



# Scheda informativa

---

Data:

18 ottobre 2017

---

## Adeguamento del tariffario medico TARMED

### Situazione iniziale

La struttura tariffale TARMED si fonda sostanzialmente su basi di dati e stime degli anni 1990. Da allora i partner tariffali hanno adeguato singole posizioni tariffali del TARMED sottoponendole al Consiglio federale per approvazione. Tuttavia, dalla sua entrata in vigore, i partner tariffali non hanno mai effettuato un aggiornamento sistematico e sostanziale della struttura TARMED.

La necessità di sottoporre a revisione la struttura tariffale TARMED è in linea di massima indiscussa. Secondo il principio dell'autonomia tariffale, spetta innanzitutto ai partner tariffali concordare le tariffe mediante convenzioni. Una parte dei partner tariffali (FMH, H+ e più tardi anche curafutura) lavora pertanto da anni a una revisione totale della struttura tariffale TARMED.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), quale Ufficio federale competente, ha accompagnato costantemente questo processo, richiamando più volte l'attenzione dei partner tariffali sulle condizioni quadro necessarie all'approvazione di una struttura tariffale presentata con l'accordo di tutti i partner. Con lettera del 2 giugno 2015, il capo del Dipartimento federale dell'interno (DFI), su incarico del Consiglio federale, ha comunicato ai partner tariffali le condizioni quadro concernenti la revisione della struttura tariffale TARMED. Tuttavia i partner tariffali, contrariamente a quanto annunciato al DFI e all'UFSP, non sono riusciti a presentare una revisione comune della struttura tariffale entro fine giugno 2016. Il DFI ha in seguito incaricato l'UFSP di elaborare una proposta per un adeguamento della struttura tariffale da sottoporre al Consiglio federale per approvazione. La proposta è stata presentata al Consiglio federale.

Lo scopo della modifica dell'ordinanza proposta è di adeguare la struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08, a partire dal 1° gennaio 2018 nonché di definire la struttura tariffale adeguata come struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche ambulatoriali. Il Consiglio federale ha posto in consultazione la modifica d'ordinanza proposta dal 22 marzo al 21 giugno 2017.

### Competenza sussidiaria del Consiglio federale

Nell'ambito della sua competenza di autorità che approva secondo l'articolo 46 capoverso 4 LAMal, il Consiglio federale ha esortato più volte i partner tariffali a elaborare una revisione completa della struttura tariffale TARMED. Finora i partner tariffali non hanno dato seguito a tale esortazione. Con l'introduzione della competenza sussidiaria secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal, dal 2013 il Consiglio federale ha la competenza di adeguare le strutture tariffali per singola prestazione se queste si rivelano inadeguate o se i partner tariffali non riescono ad accordarsi su una loro revisione. Il senso della competenza sussidiaria è che il Consiglio federale interviene solo quanto basta per garantire

#### Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)

[www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch)

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

l'esistenza di una struttura, tenendo conto nel limite del possibile della preminenza dell'autonomia tariffale.

Il 20 giugno 2014 il Consiglio federale ha adottato l'ordinanza sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie (RS 832.102.5), esercitando **per la prima volta** la propria competenza sussidiaria secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal e adeguando la struttura tariffale per singola prestazione TARMED. L'ordinanza è entrata in vigore il 1° ottobre 2014.

Lo scopo di questo adeguamento era una maggiore considerazione delle prestazioni mediche intellettuali rispetto alle prestazioni tecniche. Gli adeguamenti ai sensi dell'articolo 43 capoverso 6 in combinato disposto con l'articolo 46 capoverso 4 LAMal sono stati realizzati rispettando la neutralità dei costi. Inoltre, con l'adozione dell'ordinanza il Consiglio federale puntava a sbloccare le trattative tariffali tra i partner tariffali.

Ad oggi, tuttavia, queste trattative rimangono bloccate. Il Consiglio federale dovrà esercitare, **per la seconda volta**, la sua competenza sussidiaria per adeguare la struttura tariffale TARMED altrimenti, a partire dal 2018 non vi sarà più una struttura tariffale comune dei partner tariffali e, quindi, si creerà una lacuna.

