Contratto amministrativo

tra

Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI
Choisystrasse 1
3008 Berna

di seguito denominata **«ASI»**

(**Indirizzo postale**: Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI, Choisystrasse 1, 3001 Berna)

e

Cooperativa di acquisti HSK SA
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

di seguito denominata **«HSK»**

(**Indirizzo postale**: Cooperativa di acquisti HSK SA, Casella postale, 8081 Zurigo)

– collettivamente denominate «**parti contraenti**» –

concernente

l'indennizzo di prestazioni obbligatoriamente a carico dell'assicurazione malattie secondo la LAMal, erogate nel quadro delle cure medico-sanitarie ambulatoriali da parte di infermiere e infermieri

Valido dal 1.1.2025

Indice

Art. 1 Parti contraenti 3
Art. 2 Adesione e recesso dalla convenzione da parte degli assicuratori 3
Art. 3 Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni 3
Art. 4 Campo di applicazione ed entità delle prestazioni 4
Art. 5 Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori 4
Art. 5.1 Obblighi del fornitore di prestazioni 4
Art. 5.2 Obblighi degli assicuratori 5
Art. 6 Condizioni per le prestazioni 5
Art. 7 Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni 5
Art. 7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni 5
Art. 7.2 Segnalazione dei bisogni agli assicuratori 6
Art. 7.3 Variazione del bisogno di cure 8
Art. 8 Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi 8
Art. 9 Fatturazione e modalità di pagamento 9
Art. 9.1 Fatturazione 9
Art. 9.2 Modalità di pagamento 10
Art. 10 Scambio elettronico dei dati (EDI) 10
Art. 11 Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli 10
Art. 12 Validità delle versioni linguistiche 11
Art. 13 Inizio, durata e disdetta della convenzione 11
Art. 14 Allegati alla convenzione 11
Art. 15 Riserva della forma scritta 11
Art. 16 Clausola liberatoria 11
Art. 17 Diritto applicabile / Istanza di conciliazione 12
Art. 18 Disposizioni finali 12
Art. 19 Disposizioni transitorie 12
Allegato 1 - Assicuratori aderenti 14
Allegato 2 - Formulari di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni 15
Allegato 3 - Accordo sui controlli degli assicuratori 19
Allegato 4 - Remunerazione di mezzi e apparecchi 21

Art. 1 Parti contraenti

Parti della presente convenzione sono l'Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI, di seguito denominata «ASI», nonché la Cooperative di acquisti HSK SA, di seguito denominata «HSK».

Art. 2 Adesione e recesso dalla convenzione da parte degli assicuratori

1 La presente convenzione si applica a tutti gli assicuratori affiliati alla Cooperativa di acquisti HSK nella misura in cui entro 14 giorni dopo la sottoscrizione del contratto non comunichino per iscritto ad HSK di non volervi aderire.

2 Gli assicuratori aderenti alla presente convenzione figurano nell'allegato 1. In caso di modifiche, HSK informa l'ASI e tutti gli assicuratori aderenti.

3 Gli assicuratori che non hanno aderito ad HSK possono aderire al presente contratto mediante dichiarazione scritta ad HSK. Essi devono corrispondere una quota di adesione e un contributo annuale alle spese. I dettagli sono disciplinati al di fuori della presente convenzione.

4 Gli assicuratori aderenti alla presente convenzione, di seguito denominati «assicuratori», accettano senza riserve tutte le disposizioni della medesima, inclusi i relativi allegati.

5 Singoli assicuratori possono recedere dalla convenzione rispettando un termine di sei mesi rispettivamente al 31.12., per la prima volta in data 31.12.2022. La dichiarazione di recesso deve essere inoltrata ad HSK per iscritto entro il termine previsto. La convenzione resta integralmente applicabile per gli altri assicuratori.

Art. 3 Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni

1 Ai sensi della presente convenzione, è considerato fornitore di prestazioni autorizzato ad aderire il personale infermieristico che soddisfa i requisiti di cui all'art. 49 OAMal e dispone di un'autorizzazione in virtù del diritto cantonale.

2 Il personale infermieristico può aderire alla presente convenzione con una dichiarazione scritta nei confronti dell'ASI. L'adesione alla convenzione è gratuita per i membri attivi dell'ASI.

3 Il personale infermieristico che non è membro dell'ASI può aderire alla presente convenzione. La procedura (ad es. quota di adesione, ecc.) si basa sulle condizioni dell'ASI.

