè senza spazi</i>	

Le adesioni devono essere ordinate per data di adesione (la più recente per ultimo).

Le adesioni e i recessi nuovi vanno evidenziati con un **colore**.

I fornitori comunicano direttamente a SASIS SA (Divisione RCC) i cambiamenti di nome o indirizzo (che non possono avvenire tramite la lista delle adesioni).

Allegato: Elenco delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre

Cognome _____ Nome _____

Numero	=	Numero di prestazioni	
Frequenza	=	Unità: <ul style="list-style-type: none"> • g2, g3...g7= 2, 3...7 giorni a settimana • s = settimanalmente • m = mensilmente a = annualmente • u = una tantum 	
Esempi			
Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina 2 volte al giorno per 7 giorni a settimana	=	Numero 2	Frequenza g7
Assistenza per bagni medicinali 2 volte a settimana		2	s

Selezionare se la prestazione è prevista	OPre art. 7 cpv. 2	Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre)	Numero: con che frequenza deve essere fornita la prestazione	Frequenza: unità della prestazione prevista
	lett. a punto 1	Valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari con medico e paziente		
	lett. a punto 2	Consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari		
	lett. b punto 1	Controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso)		
	lett. b punto 2	Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina		
	lett. b punto 3	Prelievo di materiale per esame di laboratorio		
	lett. b punto 4	Provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione)		
	lett. b punto 5	Posa di sonde e di cateteri come pure le cure correlative		
	lett. b punto 6	Cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale		
	lett. b punto 7	Somministrazione di medicinali (in particolare per iniezione o per infusione)		
	lett. b punto 8	Somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive		
	lett. b punto 9	Sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico		
	lett. b punto 10	Lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheo-stoma) come pure la pedicure per diabetici		
	lett. b punto 11	Cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza		
	lett. b punto 12	Assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango		
	lett. b punto 13	Assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti		

	lett. b punto 14	Sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri		
	lett. c punto 1	Cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo		
	lett. c punto 2	Provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichica-mente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza		

Allegato 4 Prescrizione del medico / formulario di definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne (esempio)

Prescrizione del medico / formulario di definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne

Cognome..... Assicuratore malattie.....
 Nome N. d'assicurato
 Via.....
 NPA/Località In caso di prestazioni ai sensi LAINF:
 Data di nascita assicuratore infortuni
 Sesso femminile maschile

Degenza per: Malattia Invalidità Infortunio
 Assegno per grandi invalidi: Nessuno Lieve Medio Elevato Non noto
 Durata (art. 8 OPre) valida per: 3 mesi 9 mesi Dal Al
 Sono coinvolti ulteriori fornitori di prestazioni? Sì No Non noto
 In caso affermativo, nome e n. RCC

	Autonomia				Osservazioni			
	--	-	+	++				
Comprendere ed esprimersi								
Orientarsi								
Capacità di partecipazione / Compliance / Adherence								
					Attività di cura		Totale minuti al giorno	Osservazioni
					una volta	più volte		
Muoversi/mobilità								
Mangiare e bere								
Lavarsi e vestirsi								
Evacuare								
Cure di trattamento art. 7 cpv. 2b OPre								
Altre prestazioni (descrizione):								
Totale minuti								
Livello giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre								

Giorni di degenza nella struttura diurna/notturna	alla settimana	al mese
	Durata per giorno di degenza dalle alle	
Durata per giorno di degenza dalle alle		

Particolarità:
 Nome dell'organizzazione: Medico:
 Numero RCC: Numero RCC:
 Data: Data:
 Firma: Firma:

Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere compilato assieme al medico entro e non oltre 14 giorni civili dall'inizio delle cure. La struttura invia l'originale completo all'assicuratore e informa le organizzazioni Spitex o il personale medico indipendente interessati in merito alla degenza.

Allegato 5 Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare per mezzo di procedure di controllo l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate (art. 32 LAMal, art. 8c OPre).