### **Adeguamenti del TARMED per il 1° gennaio 2018**

I presenti adeguamenti sono intesi segnatamente a correggere prestazioni caratterizzate da tariffe eccessive in alcuni ambiti del TARMED, incrementando l'adeguatezza della struttura tariffale (il rapporto tra le remunerazioni delle varie prestazioni dovrà essere più adeguato). Vengono inoltre corretti gli incentivi creati dalla struttura tariffale che inducevano a una fatturazione eccessiva o inappropriata di alcune posizioni. Dopo la procedura di consultazione, a metà agosto, il Consiglio federale ha deciso di mantenere gli adeguamenti del TARMED proposti. Ha tenuto in parte conto dei pareri dei partecipanti alla consultazione e, ove giustificato, ha adeguato singole misure. Il 18 ottobre 2017, il Consiglio federale ha adottato formalmente le modifiche dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie.

Gli adeguamenti del TARMED, che entreranno in vigore il 1° gennaio 2018, dovrebbero permettere di risparmiare circa 470 milioni di franchi l'anno. Dopo l'entrata in vigore dell'ordinanza, l'efficacia e l'attuazione degli adeguamenti del TARMED saranno analizzate mediante un monitoraggio.

### **Gruppo 1: «modifiche che conducono a nuove valutazioni, vale a dire a punti tariffali superiori o inferiori per tutte le posizioni tariffali o per una parte di esse»**

- Fattore del valore intrinseco uniforme per tutte le prestazioni

I livelli del valore intrinseco sono stati introdotti in origine per ovviare all'aspetto delle diverse durate del perfezionamento dei medici specialisti. A ogni posizione tariffale è stato attribuito un cosiddetto valore intrinseco quantitativo, legato a un fattore del valore intrinseco definito. Dal momento che, secondo la legge federale sulle professioni mediche universitarie (legge sulle professioni mediche, LPMed; RS 811.11), la durata della formazione per il conseguimento di tutti i titoli di medico specialista è di cinque o sei anni, i fattori del valore intrinseco non sono giustificati. Le nuove disposizioni prevedono pertanto che tutte le prestazioni siano registrate con un fattore del valore intrinseco uniforme. L'uniformazione dei fattori del valore intrinseco comporta una valutazione uniforme delle prestazioni mediche. Sulla base dei riscontri pervenuti dalla procedura di consultazione, il fattore del valore intrinseco uniforme è stato ricalcolato e leggermente innalzato.

- Aumento della produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie» (unità funzionali SO)

La produttività nelle unità funzionali SO è particolarmente bassa (45-55%). Per le altre unità funzionali si attesta, praticamente in tutti i casi, su percentuali superiori al 70 per cento. La presente modifica porta

#### **Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch  
www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

le produttività delle unità funzionali SO a un livello di maggiore economicità, compreso tra il 55 e il 65 per cento. L'aumento della produttività nelle unità funzionali SO sarà inferiore rispetto al previsto, allo scopo di tenere parzialmente conto delle obiezioni sollevate durante la consultazione e di contrastare gli effetti cumulativi con altre misure, segnatamente il valore intrinseco e il minutaggio.

- Riduzione delle aliquote di costo per alcune unità funzionali

Le aliquote di costo di unità funzionali con costi d'investimento per impianti, strumenti e apparecchi superiori ai 750 000 franchi sono ridotti, come previsto, del 10 per cento, in quanto il loro sfruttamento (tempo di esercizio lordo) con nove ore per giorno lavorativo (dodici per IMR e TAC) non è considerato sufficientemente economico. Inoltre, dall'introduzione del TARMED i costi degli strumenti sono in parte diminuiti e la durata di ammortamento, in particolare per gli strumenti IMR e TAC (sei anni), è relativamente bassa. Oltre a questi evidenti motivi, la riduzione delle aliquote di costo nell'ambito del calcolo dei costi dell'infrastruttura è giustificata anche dal valore controverso di altri parametri del modello tariffale, tra l'altro dal momento che le basi di calcolo per tali parametri non sono mai state pubblicate integralmente. La riduzione prevista delle aliquote di costo comporta un valore inferiore per le prestazioni tecniche in determinate unità funzionali. Sulla base dei riscontri pervenuti dalla procedura di consultazione, le aliquote di costo delle sale per esami e trattamenti (SET) sono le uniche a non essere ridotte.