4 Il personale infermieristico che ha aderito accetta senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.

5 L'ASI fa pervenire ad HSK tramite e-mail: mail@ecc-hsk.info la lista aggiornata delle adesioni. Essa informa HSK in merito a qualsiasi modifica. Al personale infermieristico che ha aderito alla precedente convenzione amministrativa con HSK entro il 31.03.2021, si applica la disposizione transitoria di cui all'art. 19 del presente contratto.

6 Il recesso dalla convenzione, compresi gli allegati, da parte di una persona infermieristica è possibile con un termine di disdetta di 6 mesi sempre con effetto al 30.06/31.12, la prima volta il 31.12.2021.

Il recesso dev'essere comunicato per iscritto all'ASI. L'ASI informa ogni trimestre, per iscritto, HSK in merito alle disdette.

7 Il personale infermieristico può essere escluso da questo contratto dall'ASI per giusta causa. Per giusta causa si intendono gravi violazioni del contratto, il ritiro dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione o il mancato pagamento di tasse dovute.

Art. 4 Campo di applicazione ed entità delle prestazioni

1 La presente convenzione disciplina la gestione amministrativa delle prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 25a LAMal, dell'art. 49 OAMal e degli artt. 7 segg. OPre. Le prestazioni che non sono disciplinate dagli artt. 7 segg. OPre, ma che possono anche essere erogate da infermiere/i (ad es. consulenza per l'allattamento), sono disciplinate in un contratto separato.

2 La convenzione vale per gli assicurati aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presso un assicuratore secondo l'allegato 1.

3 La LAMal e il presente contratto operano una distinzione tra cure ambulatoriali fornite da infermiere e infermieri al domicilio del |della paziente o nello studio del personale infermieristico e tra le cure ambulatoriali fornite in una struttura diurna o notturna. Il presente contratto si applica a entrambe le forme di cure ambulatoriali.

4 La remunerazione delle cure ambulatoriali, fornite al domicilio del |della paziente o nello studio del personale infermieristico è disciplinata dall'art. 7a cpv. 1 OPre.

5 I servizi di cura ambulatoriali in strutture diurne o notturne si riferiscono a istituti come Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD e altri servizi analoghi. Il / La paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell'arco di 24 ore è possibile avvalersi della struttura diurna o di quella notturna. È escluso il cumulo. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 4 OPre.

6 Per le strutture diurne o notturne, di seguito denominate «Strutture diurne o notturne», valgono i seguenti requisiti:

a. un'autorizzazione in qualità di struttura diurna o notturna, se è previsto dal Cantone; Bewilligung für Tages- oder Nachtstrukturen, wenn der Kanton dies vorsieht;

b. un mandato di prestazioni in qualità di struttura diurna o notturna, se è previsto dal Cantone; Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen, wenn der Kanton dies vorsieht;

c. un numero RCC separato per strutture diurne o notturne. separate ZSR für Tages- oder Nachtstrukturen.

Art. 5 Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori

Art. 5.1 Obblighi del fornitore di prestazioni

1 In tutta la corrispondenza che intercorre tra il fornitore di prestazioni e i singoli assicuratori occorre indicare:

- i dati della persona assicurata: cognome, nome, indirizzo, data di nascita, sesso, numero d'assicurato
- nome dell'assicuratore
- dati del fornitore di prestazioni: numero RCC, GLN

2 Nell'ambito dello scambio elettronico di dati possono essere definite ulteriori informazioni che devono essere indicate o trasmesse, nella misura in cui siano conformi alle prescrizioni di legge.

3 Il personale infermieristico ha l'obbligo di informare i propri pazienti, prima della fruizione di prestazioni, circa le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e anche, in modo particolare, circa i costi non assunti dalla stessa.

4 Il personale infermieristico si impegna a rispettare la protezione tariffale secondo l'art. 44 LAMal.

Art. 5.2 Obblighi degli assicuratori

1 La disposizione di cui all'art. 5.1 cpv. 1 si applica anche all'assicuratore.

2 L'assicuratore è tenuto a corrispondere prestazioni solo e nella misura in cui altri assuntori dei costi, in particolare secondo la LAINF, la LAI o la LAM, non devono assumere i relativi costi. L'obbligo di anticipare le prestazioni secondo le disposizioni di legge (art. 70 LPGA) prevale sul presente contratto.

Art. 6 Condizioni per le prestazioni

1 Gli assicuratori si assumono i costi delle prestazioni infermieristiche che vengono effettivamente erogate per cure medico-sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, sulla base della valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. 8 e, dietro prescrizione del medico ai sensi dell'art. 8 Opre, da personale infermieristico che soddisfa le condizioni di cui all'art. 49 OAMal.

