

# **Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)**

Modifica del ...

---

*Il Consiglio federale svizzero  
ordina:*

I

L'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

*Art. 58a cpv. 2*

<sup>2</sup> La pianificazione è verificata periodicamente.

*Art. 58b* Pianificazione del fabbisogno

<sup>1</sup> I Cantoni determinano il fabbisogno secondo una procedura trasparente. Si basano in particolare su dati statistici fondati e su confronti. Considerano i fattori rilevanti per la previsione del fabbisogno come l'evoluzione demografica, medico-tecnica, epidemiologica ed economica.

<sup>2</sup> Determinano l'offerta utilizzata in istituti che non figurano nell'elenco da essi emanato.

<sup>3</sup> Determinano l'offerta da assicurare mediante l'inserimento nell'elenco di istituti cantonali ed extracantonali affinché la copertura del fabbisogno sia garantita. L'offerta da assicurare corrisponde al fabbisogno di cui al capoverso 1, dedotta l'offerta di cui al capoverso 2.

<sup>4</sup> Nel determinare l'offerta da assicurare che figura nell'elenco, i Cantoni considerano in particolare:

- a. l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni;
- b. l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile;
- c. la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni.

<sup>1</sup> RS 832.102

*Art. 58d* Valutazione dell'economicità e della qualità

- 1 La valutazione dell'economicità degli ospedali e delle case per partorienti è effettuata mediante un confronto dei costi delle prestazioni ospedaliere a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, corretti per il grado di gravità.
- 2 La valutazione dell'economicità delle case di cura è effettuata mediante un confronto dei costi delle cure in caso di malattia corretti in funzione del bisogno di cure delle persone assicurate.
- 3 Nella valutazione della qualità degli ospedali si deve esaminare se in particolare i requisiti minimi seguenti sono rispettati per tutto l'ospedale:
  - a. la dotazione di personale specializzato in relazione ai gruppi di prestazioni e il ricorso a perizie adatte al fabbisogno,
  - b. la partecipazione alle misurazioni della qualità condotte su scala nazionale,
  - c. la presenza di una cultura della sicurezza, in particolare l'applicazione di un sistema di segnalazione di errori e danni e il collegamento a una rete di reporting uniforme a livello nazionale,
  - d. l'impiego di un sistema di gestione della qualità,
  - e. l'applicazione di standard professionali,
  - f. la garanzia della sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante la prescrizione e la dispensazione elettroniche di medicinali.
- 4 Nella valutazione della qualità delle case di cura e delle case per partorienti si deve esaminare se in particolare i requisiti minimi seguenti sono rispettati per tutta la casa di cura o tutta la casa per partorienti:
  - a. la dotazione di personale specializzato e il ricorso a perizie adatte al fabbisogno,
  - b. la partecipazione a misurazioni della qualità condotte su scala nazionale,
  - c. la presenza di una cultura della sicurezza, in particolare l'applicazione di un sistema di segnalazione di errori e danni,
  - d. l'impiego di un sistema di gestione della qualità,
  - e. l'applicazione di standard professionali, in particolare l'esistenza di un piano scritto di trattamento e di cura e
  - f. la garanzia della sicurezza delle terapie farmacologiche nella prescrizione e nella dispensazione di medicinali.

<sup>5</sup> Nella valutazione della qualità degli ospedali, delle case di cura e delle case per partorienti possono essere considerati come criteri di selezione i risultati di misurazioni della qualità condotte su scala nazionale.

<sup>6</sup> Nel settore ospedaliero occorre tener conto dello sfruttamento di sinergie e considerare il potenziale di ottimizzazione insito nella concentrazione di gruppi di prestazioni ai fini dell'economicità e della qualità delle prestazioni.

<sup>7</sup> La determinazione delle condizioni per gruppo di prestazioni negli ospedali e nelle case per partorienti è parte integrante della valutazione dell'economicità e della qualità.

<sup>8</sup> La valutazione dell'economicità e della qualità può basarsi sui risultati di altri Cantoni purché siano recenti e significativi per quanto riguarda il ventaglio di prestazioni da fornire.