- Tempo (minutaggio) per la prestazione in senso stretto per esami TAC e IMR

Sulla base dei riscontri pervenuti dalla procedura di consultazione la presente misura è adeguata come segue: invece di stralciare completamente il minutaggio per le prestazioni mediche in senso stretto si introducono due posizioni tariffali separate (una per TAC e una per IMR, prestazioni basate sull'attività). In alcuni casi, durante l'esecuzione di un esame TAC o IMR, è imprescindibile la presenza del medico specialista in radiologia per un determinato periodo di tempo. Di conseguenza, quando la sua presenza è necessaria, oltre al minutaggio per l'allestimento del resoconto (TAC = 20 minuti; IMR = 25 minuti) il medico radiologo può fatturare queste nuove posizioni (5 minuti).

- Riduzione dei minutaggi per posizioni tariffali selezionate

Per le seguenti prestazioni i minutaggi a livello di valori medi per la fornitura della prestazione vengono ridotti: intervento di cataratta, iniezione nel vitreo, ECG sotto sforzo e secondo Holter, coloscopia e radioterapia stereotassica. Questa riduzione è determinata dai tempi di trattamento nettamente inferiori per queste posizioni dall'introduzione del TARMED. La riduzione dei minutaggi aumenta l'economicità della fornitura di prestazioni, perché nello stesso lasso di tempo non possono essere fatturate più prestazioni. Queste misure sono, in linea di massima, mantenute. Sulla base della consultazione, nella riduzione dei minutaggi per l'intervento di cataratta si applica il seguente adeguamento: il minutaggio per il tempo di preparazione e di ripristino passa da 3 a 11 minuti, quello per la prestazione in senso stretto, ossia la durata effettiva dell'intervento, rimane, come proposto, a 22 minuti. È stato leggermente aumentato anche il minutaggio per la prestazione in senso stretto per la coloscopia parziale e completa (da 12 a 15 minuti rispettivamente da 20 a 25 minuti).

- Trasformazione delle prestazioni basate sull'attività «esame clinico da parte del medico specialista» in prestazioni basate sul tempo

Le prestazioni basate sull'attività «esame clinico da parte del medico specialista...» (dieci posizioni tariffali) sono trasformate da prestazioni basate su attività con minutaggio predefinito in prestazioni basate sul tempo, fatturabili in unità di cinque minuti. Questa modifica è determinata, tra l'altro, dalle differenze sia degli esami sia della durata dei trattamenti, variabile a seconda del paziente e del fornitore di prestazioni. Pertanto è più appropriato definire questi esami come prestazioni basate sul tempo per unità di cinque minuti. Per quanto concerne le posizioni tariffali con elenchi di parti di prestazioni dai quali è possibile scegliere, ai fini di una maggiore trasparenza il fornitore di prestazioni dovrà in futuro riportare nella cartella del paziente gli esami effettivamente svolti. Questa misura è attuata secondo quanto proposto nella procedura di consultazione.

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch  
www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

## **Gruppo 2: «modifiche delle regole di fatturazione di una o più posizioni tariffali»**

- Applicazione delle limitazioni di fatturazione anche per i medici specialisti che utilizzano il metodo della fatturazione elettronica

La nota «questa limitazione decade per i medici specialisti che utilizzano il metodo della fatturazione elettronica» è eliminata per 20 posizioni tariffali attuali. La fatturazione delle prestazioni è quindi maggiormente in linea con il principio dell'economicità. Le limitazioni di tempo già previste nel TARMED devono pertanto applicarsi, di norma, a tutti i fornitori di prestazioni. Questa misura è in linea di massima mantenuta. Secondo i pareri emersi dalla procedura di consultazione, tuttavia, bisogna allentare le limitazioni per singoli gruppi di pazienti, in particolare per i bambini di età inferiore ai 6 anni e per le persone ultrasettantacinquenni che, per esperienza, sono più bisognose di cure. Per altri pazienti, come quelli affetti da malattie tumorali complesse, le limitazioni possono anche essere raddoppiate.