2 Sono rimborsate le prestazioni ai sensi dell'art. 7 OPre a condizione che siano state erogate personalmente, in regime ambulatoriale, a domicilio, nello studio del personale infermieristico o in una struttura diurna o notturna e a condizione che il personale infermieristico disponga di un'autorizzazione cantonale per il luogo della fornitura di prestazioni.

Art. 7 Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni

Art. 7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni

1 Se le prestazioni sono erogate ai sensi dell'art. 7, cpv.2, lett. B Opre ,la fruizione di prestazioni di cura presuppone un incarico firmato dal medico o una prescrizione firmata dal medico ai sensi dell'art. 8 OPre. In ogni caso è necessaria e una valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. 8° Opre. Il personale infermieristico può scegliere quale strumento riconosciuto per la valutazione dei bisogni, voglia utilizzare.

2 Il personale infermieristico che ha una formazione inerente al sistema è responsabile della registrazione della valutazione dei bisogni.

3 Il risultato della valutazione dei bisogni di cui al cpv. 1 deve essere trasmesso immediatamente al medico curante per conoscenza. L'autorizzazione medica è necessaria solo per le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre.

4 La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del | della paziente nonché dell'ambiente in cui vive e del bisogno individuale di cura e di aiuto (cfr. art. 8a OPre).

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

6 Nel caso di prestazioni infermieristiche erogate senza prescrizione o incarico del medico, deve essere effettuata un'altra valutazione dei bisogni entro 9 mesi dalla prima valutazione dei bisogni. Dopo 27 mesi, la persona infermieristica deve presentare un rapporto al medico curante entro un mese, descrivendo in particolare la natura, i progressi e i risultati delle prestazioni erogate.

7 Per la proroga o il rinnovo di un incarico o di una prescrizione medica è necessaria una nuova valutazione dei bisogni.

8 Il personale infermieristico o la sua organizzazione deve coordinare i propri servizi per i | le pazienti che hanno in comune e concordare il budget orario.

9 Qualora una persona infermieristica sia regolarmente sostituita da un'altra, il loro nome e il loro numero RCC devono essere indicati nel formulario per la definizione dei bisogni. In caso di cambio di supplente, deve essere inoltrata all'assicuratore una copia dell'attuale formulario per la definizione dei bisogni corredata del nome e del numero RCC della nuova supplenza.

10 In ogni caso, per il trasferimento di un caso è necessaria una nuova e completa valutazione e segnalazione dei bisogni all'assicuratore in cui è chiaramente riportato chi gestisce il caso e quali sono tutti i sostituti.

Art. 7.2 Segnalazione dei bisogni agli assicuratori

1 La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. Nella segnalazione dei bisogni la persona infermieristica di competenza riporta il tempo necessario previsto ai sensi dell'art. 8a cpv. 4 OPre. Le prestazioni effettivamente erogate vengono fatturate ai sensi dell'art. 7.3 del presente contratto.

2 Il risultato deve essere annotato sul formulario per la definizione dei bisogni di cui all'art. 7.2 e agli allegati 2a e 2b.

a) Nella misura in cui si tratta di prestazioni di cure ambulatoriali giusta l'art. 4 cpv. 4 del presente contratto, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 2a.

b) Nella misura in cui si tratta di prestazioni in strutture diurne e notturne giusta l'art. 4 cpv.5 del presente contratto, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 2b

3 Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere compilato in ogni sua parte e recapitato all'assicuratore il più presto possibile, ma in ogni caso con la prima fattura mensile.

a) Per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv.2 lett. A e c OPre, il formulario è firmato dalla persona infermieristica che gestisce il caso.

b) Per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv.2 lett. b OPre, il formulario è firmato dal medico che ha incaricato e dalla persona infermieristica che gestisce il caso.

4 In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, l'assicuratore non remunera alcuna prestazione. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

5 La segnalazione dei bisogni può essere trasmessa all'assicuratore anche per via elettronica secondo le prescrizioni del Forum Datenaustausch. Il fornitore di prestazioni ha la responsabilità di sottoporre all'assicuratore, all'occorrenza, la segnalazione dei bisogni firmata dal medico.

6 I controlli degli assicuratori sono regolamentati nell'allegato 3.

7 La segnalazione dei bisogni contiene i seguenti dati:

a) generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);

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

c) nome dell'assicuratore;

d) numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

e) numero RCC e numero GLN dell'intero personale infermieristico coinvolto (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile)

f) numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

g) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;

h) inizio e durata della segnalazione dei bisogni;

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 4 del presente contratto:

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. Per la segnalazione elettronica dei bisogni valgono le prescrizioni del Forum Datenaustausch;

j) Elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre con indicazione del numero previsto di interventi per ogni prestazione per giorno, settimana, mese o trimestre (esempi nell'appendice all'allegato 2a).

