



Scheda informativa

Data:

19 giugno 2024

Tariffa medica ambulatoriale: come funziona e chi sono i principali attori

Contesto: convenzioni e strutture tariffali

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), i fornitori di prestazioni (medici, ospedali, fisioterapisti ecc.) emettono fatture in base a tariffe o prezzi definiti in convenzioni tariffali concordate tra i partner tariffali. Nel settore medico ambulatoriale esistono due forme principali di tariffa: le tariffe per singola prestazione (come il TARMED o il TARDOC) e le tariffe forfettarie per paziente per i trattamenti ambulatoriali. Entrambe queste forme di tariffa devono basarsi su una struttura tariffale stabilita per convenzione tra i partner tariffali e valevole in tutta la Svizzera.

- **La struttura tariffale per singola prestazione** è un sistema su scala nazionale, che definisce la remunerazione delle singole prestazioni diagnostiche e terapeutiche sotto forma di punti tariffali, che tengono conto dei costi e stabiliscono il rapporto tra le varie prestazioni. Per la fatturazione vengono sommati i punti tariffali di ogni prestazione medica dispensata. La remunerazione concreta in franchi si ottiene moltiplicando la somma dei punti tariffali per il valore del punto tariffale. Quest'ultimo è stabilito dai partner tariffali in linea di principio a livello cantonale. I partner tariffali possono tuttavia accordarsi su un valore del punto a livello nazionale.
- **La struttura con tariffe forfettarie per paziente per i trattamenti ambulatoriali** è un sistema su scala nazionale, che definisce una remunerazione fissa per l'insieme delle prestazioni dispensate a un paziente da un fornitore di prestazioni. Questa forma di tariffa si presta in particolare ai trattamenti perlopiù standardizzati, dispensati in genere in infrastrutture costose, per esempio certe operazioni. Nella struttura con importi forfettari, i casi di pazienti sono classificati in gruppi il più possibile omogenei in base a varie caratteristiche (p. es. tipo di trattamento, età, sesso ecc.), i cosiddetti «gruppi di casi». Ogni gruppo di casi è valutato con un peso, calcolato in base ai costi in relazione agli altri gruppi di casi. La remunerazione concreta in franchi si ottiene moltiplicando il peso dei costi attribuito al gruppo di casi in cui rientra il paziente per il prezzo di base. Quest'ultimo è stabilito in linea di principio a livello cantonale o regionale. I partner tariffali possono anche accordarsi su un prezzo di base nazionale.

Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Media e comunicazione, www.ofsp.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e francese.

Attori principali

a. Partner tariffali

I partner tariffali comprendono gli assicuratori o le federazioni di assicuratori da un lato e i fornitori di prestazioni o le federazioni di fornitori di prestazioni dall'altro. Hanno il compito di negoziare le tariffe e fissarle in convenzioni tariffali, vegliando segnatamente affinché le convenzioni tariffali siano conformi alla legge e ai principi di equità e di economicità.

Nel caso delle strutture tariffali nazionali per le prestazioni mediche ambulatoriali (per singola prestazione o con importi forfettari ambulatoriali), sul fronte dei fornitori di prestazioni i partner tariffali sono la federazione dei medici svizzeri FMH, che rappresenta i medici, e H+ Gli Ospedali Svizzeri, che rappresenta gli ospedali. A difendere gli interessi degli assicuratori sono le associazioni mantello degli assicuratori malattie a livello nazionale santésuisse e curafutura.

Nel caso delle tariffe convenute a livello cantonale (p. es. i valori del punto), i fornitori di prestazioni del settore medico ambulatoriale sono rappresentati dalle società cantonali dei medici come pure dagli ospedali o gruppi di ospedali. Gli assicuratori sono invece rappresentati da tre negoziatori principali: tarifsuisse SA, HSK e CSS.

b. Organizzazione tariffale OTMA SA

Nel giugno 2021, il Parlamento ha inserito nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) una disposizione che obbliga i partner tariffali a istituire un'organizzazione tariffale comune nel settore medico ambulatoriale. L'Organizzazione tariffe mediche ambulatoriali (OTMA SA) è stata istituita nel 2022 in adempimento a tale obbligo. I suoi azionisti sono la FMH, H+, santésuisse, curafutura nonché la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM), l'assicurazione invalidità e l'assicurazione militare.

La OTMA SA è incaricata di elaborare, sviluppare, adeguare e mantenere le strutture tariffali nel settore delle cure mediche ambulatoriali. D'ora in avanti sarà questa organizzazione a coordinare i lavori sul TARDOC e sugli importi forfettari nel settore ambulatoriale, sostituendosi alle due organizzazioni tariffali istituite dai partner tariffali per la revisione della tariffa medica, ossia Arzttarif Schweiz–Tarif médical suisse (ats-tms SA), che ha elaborato il TARDOC, e Solutions tarifaires suisses (sts sa), che ha elaborato la struttura con gli importi forfettari ambulatoriali.

c. Consiglio federale

Spetta al Consiglio federale approvare le convenzioni tariffali valevoli in tutta la Svizzera, compresa quella relativa alla struttura tariffale nazionale (struttura tariffale per singola prestazione o struttura tariffale con tariffe forfettarie per paziente per i trattamenti ambulatoriali). Il Consiglio federale può approvare o meno le convenzioni che gli vengono sottoposte. Le convenzioni sono valevoli solo dopo essere state approvate.

È il Consiglio federale a decidere. Prima di farlo deve però verificare che le convenzioni siano conformi alla legge e ai principi di equità e di economicità. In genere, il Consiglio federale incarica il Dipartimento federale dell'interno (DFI), che a sua volta incarica l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), di svolgere le analisi necessarie, al termine delle quali il DFI sottopone al Consiglio federale una proposta di decisione.

Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Media e comunicazione, www.bag.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e francese.

Per quanto riguarda la struttura tariffale per singola prestazione e la struttura tariffale con tariffe forfettarie per paziente per i trattamenti ambulatoriali, se i partner tariffali non si accordano il Consiglio federale può, a titolo sussidiario, stabilire e/o adeguare la struttura tariffale. L'elaborazione, lo sviluppo e la manutenzione delle strutture tariffali restano così di competenza dei partner tariffali.

d. Cantoni

I Cantoni devono approvare le convenzioni relative alle tariffe convenute a livello cantonale (p. es. i valori del punto). Il Cantone può approvare o meno le convenzioni cantonali che gli vengono sottoposte. Le convenzioni sono vevoli solo dopo essere state approvate. Prima di decidere, il Cantone deve verificare che le convenzioni cantonali siano conformi alla legge e ai principi di equità e di economicità.

Se i partner tariffali non si accordano, i Cantoni possono stabilire essi stessi le tariffe (p. es. i valori del punto), tranne per le strutture tariffali nazionali di competenza del Consiglio federale.

Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Media e comunicazione, www.bag.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e francese.