Se, dalla verifica dell'assicuratore, risulta che le prestazioni fatturate non soddisfano i criteri EAE e se gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica (ad es. motivi della limitazione o della modifica, correlazione con la documentazione di cura inviata, lettere e numeri delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 Opre, durata della prestazione), le prestazioni da fornire devono essere adeguate.

L'adeguamento deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (vedi punto 1), qualora i termini siano stati rispettati: a partire dal giorno in cui l'assicuratore comunica l'esito.
- in caso di verifica presso il fornitore di prestazioni o l'assicurato (vedi artt. 2 e 3): il giorno del controllo.

In entrambi i casi restano riservate modifiche retroattive per i singoli casi in cui gli assicuratori, al termine della verifica, sono in grado di dimostrare e motivare gravi violazioni dei criteri EAE da parte dei fornitori di prestazioni.

1. Verifica presso l'assicuratore

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

1.1 *verifica dei documenti trasmessi dall'infermiere come da art. 8 cpv. 6*

Il fornitore di prestazioni mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:

- segnalazione dei bisogni giusta l'articolo 8
- fattura secondo l'articolo 11
- quale allegato alla segnalazione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni secondo interRAI (giusta l'art. 7.2 cpv. 5)

1.2 *Verifica dei documenti richiesti dall'assicuratore e trasmessi dall'infermiere all'assicuratore*

1.2.1 In caso di dubbi sulla documentazione presentata sistematicamente, l'assicuratore può richiedere all'infermiere ulteriori documenti rilevanti per la valutazione (ad es. documento originale della prescrizione del medico, valutazione dei bisogni (ad es. MDS), pianificazione delle cure, decorso delle cure, documentazione della ferita, ecc.) di regola entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione e conformemente all'art. 42 cpv. 5 LAMal.

1.2.2 L'infermiere spedisce la documentazione di cura all'assicuratore di regola entro 15 giorni lavorativi.

1.2.3 Alla ricezione della documentazione, l'assicuratore ha di regola altri 15 giorni lavorativi di tempo per esaminarla e comunicare la decisione all'infermiere. Il rapporto fa riferimento alla documentazione recapitata all'assicuratore fino al momento del controllo.

- 1.2.4 In caso di contestazione, fornitore di prestazioni e assicuratore si impegnano a trovare una soluzione il più rapidamente possibile.

2. Verifica presso il fornitore di prestazioni

Gli assicuratori eseguono verifiche puntuali sulla base di dossier dei pazienti aperti selezionati presso il fornitore di prestazioni.

- 2.1 L'assicuratore annuncia la visita di controllo presso il fornitore di prestazioni. Il controllo viene effettuato entro 30 giorni civili dall'annuncio. In casi eccezionali si può derogare da questo termine di reciproca intesa.
- 2.2 Nel rispetto dell'articolo 42 capoverso 5 LAMal, nonché del principio di proporzionalità, il fornitore di prestazioni prepara nei locali aziendali tutte le informazioni rilevanti relative agli incarti richiesti affinché la persona incaricata del controllo da parte dell'assicuratore le possa visionare.
- 2.3 Dopo aver visionato la documentazione, lo stesso giorno ha luogo uno scambio a voce incl. budget orario attuale tra l'infermiere e la persona incaricata del controllo dall'assicuratore.
- 2.4 A controllo effettuato, il fornitore di prestazioni riceve entro 15 giorni lavorativi un riscontro scritto dall'assicuratore.

3. Verifica di singoli casi presso l'assicurato

Gli assicuratori eseguono verifiche puntuali nell'ambito di un intervento di cura presso l'assicurato.

- 3.1 L'assicuratore informa l'assicurato o un di lui congiunto sullo scopo della visita e fissa direttamente un appuntamento. La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare del fornitore di prestazioni, ma solo con il consenso dell'assicurato o di un suo congiunto. In questo caso l'assicuratore informa il fornitore di prestazioni almeno 10 giorni lavorativi prima della visita programmata. Non è necessario il consenso del fornitore di prestazioni.
- 3.2 A visita di controllo effettuata, l'assicuratore deve fornire un riscontro scritto al fornitore di prestazioni entro 15 giorni lavorativi.