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione:

k) stima dell'autonomia;

l) numero previsto di attività di cura e minuti al giorno, nonché i relativi gradi risultanti giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre

Art. 7.3 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, per diversi giorni, nel corso dell'intervento ed eccede significativamente il numero di minuti prescritti, questa variazione deve essere comunicata per iscritto.

Art. 8 Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi

1 Dalla natura personale del numero RCC risulta:

- che ogni infermiera/e che partecipa alle cure deve essere autorizzata/o, vale a dire disporre di un proprio numero RCC;
- che un'infermiera/un infermiere può fatturare esclusivamente le prestazioni fornite da lei/lui personalmente.

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

3 Il personale infermieristico fattura il contributo corrispondente alle cure erogate secondo l'art. 7a OPre. Sono escluse fatturazioni anticipate.

4 Con il pagamento dei contributi:

a) a) di cui all'art. 7a cpv. 1 e 2 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto dell'assicurazione malattia per misure di cura dei singoli fornitori di prestazioni di cui all'art. 4 cpv. 4 del presente contratto, secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a) – c) Opre;
b) b) di cui all'art. 7a cpv. 3 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto dell'assicurazione malattia per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'art. 7a cpv. 4 OPre e l'art.4 cpv. 5 del presente contratto, per misure di cura giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. a) – c) OPre.

5 Il personale infermieristico non può conteggiare prestazioni ai sensi dell'art. 7 OPre mentre il | la 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 nonché per le valutazioni dei bisogni e le prestazioni di coordinamento, che devono avvenire già durante una degenza ospedaliera per garantire un percorso di trattamento ottimale. Inoltre, il personale infermieristico non può conteggiare prestazioni ambulatoriali di cure e assistenza di lunga durata giusta l'art. 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie. In singoli casi, previo accordo con l'assicuratore, può essere concordata una fatturazione contemporanea di prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 OPre e di prestazioni CAT.

6 I mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 OPre, che vengono consegnati e fatturati dal personale infermieristico, in base alle vigenti premesse legali, sono riportati nell'allegato 4.

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

Art. 9 Fatturazione e modalità di pagamento

Art. 9.1 Fatturazione

1 La fatturazione avviene mensilmente.

2 In caso di trattamenti che si protraggono oltre la fine dell'anno, deve essere emessa una fattura intermedia in data 31.12. Qualora l'assicurato cambi l'assicuratore al 30.6., il fornitore di prestazioni, su richiesta dell'assicuratore precedente, emette una fattura intermedia al 30.6. entro e non oltre il 15.8. dell'anno civile in questione.

3 Il personale infermieristico è tenuto a trasmettere la fattura in conformità agli standard e alle direttive del Forum Datenaustausch, nel quadro delle disposizioni di legge. La "Guida alla fatturazione delle prestazioni di cura" (https://www.sasis.ch) serve da guida per l'attuazione concreta della fatturazione.

4 Qualora singoli fornitori di prestazioni non effettuino lo scambio di dati per via elettronica, i moduli di fatturazione contenenti i dati di cui al capoverso 5 e altri documenti possono essere trasmessi in formato cartaceo.

5 La fattura contiene i seguenti dati:

a) data e numero della fattura;

b) generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);

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

d) nome dell'assicuratore;

e) numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

f) numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

g) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;

h) durata della/e prescrizione/i del medico per il periodo di fatturazione;

i) per l'EMAp: codice tariffario, numero completo della posizione EMAp e quantità (dettagli vedi allegato 4).

Per le prestazioni fornite a domicilio o nello studio dell'infermiera/e di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione:

j) minuti erogati (decimali) per tipo di prestazione secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a) – c) OPre, calendario.

Per le prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione:

k) calendario con il rispettivo livello contributivo.

Art. 9.2 Modalità di pagamento

1 Le parti contraenti convengono che la remunerazione giusta l'art. 7a OPre è dovuta dall'assicuratore (sistema del terzo pagante).

2 In deroga al capoverso 1, la singola persona infermieristica può scegliere che la remunerazione della prestazione sia dovuta dalla persona assicurata (sistema del terzo garante). Il fornitore di prestazioni informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione di prestazioni. La scelta deve avvenire con l'adesione alla convenzione e può essere modificata a decorrere dall'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi. Non è ammesso un cambio per singoli pazienti.

