

INTEGRAZIONE ALLE DISPOSIZIONI QUADRO SETTORIALI «PRESTAZIONI SUPPLEMENTARI LCA» – PRESTAZIONI MEDICHE SUPPLEMENTARI

Valido da novembre 2021

Il presente documento approfondisce le disposizioni quadro settoriali «Prestazioni supplementari LCA» (giugno 2021), precisa singoli principi nell'ambito delle prestazioni mediche supplementari¹, nonché della fatturazione e formula le aspettative nei confronti dei partner contrattuali (fornitori di prestazioni e assicuratori malattie complementari).

1 Requisiti dei modelli tariffari per prestazioni mediche supplementari

Sono stati formulati otto requisiti per verificare la conformità dei modelli tariffari alle disposizioni quadro settoriali, questi requisiti devono essere imperativamente soddisfatti ai fini della conformità.

1. Dichiarazione di prestazioni supplementari: viene chiaramente dichiarato che si tratta di una prestazione medica supplementare che esula dalle prestazioni dell'AOMS.
2. Prestazione medica supplementare effettiva: vengono imputate solo le prestazioni che ricadono nella categoria delle prestazioni mediche supplementari.
3. Sufficiente grado di granularità: la prestazione medica supplementare viene descritta con un'adeguata granularità.
4. Pacchetti di prestazioni: l'imputazione delle prestazioni mediche supplementari avviene di regola sulla base di pacchetti di prestazioni e non sulla base di prestazioni singole.
5. Distinzione semiprivato/privato: se pazienti semiprivati e privati ricevono le medesime prestazioni mediche supplementari, viene imputato anche lo stesso importo.
6. Prestazione supplementare effettivamente erogata: vengono imputate solo le prestazioni/i pacchetti di prestazioni mediche supplementari effettivamente erogate/i.
7. Indicazione del medico esecutore: viene identificato il medico che ha erogato la prestazione medica.
8. Valutazione documentata e verificabile: le prestazioni mediche supplementari sono valutate in modo trasparente e verificabile.

Al momento attuale (novembre 2021) nessun modello tariffario soddisfa tutti i requisiti. Tuttavia, il partner contrattuale deve avere la possibilità di adeguare i suoi modelli per conformarli alle disposizioni quadro settoriali entro la fine del 2023. Nel periodo transitorio gli assicuratori malattie complementari stipulano solo contratti a tempo determinato. Occorre mostrare ai partner contrattuali quali attività e misure intermedie devono mettere in atto per conformarsi alle disposizioni quadro settoriali.

¹ Si veda in particolare il principio 5 delle disposizioni quadro settoriali: «Le prestazioni mediche supplementari vengono rimborsate seguendo una chiara base contrattuale; il rimborso della prestazione medica nell'AOMS è indennizzato in base alle tariffe stazionarie e ambulatoriali applicabili.»

2 Contratti di prestazioni supplementari

Le disposizioni quadro settoriali «Prestazioni supplementari LCA» degli assicuratori malattie complementari svizzeri rappresentano la base per i contratti di prestazioni supplementari LCA.

Lo scopo è avere rapporti contrattuali conformi per il conteggio delle prestazioni supplementari LCA, in linea con i principi delle disposizioni quadro settoriali e che si presentano in una delle due seguenti varianti contrattuali:

- **«Un contratto tra l'assicuratore malattie complementare e l'ospedale che eroga le prestazioni»:** in questo contratto viene disciplinato in modo completo e definitivo il rapporto tra l'assicuratore malattia complementare, l'ospedale e il medico operante.
- **«Contratto quadro con l'ospedale e contratto specifico con il medico operante»:** il contratto quadro tra l'assicuratore malattie complementare e l'ospedale disciplina le condizioni generali di riferimento; i contratti specifici contengono una regolamentazione dei dettagli, come ad es. i prezzi.

L'obiettivo è rimborsare le fatture solo in presenza di un contratto conforme alle disposizioni quadro settoriali. Nel periodo di transizione occorre individuare con i partner contrattuali un modo adeguato per conseguire l'obiettivo.

3 Requisiti minimi di fatturazione

Nelle disposizioni quadro settoriali, al principio n. 3 e al principio n. 10, sono stati definiti i principi per la fatturazione. A integrazione dei due principi sono state apportate ulteriori precisazioni per gli assicuratori malattie complementari, gli ospedali e i medici operanti.

Principio n. 3

- Di regola, la fatturazione avviene in forma elettronica.

Principio n. 10

Il formato di un conteggio deve contenere almeno i seguenti elementi:

- indicazione di tutte le prestazioni LCA erogate, incluse tutte le prestazioni mediche

Precisazione: tutte le prestazioni LCA (prestazioni supplementari mediche, cliniche, di vitto e alloggio/comfort) vengono preferibilmente fatturate e accettate secondo il sistema «Tiers Payant». Si punta alla Single Invoice.

- una descrizione delle prestazioni verificabile per il paziente

Precisazione: una descrizione delle prestazioni verificabile contiene (se pertinente nel caso concreto):

- prestazioni supplementari di vitto e alloggio/comfort;
- prestazioni cliniche supplementari;
- prestazioni mediche supplementari;
- libera scelta dell'ospedale;
- scelta dell'ospedale in un altro Cantone.

- menzione attribuibile in modo univoco dei medici curanti/che hanno gestito il caso

Precisazione: se vengono conteggiate prestazioni mediche supplementari occorre specificare il nome del medico che ha erogato la relativa prestazione.