*Art. 58e* Coordinamento intercantonale delle pianificazioni

<sup>1</sup> In adempimento all'obbligo di coordinamento delle pianificazioni secondo l'articolo 39 capoverso 2 LAMal si deve in particolare:

- a. analizzare le necessarie informazioni sui flussi di pazienti e scambiarle con i Cantoni interessati;
- b. valutare il potenziale di economicità e di qualità di cure ospedaliere intercantionali;
- c. coordinare le misure di pianificazione con i Cantoni interessati.

<sup>2</sup> Dalla pianificazione di un Cantone sono interessati:

- a. i Cantoni in cui hanno sede uno o più istituti extracantionali che figurano o si prevede figureranno nell'elenco del Cantone che pianifica,
- b. i Cantoni nel cui elenco figurano o si prevede figureranno uno o più istituti extracantionali che hanno sede nel Cantone che pianifica,
- c. i Cantoni per la cui pianificazione sono importanti gli attuali o previsti flussi intercantionali di pazienti dal Cantone che pianifica o negli istituti intercantionali del Cantone che pianifica,
- d. i Cantoni che, nell'ambito di cure ospedaliere intercantionali, possono contribuire con la loro pianificazione a migliorare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni.

*Art. 58f* Elenchi e mandati di prestazioni

<sup>1</sup> Negli elenchi di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera LAMal sono riportati gli istituti cantonali ed extracantionali necessari ad assicurare l'offerta determinata secondo l'articolo 58b capoverso 3.

<sup>2</sup> A ogni istituto figurante negli elenchi è attribuito un mandato di prestazioni ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 lettera e LA-Mal.

<sup>3</sup> Negli elenchi è riportato per ogni ospedale il ventaglio di prestazioni previsto dal mandato di prestazioni. I mandati di prestazioni sono attribuiti per l'intero ventaglio di prestazioni degli ospedali e delle case per partorienti.

<sup>4</sup> Nell'ambito della medicina altamente specializzata, l'organo decisionale intercantonale competente stabilisce i settori parziali del ventaglio di prestazioni e le relative condizioni.

<sup>5</sup> Nei mandati di prestazioni attribuiti nel quadro delle pianificazioni ospedaliere cantonali è stabilito, per ogni gruppo di prestazioni, quali delle seguenti condizioni debbano essere adempiute:

- a. disponibilità di un'offerta di base in medicina interna e chirurgia;
- b. disponibilità e perfezionamento dei medici specialisti;
- c. disponibilità e livello di requisiti del pronto soccorso;
- d. disponibilità e livello di requisiti del reparto cure intense;
- e. gruppi di prestazioni connesse internamente all'ospedale o in cooperazione con altri ospedali;
- f. garanzia della qualità, segnatamente discussione interdisciplinare dei casi;
- g. numero minimo di casi;
- h. altri parametri secondo il diritto cantonale.

<sup>6</sup> I mandati di prestazioni possono inoltre prevedere in particolare le condizioni seguenti:

- a. nel settore ospedaliero somatico acuto, i volumi massimi di prestazioni;
- b. nel settore ospedaliero della psichiatria e della riabilitazione nonché nel settore delle case di cura, i volumi massimi di prestazioni o i numeri massimi di posti letto;
- c. le conseguenze del mancato rispetto delle condizioni.

<sup>5</sup> I mandati di prestazione degli ospedali prevedono come condizione il divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati volti a un aumento del volume delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o al non rispetto dell'obbligo di ammissione ai sensi dell'articolo 41a della legge.

*Art. 59c Tariffazione*

<sup>1</sup> L'autorità che approva ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4 LAMal verifica che la convenzione tariffaria rispetti segnatamente i principi seguenti:

- a. la tariffa copre al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente;
- b. la tariffa copre al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni;
- c. un cambiamento del modello tariffale non comporta costi supplementari.

<sup>2</sup> In un modello di remunerazione di tipo DRG i principi di cui al capoverso 1 si riferiscono al fornitore di prestazioni che costituisce il riferimento secondo l'articolo 59c<sup>bis</sup> capoverso 1.

<sup>3</sup> Le parti contraenti devono verificare regolarmente le tariffe e adeguarle se il rispetto dei principi enunciati nel capoverso 1 non è più garantito. Inoltre, devono valutare se nelle strutture tariffali per singola prestazione sono previste per le prestazioni posizioni che possono essere riunite. Le autorità competenti devono essere informate dei risultati di dette verifiche.