3 L'assicuratore rimborsa al personale infermieristico i costi delle prestazioni da questi fornite in base ai contributi ai sensi dell'OPre e al bisogno di cure notificato.

4 L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla presente convenzione e alla legge. In caso contrario, l'assicuratore richiede al fornitore di prestazioni di emettere una fattura conforme alla convenzione e alla legge.

5 L'assicuratore corrisponde al personale infermieristico il rimborso dovuto entro trenta giorni. In caso di fatturazione elettronica il termine è di venticinque giorni.

6 Il termine 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'art. 9.2 cpv. 5 del presente contratto. L'assicuratore rimane debitore della parte non contestata.

8 I fornitori di prestazioni fatturano agli assicuratori soltanto le prestazioni obbligatorie menzionate nella presente convenzione. In particolare, le prestazioni non obbligatorie di cui all'art. 59 cpv. 2 OAMal devono essere conteggiate separatamente dalle prestazioni AOMS.

Art. 10 Scambio elettronico dei dati (EDI)

Le parti contraenti sono favorevoli allo scambio elettronico di dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori, tenendo conto della legge sulla protezione dei dati personali.

Art. 11 Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli

1 Il fornitore di prestazioni si impegna a dispensare le prestazioni in modo efficace, appropriato ed economico, rispettando in tale contesto gli standard di qualità secondo la LAMal, di volta in volta in vigore.

2 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La relativa procedura è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 3.

3 Le condizioni per lo sviluppo della qualità valevoli in tutta la Svizzera (accordo contrattuale per la promozione della qualità) vengono stipulate in un accordo separato tra l'ASI e l'Associazione degli assicuratori-malattie svizzeri.

Art. 12 Validità delle versioni linguistiche

La presente convenzione è redatta e sottoscritta in lingua tedesca. La convenzione è tradotta in francese e italiano. In caso d'incongruenze è definitivamente determinante la versione in lingua tedesca.

Art. 13 Inizio, durata e disdetta della convenzione

1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.01.2025 e ha validità indeterminata.

2 La convenzione può essere disdetta da ciascuna parte contraente con un termine di disdetta di 6 mesi alla fine di ogni anno civile, la prima volta per il 31.12.2025.

3 Il presente contratto sostituisce tutte le convenzioni risp. gli accordi con lo stesso oggetto di regolamentazione per i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e le associazioni che sottostanno alla presente convenzione e HSK. Ciò riguarda anche le convenzioni / gli accordi convenuti con eventuali organizzazioni precedenti.

Art. 14 Allegati alla convenzione

I seguenti allegati costituiscono parte integrante della convenzione e non possono essere disdetti separatamente:

Allegato 1: Assicuratori aderenti

Allegato 2: Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Allegato 3: Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

Allegato 4: Remunerazione di mezzi e apparecchi

Art. 15 Riserva della forma scritta

Tutte le modifiche e le integrazioni alla presente convenzione e ai suoi allegati devono avvenire in forma scritta ed essere debitamente sottoscritte dalle parti contraenti con firma giuridicamente vincolante.

Art. 16 Clausola liberatoria

Qualora una o più disposizioni della presente convenzione dovessero essere o diventare inefficaci, non valide o nulle, ciò non inficia la validità delle altre disposizioni. Eventuali disposizioni inefficaci, non valide o nulle devono essere sostituite da disposizioni che corrispondano il più possibile al senso e allo scopo economico di quanto inteso dalle parti contraenti. Se una modifica rientra nell'ambito di controllo relativo

all'art. 46 cpv. 4 LAMal, è fatta salva l'approvazione costitutiva da parte dal governo cantonale competente.

Art. 17 Diritto applicabile / Istanza di conciliazione

1 Di principio, le controversie tra assicuratori e fornitori di prestazioni devono essere risolte direttamente dagli interessati.

2 Prima della procedura arbitrale ai sensi dell'art. 89 LAMal, con l'accordo di entrambe le parti, si effettua un tentativo di conciliazione con la partecipazione dell'assicuratore interessato e dell'ASI.

3 In singoli casi gravi e/o qualora si accumulino problematiche simili, le parti contraenti possono essere coinvolte per giungere a una soluzione.

4 Trova applicazione il diritto svizzero.

5 La procedura in caso di controversie si basa sull'art. 89 LAMal.

Art. 18 Disposizioni finali

Il presente contratto è redatto e firmato in 2 esemplari. A ciascuna delle parti contraenti è consegnata una copia della convenzione.

