



CH-3003 Berna

UFSP; PEC

POST CH AG

Agli assicuratori LAMal  
(per e-mail)

Berna, 25 agosto 2023

## Lettera d'informazione: obbligo di ripercussione degli sconti

Gentili Signore, Egregi Signori,

in seguito a vari colloqui con gli attori interessati in merito alle convenzioni attuali e ai rispettivi rapporti sulle misure volte a migliorare la qualità dei trattamenti, di cui abbiamo preso atto conformemente all'articolo 56 capoverso 3<sup>bis</sup> della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)<sup>1</sup>, desideriamo rammentare i punti e i principi più importanti per la comprensione dei ruoli dei diversi attori del settore nonché le aspettative dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in qualità di autorità di vigilanza.

L'obbligo di ripercussione degli sconti, sancito per legge dal 1996, è stato integrato il 1° gennaio 2020 con la possibilità data ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori di stipulare una convenzione concernente la ripercussione non integrale di sconti (art. 56 cpv. 3<sup>bis</sup> LAMal). L'obbligo di ripercussione degli sconti è espressione del principio di economicità sancito nel diritto in materia di assicurazione malattie, secondo cui i fornitori di prestazioni devono limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura (art. 56 LAMal). Ne consegue che gli assicuratori (o gli assicurati) possono esigere dai fornitori di prestazioni la restituzione degli sconti non ripercossi.

Il campo di applicazione materiale dell'articolo 56 capoverso 3 lettera b LAMal include sia la distribuzione di medicinali sia quella di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici.

Per «medicamenti» si intendono i medicinali ai sensi dell'articolo 4 capoverso 1 lettera a della legge sugli agenti terapeutici (LATer)<sup>2</sup>, i cui costi sono assunti dall'AOMS. Quest'ultima remunera i medicinali prescritti da un medico, utilizzati secondo le indicazioni riportate nel foglietto illustrativo e figuranti nell'elenco delle specialità (ES).

Ugualmente interessati sono i preparati dispensati su prescrizione medica, che vengono fabbricati in quanto preparati magistrali e le cui sostanze attive e ausiliarie figurano nell'elenco dei medicinali con tariffa (EMT). Anche i medicinali i cui costi sono assunti dall'AOMS conformemente alle disposizioni

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 812.21



di cui all'articolo 71a segg. dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)<sup>3</sup> sono soggetti all'obbligo di ripercussione degli sconti.

Per «mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici» si intendono i dispositivi medici i cui costi sono assunti dall'AOMS. Questi dispositivi figurano nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp). L'obbligo di ripercussione riguarda però anche i mezzi e gli apparecchi che non figurano nell'EMAp ma che sono assunti dall'AOMS nell'ambito dei trattamenti.

I medicinali, i mezzi e gli apparecchi non coperti dall'AOMS (ossia quelli remunerati dalle assicurazioni complementari o dai pazienti stessi) non sono soggetti all'obbligo di ripercussione.

## **1. Controllo dell'economicità e degli sconti**

Il controllo della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni rientra tra i compiti fondamentali degli assicuratori in qualità di organi d'esecuzione della LAMal (art. 42 cpv. 3, 2<sup>a</sup> frase, LAMal e art. 76 lett. b OAMal). Gli assicuratori non possono assumere costi superiori all'entità stabilita dal principio di economicità: il fornitore di prestazioni è tenuto a restituire le remunerazioni ottenute indebitamente (art. 56 cpv. 2 LAMal) e a fare usufruire il debitore della remunerazione di sconti diretti o indiretti che ha ottenuti da persone o enti fornitori di medicinali o di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici (art. 56 cpv. 3 LAMal). Da parte sua, nell'ambito del controllo dell'economicità delle prestazioni, l'assicuratore è tenuto a verificare gli sconti e, se questi non sono stati ripercossi, può esigerne la restituzione (art. 56 cpv. 4 LAMal).

Il controllo da parte dell'assicuratore varia a seconda del tipo di cure (ambulatoriali, punto 1.1., o stazionarie, punto. 1.2.).

### **1.1. Controllo degli sconti nel settore ambulatoriale**

Nel settore ambulatoriale l'assicuratore è tenuto a controllare gli sconti indicati nella fattura dal fornitore di prestazioni (art. 76a cpv. 1 OAMal) dal momento che, qualora non siano stati ripercossi, può esigerne la restituzione (art. 56 cpv. 4 LAMal).