<sup>4</sup> L'autorità competente applica per analogia i capoversi 1 e 3 all'atto di stabilire le tariffe ai sensi degli articoli 43 capoverso 5, 47 o 48 LAMal e all'atto di adeguare la struttura tariffale secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal.

*Art. 59c<sup>bis</sup>      Calcolo della tariffa nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG*

<sup>1</sup> Per il calcolo della tariffa nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG si determina un valore di riferimento sulla base dei costi del fornitore di prestazioni che costituisce il riferimento. Il valore di riferimento è determinato come segue:

- a. in un primo tempo si calcolano i costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità, ricavati secondo l'articolo 10a<sup>bis</sup> capoverso 3 dell'ordinanza del 3 luglio 2002<sup>2</sup> sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre), di tutti i fornitori di prestazioni della Svizzera che fatturano le proprie prestazioni secondo lo stesso modello di remunerazione. Non vengono utilizzati i dati che:
  1. sono qualitativamente inadatti a permettere di ricavare in modo trasparente i costi per singolo caso o giornalieri,
  2. non possono essere utilizzati per altri motivi comprovabili;
- b. in un secondo tempo si scelgono come valore di riferimento i costi per singolo caso o giornalieri, corretti per il grado di gravità, del fornitore di prestazioni che in rapporto al numero di fornitori di prestazioni corrisponde al massimo al 25° percentile.

<sup>2</sup> RS 832.104

<sup>2</sup> Per la determinazione del valore di riferimento è possibile avvalersi della comparazione tra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal, purché contenga i costi per singolo caso o giornalieri pertinenti corretti per il grado di gravità e tali costi siano stati documentati con un attestato, secondo l'articolo 9 capoverso 5<sup>bis</sup> OCPRe.

<sup>3</sup> Gli assicuratori determinano individualmente o per associazione di assicuratori il valore di riferimento ed espongono ai Cantoni le modalità di determinazione con i dati pertinenti dei costi e delle prestazioni dei fornitori di prestazioni.

<sup>4</sup> Sono applicati supplementi al valore di riferimento per quei fornitori di prestazioni che erogano prestazioni supplementari che soddisfano i presupposti seguenti:

- a. Non sono riprodotte in modo appropriato nella struttura tariffale di cui all'articolo 49 capoverso 2 LAMal.
- b. Non esiste una convenzione ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal secondo la quale le prestazioni possono essere fatturate separatamente.
- c. I loro costi sono dimostrati dal fornitore di prestazioni in modo trasparente.
- d. I loro costi non sono coperti dal valore di riferimento.

<sup>5</sup> Deduzioni sul valore di riferimento devono essere applicate in particolare a quei fornitori di prestazioni che:

- a. forniscono sistematicamente meno prestazioni che la struttura tariffale non riproduce in modo appropriato;
- b. non mettono a disposizione i propri dati su costi e prestazioni per la determinazione del valore di riferimento secondo il capoverso 1 o lo fanno in ritardo o con una qualità insufficiente.

<sup>6</sup> La deduzione di cui al capoverso 5 lettera b deve corrispondere a un valore percentuale che garantisca che non ne derivi un vantaggio per il fornitore di prestazioni e può essere aumentata in caso di recidiva e sospesa per al massimo due esercizi in casi eccezionali motivati.

<sup>7</sup> La tariffa per gli importi forfettari è determinata moltiplicando il prezzo base per il peso dei costi indicato nella struttura tariffale di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal.

<sup>8</sup> Il prezzo base risulta, nel caso di fornitori di prestazioni i cui costi corretti per il grado di gravità:

- a. sono inferiori al valore di riferimento, dal valore di riferimento considerate eventuali deduzioni di cui al capoverso 5;
- b. sono superiori o uguali al valore di riferimento, dal valore di riferimento considerati eventuali supplementi di cui al capoverso 4 e deduzioni di cui al capoverso 5.

<sup>9</sup> Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni pubblicano congiuntamente ogni tre mesi un elenco aggiornato con i dati per ciascun fornitore di prestazioni e per assicuratore o associazione di assicuratori su:

- a. i prezzi base di cui al capoverso 7;
- b. le procedure pendenti di cui all'articolo 47 e 53 LAMal.