Art. 19 Disposizioni transitorie

Il presente contratto ha pienamente effetto per il personale infermieristico che han aderito alla precedente convenzione amministrativa con HSK. Il personale infermieristico che non lo desidera deve comunicare per iscritto il suo ritiro all'ASI entro e non oltre il 30 giugno 2025 (fa fede il timbro postale).

Per l'**Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI**:

Berna, il .....

.....	.....
Sophie Ley	Yvonne Ribi
Presidente	Amministratrice

Per la **Cooperativa di acquisti HSK SA:**

Dübendorf, ...

.....	.....
Eliane Kreuzer	Manuela Schär
Direttrice	Responsabile delle trattative

Allegato 1 - Assicuratori aderenti

(Stato al 1.1.2025)

I seguenti assicuratori aderiscono al contratto:

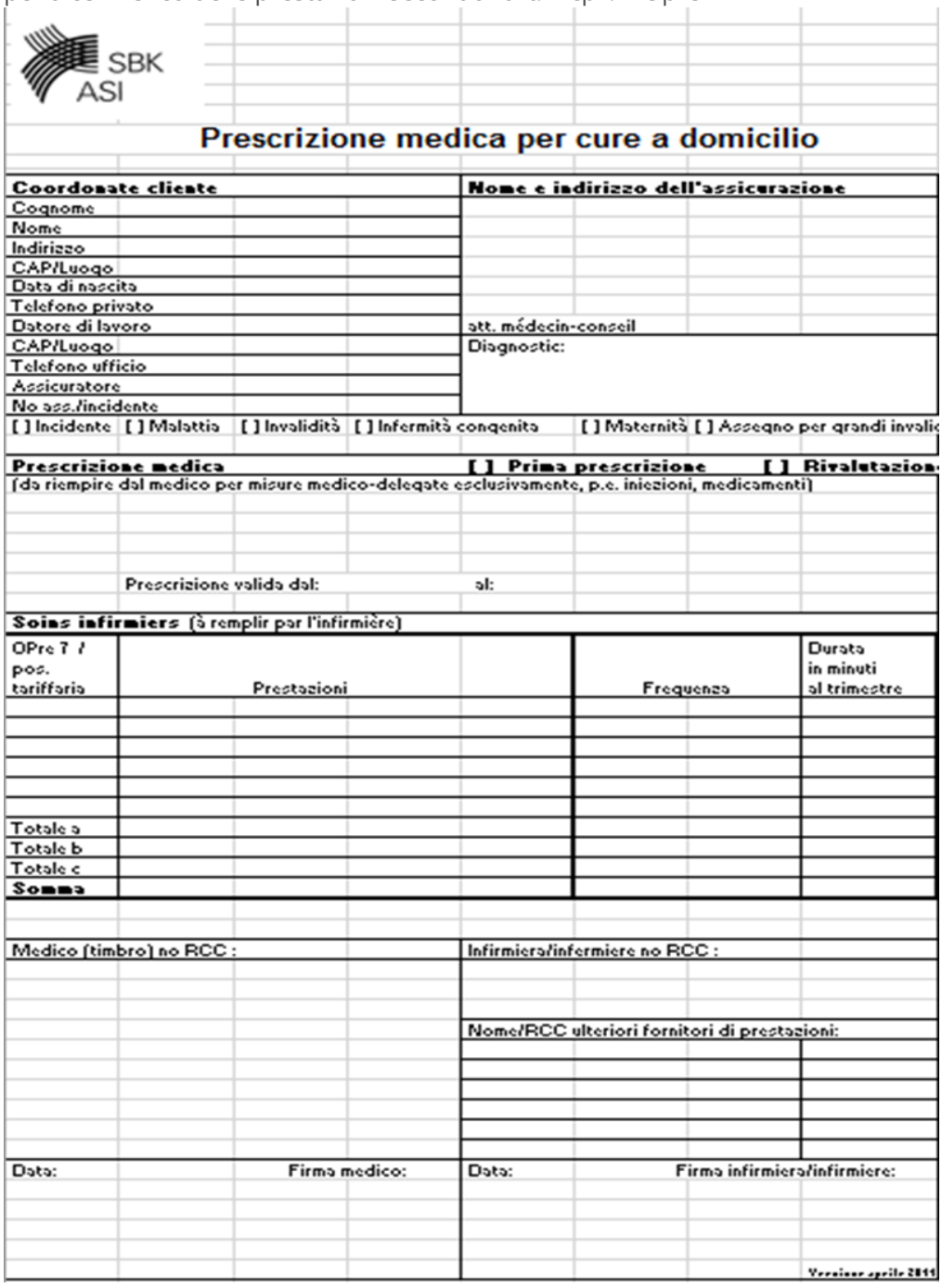
- **Helsana-Assicurazioni SA**
- **Sanitas Assicurazioni base SA**
- **KPT Cassa malati SA**