Questa disposizione rimanda espressamente all'articolo 42 LAMal: l'indicazione degli sconti nella fattura deve permettere all'assicuratore di verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione (art. 42 cpv. 3, 2<sup>a</sup> frase, LAMal e 59a cpv. 1 OAMal). A tal fine, l'assicuratore deve ricevere dal fornitore di prestazioni tutte le indicazioni di cui necessita.

Se gli assicuratori constatano che i fornitori di prestazioni fatturano prestazioni che non corrispondono alle esigenze menzionate, si rifiutano di remunerarli o esigono la restituzione di prestazioni pagate indebitamente. Se il fornitore di prestazioni e l'assicuratore non trovano un accordo, l'assicuratore si appella al tribunale arbitrale cantonale (art. 59 e 89 LAMal).

Gli assicuratori possono convenire con i fornitori di prestazioni le modalità di ripercussione degli sconti. Queste pratiche sono conformi alla legge fintanto che tutti gli assicurati usufruiscano degli sconti.

### **1.2. Controllo degli sconti nel settore stazionario**

Nel settore stazionario l'assicuratore deve accertarsi che gli sconti siano già considerati nel calcolo delle tariffe tramite costi inferiori. In tal caso, l'obbligo di indicare lo sconto in fattura decade (art. 76a cpv. 2 OAMal).

In questo caso gli assicuratori (così come i fornitori di prestazioni) sono responsabili del rispetto dell'obbligo di ripercussione al momento del calcolo del valore di base nel sistema di remunerazione del

---

<sup>3</sup> RS 832.102

caso. In sede di applicazione della convenzione tariffale, gli assicuratori (e i fornitori di prestazioni) sono responsabili del rispetto di quest'ultima e quindi dell'obbligo di ripercussione.

Se vengono accordati sconti in un sistema DRG, i costi degli ospedali diminuiscono in maniera matematica. Poiché il prezzo di base viene definito dai partner tariffali, e quindi anche dagli assicuratori, i quali non possono verificare gli sconti separatamente (dal momento che gli sconti si traducono in minori costi di gestione<sup>4</sup>), essi dovranno tenerne conto durante i negoziati per la definizione del prezzo di base (art. 76a cpv. 2 OAMal).

## **2. Convenzioni relative alla ripercussione non integrale di sconti e rapporto**

### **2.1. Convenzioni relative alla ripercussione non integrale di sconti**

Gli assicuratori o le loro federazioni possono stipulare con i fornitori di prestazioni o le loro federazioni una convenzione concernente la ripercussione non integrale di sconti al fine di migliorare la qualità dei trattamenti (art. 56 cpv. 3<sup>bis</sup> LAMal). La stipula di tali convenzioni dev'essere comunicata senza indugio all'UFSP (art. 76b cpv. 4 OAMal).

In quanto parti contraenti, gli assicuratori devono garantire che la convenzione contenga almeno il tipo e l'entità dello sconto, le modalità di documentazione trasparente, lo scopo d'impiego dello sconto non ripercosso, compreso l'obiettivo del miglioramento della qualità del trattamento, nonché la modalità della prova di tale miglioramento (art. 76b cpv. 2 OAMal). Ciò significa concretamente e in particolare che:

- tutti gli aggiornamenti e le modifiche (in particolare relativi alle parti contraenti e alle misure previste) successivi alla stipula della convenzione devono essere comunicati senza indugio all'UFSP (art. 76b cpv. 4 OAMal);
- la convenzione definisce le misure per migliorare la qualità dei trattamenti e quindi lo scopo d'impiego dello sconto (art. 76b cpv. 2 OAMal);
- in caso di progetti pluriennali (cfr. art. 76c cpv. 1 OAMal), si partirà dal principio che gli importi stanziati (art. 76b cpv. 2 lett. a OAMal) coprono il periodo in questione;
- una parte degli importi può essere eccezionalmente accantonata in vista di un impiego futuro, ma ciò dovrà essere menzionato espressamente nella convenzione;
- per ogni misura dovrà essere indicato per lo meno il livello di qualità iniziale, soprattutto dal momento che devono essere definiti gli obiettivi per il miglioramento della qualità dei trattamenti.