## II

### *Disposizioni transitorie della modifica del ...*

<sup>1</sup> Gli elenchi degli istituti somatici acuti e delle case per partorienti devono essere adeguati ai criteri di pianificazione ai sensi di questa ordinanza entro quattro anni dall'entrata in vigore della modifica del .....

<sup>2</sup> Gli elenchi degli ospedali psichiatrici e riabilitativi devono essere adeguati ai criteri di pianificazione ai sensi di questa ordinanza entro sei anni dall'entrata in vigore della modifica del .....

<sup>3</sup> Gli elenchi delle case di cura devono essere adeguati ai criteri di pianificazione ai sensi di questa ordinanza entro tre anni dall'entrata in vigore della modifica del .....

<sup>4</sup> Il percentile utilizzato per il valore di riferimento può essere superiore al valore di cui all'articolo 59c<sup>bis</sup> capoverso 1 lettera b fino all'anno tariffario 2023.

## III

La modifica di altri atti normativi è disciplinata nell'allegato.

## IV

<sup>1</sup> Questa ordinanza entra in vigore ...

...

In nome del Consiglio federale svizzero:

*Allegato*  
(Cifra III)

## **Modifica di altri atti normativi**

Gli atti normativi seguenti sono modificati come segue:

### **1. Ordinanza del 3 luglio 2002<sup>3</sup> sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie:**

*Art. 9 cpv. 5<sup>bis</sup>*

<sup>5bis</sup> Alla contabilità analitica degli ospedali e delle case di cura deve essere allegato un attestato di un organo di revisione esterno che documenta la piena conformità della contabilità analitica approntata con le disposizioni della presente ordinanza.

*Art. 10a<sup>bis</sup>*      Determinazione dei costi corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG

<sup>1</sup> Ai costi per tutti i casi DRG risultanti dalla contabilità analitica per unità finali di imputazione, che devono essere imputati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, occorre applicare in particolare le deduzioni per:

- a. i costi delle prestazioni che non devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma che vengono comunque addebitate alle unità finali d'imputazione di cui ci si avvale per il calcolo del prezzo base, segnatamente le prestazioni economicamente di interesse generale come la ricerca e l'insegnamento universitario, il personale di sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing;
- b. i costi delle prestazioni supplementari fornite ai pazienti e fatturate direttamente a questi ultimi;
- c. i costi per casi DRG non valutati;
- d. le remunerazioni supplementari;
- e. i costi degli onorari dei medici per prestazioni fornite a pazienti con assicurazioni complementari;
- f. i costi corrispondenti allo standard per i pazienti con assicurazioni complementari;
- g. gli oneri effettivi per interessi;
- h. le perdite su debitori.

<sup>3</sup> RS 832.104

<sup>2</sup> Ai costi adeguati secondo il capoverso 1 occorre applicare un supplemento per gli interessi sull'attivo circolante necessario all'esercizio basati sul rendimento medio annuo delle obbligazioni della Confederazione con scadenza a 10 anni e termine di pagamento di 40 giorni.

<sup>3</sup> I costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità sono determinati dividendo i costi adeguati secondo i capoversi 1 e 2 per la somma dei pesi dei costi netti della versione della struttura tariffale dell'anno civile della contabilità analitica.

## **2. Ordinanza del 20 dicembre 1982<sup>4</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni:**

### ***Art. 15 cpv. 2 e 2<sup>bis</sup>***

<sup>2</sup> Se l'assicurato sceglie una sala che non sia quella comune o per motivi d'ordine medico un altro ospedale, l'assicurazione assume le spese che avrebbe dovuto rimborsare conformemente al capoverso 1 per il trattamento in sala comune di quest'altro ospedale o di quello appropriato più vicino. L'ospedale ha diritto solamente al rimborso di queste spese.

<sup>2bis</sup> Sono considerati motivi d'ordine medico secondo il capoverso 2 i casi d'emergenza e quelli in cui la prestazione necessaria non è offerta in alcun ospedale convenzionato ai sensi del capoverso 1.

<sup>4</sup> RS 832.202