Allegato 2 - Formulari di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Un esempio del formulario attuale si trova su internet, al seguente link:

www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente

Allegato 2a: Esempio - Formulario di segnalazione dei bisogni per prestazioni ambulatoriali incl. appendice "Elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 Opre"



SBK ASI

Prescrizione medica per cure a domicilio

Coordonate cliente	**Nome e indirizzo dell'assicurazione**
Cognome	
Nome	
Indirizzo	
CAP/Luogo	
Data di nascita	
Telefono privato	
Datore di lavoro	att. médecin-conseil
CAP/Luogo	Diagnostic:
Telefono ufficio	
Assicuratore	
No ass./incidente	

[ ] Incidente [ ] Malattia [ ] Invalidità [ ] Infermità congenita [ ] Maternità [ ] Assegno per grandi invalic

Prescrizione medica [ ] **Prima prescrizione** [ ] **Rivalutazion**

(da riempire dal medico per misure medico-delegate esclusivamente, p.e. iniezioni, medicamenti)

Prescrizione valida dal: al:

Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)

OPre 7 / pos. tariffaria	Prestazioni	Frequenza	Durata in minuti al trimestre
Totale a			
Totale b			
Totale c			
Somma			

Medico (timbro) no RCC :	Infirmiera/infermiere no RCC :
	Nome/RCC ulteriori fornitori di prestazioni:
Data: Firma medico:	Data: Firma infirmiera/infirmiere:

Versione aprile 2011

Cognome _____ Nome _____

Anzahl	=	Anzahl der Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit: • **t2, t3…t7**=an 2, 3…7 Tagen pro Woche • **w**=wöchentlich • **m**=monatlich **j**=jährlich • **e** =einmalig	
Beispiele			
Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro Woche	=	Anzahl 2	Häufigkeit t7
Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche		2	w

La lista delle prestazioni è disponibile soltanto in francese o in tedesco

Ankreuzen, wenn Leistung vorgesehen ist	KLV Art. 7 Abs. 2	Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)	Anzahl Einsätze pro Woche, Wochentage	Minuten pro Einsatz
	lit. a Ziff. 1	Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin		
	lit. a Ziff. 2	Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen		
	lit. a Ziff. 3	Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen		
	lit. b Ziff. 1	Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht)		
	lit. b Ziff. 2	einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin		
	lit. b Ziff. 3	Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken		
	lit. b Ziff. 4	Massnahmen zur Atemtherapie (wie O2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen)		
	lit. b Ziff. 5	Einführung von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen		
	lit. b Ziff. 6	Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse		
	lit. b Ziff. 7	Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten		
	lit. b Ziff. 8	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen		
	lit. b Ziff. 9	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen		
	lit. b Ziff. 10	Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern		
	lit. b Ziff. 11	Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, , inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz		
	lit. b Ziff. 12	Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen		
	lit. b Ziff. 13	pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen		

	lit. b Ziff. 14	Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung		
	lit. c Ziff. 1	Allgemeine Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken		
	lit. c Ziff. 2	Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen		

Allegato 2b: Esempio - Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione (disponibile soltanto in tedesco).

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name ..... Krankenversicherer .....

Vorname ..... Versicherten-Nr. .....

Strasse .....

PLZ/Ort ..... falls Leistungen nach UVG:

Geburtsdatum ..... Unfallversicherer .....

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Aufenthalt wegen: ☐ Krankheit ☐ Invalidität ☐ Urfall ☐ .....

Hilflosenentschädigung: ☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Anordnung: ☐ 1. Anordnung ☐ Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: ☐ 3 Monate ☐ 6 Monate von ..... bis .....

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: ☐ nein ☐ ja

wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.) .....

	Selbstständigkeit				Bemerkungen
Verstehen und sich ausdrücken	--	-	+	++	
Sich orientieren					
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence					

					Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals		
Sich bewegen / Mobilität								
Essen und trinken								
Sich waschen und kleiden								
Ausscheiden								
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV								
Andere Leistungen (beschreiben):								
Total Minuten								
Stufe gemäss Art. 7a KLV								

Aufenthaltstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von ..... bis ..... Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von ..... bis ..... Uhr		

Besonderes: .....

Name der Organisation: ..... Ärztin/Arzt: .....

ZSR Nummer: ..... ZSR Nummer: .....

Datum: ..... Datum: .....