### **2.2. Rapporto sull'osservanza della convenzione**

Conformemente all'articolo 76c capoverso 1 OAMal, gli assicuratori fanno rapporto all'UFSP in merito all'osservanza della convenzione di cui all'articolo 76b OAMal: deve essere quindi dimostrata la corrispondenza tra quanto convenuto (punto 2.1) e quanto indicato nel rapporto.

Gli assicuratori fanno rapporto all'UFSP dopo la cessazione della convenzione. Nel caso di progetti pluriennali, presentano rapporti intermedi ogni anno: questa periodicità permette di rendere conto dello stato attuale di attuazione delle misure di qualità convenute.

Il rapporto deve spiegare per quale motivo gli sconti non sono stati utilizzati in primo luogo a favore di programmi di portata nazionale volti a migliorare la qualità del trattamento (art. 76b cpv. 3 OAMal). Qualora per un determinato fornitore di prestazioni non esista un programma nazionale, è sufficiente indicarlo nel rapporto.

Dal momento che il rapporto è responsabilità dell'assicuratore, quest'ultimo deve verificarne la completezza conformemente all'articolo 76c capoverso 2 OAMal. Inoltre, poiché il rapporto deve provare che gli sconti non ripercossi sono stati utilizzati per migliorare la qualità dei trattamenti, l'assicuratore deve garantire che ciò emerga dal rapporto. In tale ottica, se la parte contraente è composta da diversi fornitori di prestazioni:

---

<sup>4</sup> Erläuterungen zur Verordnung über Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH) und zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), UFSP, aprile 2019, pag. 4 (in tedesco e francese).

- il rapporto distinguerà secondo i fornitori di prestazioni coinvolti, dal momento che la convenzione deve vertere sul tipo e sull'entità degli sconti;
- se sono state definite misure diverse, il tipo e l'entità degli sconti devono essere documentati per ogni fornitore di prestazioni e per ogni misura. In altre parole, il rapporto deve indicare gli importi ripercossi in franchi svizzeri per ogni fornitore di prestazioni, ogni assicuratore e ogni misura volta a migliorare la qualità del trattamento (i dati devono essere allegati possibilmente in formato Excel).

La prova del miglioramento della qualità dei trattamenti (art. 76c cpv. 2 lett. a OAMal) viene fornita indicando la qualità dei trattamenti all'inizio della convenzione (situazione di partenza), l'obiettivo di miglioramento e i miglioramenti ottenuti.

Infine, l'assicuratore verifica inoltre che sia stata effettuata una valutazione del miglioramento della qualità dei trattamenti da parte di un'organizzazione indipendente secondo metodi scientifici basati su standard o linee guida riconosciute (art. 76c cpv. 2 e 3 OAMal). In quest'ottica l'organizzazione indipendente, chiaramente identificabile come tale e incaricata della valutazione, deve mostrare se la misura e l'importo ad essa destinato portino a un miglioramento della qualità dei trattamenti.

Questa trasparenza richiesta permetterà all'assicuratore di rispettare il suo obbligo nell'ambito del controllo delle fatture e di verificare la ripercussione della maggior parte degli sconti.

### 3. Conclusioni


Spetta agli assicuratori procedere al controllo degli sconti nel quadro del controllo delle fatture e, nell'ambito delle tariffe forfettarie, assicurarsi che lo sconto sia già considerato nel calcolo delle tariffe tramite costi inferiori.

Il rapporto fatto dall'assicuratore in merito all'osservanza della convenzione può avere conseguenze importanti per il fornitore di prestazioni: se il rapporto non soddisfa le esigenze, l'UFSP può disporre che gli sconti siano ripercossi integralmente o addirittura infliggere sanzioni penali (art. 82a e 92 cpv. 2 LAMal).

Potete trovare maggiori informazioni e le FAQ sul sito web dell'UFSP ([Integrità, trasparenza e obbligo di ripercussione degli sconti per gli agenti terapeutici \(admin.ch\)](#)). Potete inoltre porre domande sul tema tramite il modulo di contatto.

Distinti saluti

Ufficio federale della sanità pubblica



Thomas Christen  
Direttore supplente dell'UFSP e  
responsabile Assicurazione malattia e  
infortuni