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

Allegato 3 - Accordo sui controlli degli assicuratori

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 (secondo l'art. 32 LAMal, art. 8c OPre).

Se dalla verifica dell'assicuratore risulta che nelle prestazioni fatturate non sono stati rispettati i criteri EAE e gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica (ad esempio motivi inerenti alla limitazione o alla modifica, al collegamento con la documentazione inviata concernente le cure, a lettere e numeri delle prestazioni di cui all'art. 7, cpv. 2 OPre, alla durata della prestazione), le prestazioni da fornire devono essere modificate.

La modifica deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (cfr. punto 1), qualora i termini siano stati rispettati: il giorno in cui l'assicuratore comunica il risultato;
- in caso di verifica presso il fornitore di prestazioni o l'assicurato (cfr. punti 2 e 3): il giorno del controllo.

Le modifiche retroattive sono limitate ai 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. Verificare presso l'assicuratore

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

1.1 Verifica della documentazione presentata dalle infermiere o dagli infermieri giusta l'art. 7.2 cpv. 2 e 5

Il personale infermieristico mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:

- segnalazione dei bisogni giusta l'art. 7.2 (Allegato 2)
- fattura giusta l'art 9.1;
- quale allegato alla definizione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre (giusta l'art. 7.2 cpv. 5, allegato 2a).

1.2 Verifica della documentazione richiesta dall'assicuratore e inoltrata personale infermieristico all'assicuratore

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

1.2.2 Il personale infermieristico spedisce la documentazione di cura all'assicuratore di regola entro 15 giorni lavorativi.

1.2.3 Ricevuta la documentazione, l'assicuratore ha di regola altri 15 giorni lavorativi di tempo per esaminarla e comunicare la decisione all'infermiera/e. Il rapporto fa riferimento alla documentazione trasmessa all'assicuratore fino al momento del controllo.

1.2.4 In caso di contestazione, personale infermieristico e assicuratore si impegnano a trovare una soluzione il più rapidamente possibile.

2. Verifica presso il personale infermieristico

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 personale infermieristico. Il controllo viene effettuato entro 30 giorni civili dall'annuncio. In casi eccezionali, d'intesa reciproca, si può derogare da questo termine.

2.2 In considerazione dell'art. 42 cpv. 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. Il personale infermieristico assicura di essere disponibile a rispondere a qualsiasi domanda della persona incaricata del controllo.

2.3 Dopo aver visionato la documentazione, lo stesso giorno ha luogo uno scambio verbale sul budget orario attuale tra l'infermiera/e 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 dell'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 sullo scopo della visita e fissa direttamente un appuntamento. La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare del personale infgermieristico. In questo caso l'assicuratore informa il fornitore di prestazioni almeno 10 giorni lavorativi prima della visita programmata.

A visita di controllo effettuata, l'assicuratore deve dare, entro 15 giorni lavorativi, un riscontro scritto al fornitore di prestazioni.

Allegato 4 - Remunerazione di mezzi e apparecchi

1. Campo d'applicazione

1.1 L'oggetto del presente allegato è la dispensazione e la fatturazione di mezzi e apparecchi di cui all'allegato 2 OPre da parte delle infermiere/degli infermieri, secondo i requisiti legali e giuridici.

1.2 Nell'ambito della sua attività, il fornitore di prestazioni viene riconosciuto quale centro di consegna giusta l'art. 55 OAMal, con riserva delle disposizioni cantonali. All'occorrenza, l'assicuratore ha il diritto di richiedere a un fornitore di prestazioni una copia della relativa autorizzazione.

2. Remunerazione di mezzi e apparecchi

2.1 Mezzi e apparecchi prescritti dal medico possono essere fatturati al massimo con l'importo massimo rimborsabile figurante nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi e nel rispetto dell'art. 56 LAMal.

2.2 La fatturazione avviene in modo dettagliato, con specificazione del numero di posizione EMAp e del calendario. Alla prima fattura deve essere tassativamente allegata la prescrizione medica.

2.3 All'occorrenza, l'assicuratore può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto del punto 2.1.

2.4 Devono essere rispettate le limitazioni EMAp

2.5 Ai sensi dell'art. 24 cpv. 3 OPre, l'assicurazione copre le spese solo fino all'importo massimo di rimborso applicabile. Se il prezzo di un prodotto supera tale importo, la differenza è a carico dell'assicurato.

2.6 La fatturazione è dettagliata con le seguenti informazioni:

- Numero ZSR personale della persona infermieristica
- Tariffa 454 «IMR cure»
- Numero completo dell'articolo EMAp
- Calendario
- Quantità e prezzo
- Importo totale