Questa misura, ad esempio, limita la fatturazione delle posizioni per la consultazione di base per tutti i medici a 20 minuti, portati a 30 minuti nel caso di bambini e persone anziane. I fornitori di prestazioni possono aumentare tali limitazioni a 30 minuti anche per altri pazienti particolarmente bisognosi di cure. Devono però riportarne i motivi nella cartella del paziente e motivare il bisogno più elevato di cure presso l'assicuratore. Oltre a questa posizione per la consultazione di base, i fornitori di prestazioni possono fatturare, ad esempio, posizioni per esami, accertamenti e consulenze. Di conseguenza, non si può sostenere che la fatturazione o il trattamento sono limitati a 20 minuti.

- Maggiore trasparenza nella fatturazione per prestazioni «in assenza del paziente»

La possibilità di fatturare queste posizioni tariffali dovrà essere limitata con varie modifiche. La modifica prevede l'introduzione di una posizione tariffale separata per ogni possibile prestazione in assenza del paziente (p. es. studio degli atti, informazioni presso terzi), al fine di chiarire esattamente l'attività svolta dal fornitore di prestazioni. Questo ampliamento delle posizioni tariffali aumenta la trasparenza e la possibilità di controllo soprattutto per la persona assicurata e riduce l'incentivo del fornitore di prestazioni a fatturare questa posizione tariffale senza riflettere. Le limitazioni previste oggi per queste posizioni tariffali vengono dimezzate da 60 a 30 minuti per tre mesi, per contrastare il forte aumento quantitativo di queste prestazioni verificatosi negli ultimi anni. Questa misura è in linea di massima mantenuta.

Secondo i pareri emersi dalla procedura di consultazione, tuttavia, sono allentate le limitazioni per singoli gruppi di pazienti, in particolare per i bambini di età inferiore ai 6 anni e per le persone ultrasettantacinquenni che, per esperienza, sono più bisognosi di cure. Per tali pazienti dunque la limitazione resta a 60 minuti per tre mesi. Il fornitore di prestazioni deve però riportarne i motivi nella cartella del paziente e motivare il bisogno più elevato di cure presso l'assicuratore. Per altri pazienti, come quelli affetti da malattie tumorali complesse, le limitazioni possono essere altrettanto raddoppiate d'intesa con gli assicuratori (60 minuti per tre mesi). Per il trattamento di persone affette da malattie mentali i valori della limitazione della prestazione in assenza del paziente restano quelli iniziali, ossia 180 minuti ogni 3 mesi o 240 minuti ogni 6 mesi.

- Precisazione dell'interpretazione per i supplementi per posizioni d'urgenza

Nella procedura di consultazione si prevedeva che le posizioni tariffali con la denominazione «forfait inconvenienza-urgenza» non dovessero più essere fatturate da istituti ambulatoriali secondo l'articolo 36a LAMal, che hanno esplicitamente orientato la propria offerta alle urgenze. Dai pareri è emerso che è molto difficile fare una netta distinzione tra le diverse offerte. Inoltre, in alcuni Cantoni questo forfait d'urgenza contribuisce a finanziare l'assistenza medica ambulatoriale di urgenza. Questa misura viene adeguata come segue: in futuro il nuovo criterio di fatturazione di tale forfait d'urgenza durante il giorno sarà la gravità del caso. Il forfait potrà quindi essere fatturato soltanto se il paziente presenta - o se non possono essere esclusi - disturbi delle funzioni vitali o danni agli organi. Nel settore psichiatrico è considerato un caso d'urgenza l'insorgenza di stati di agitazione, comportamenti auto- ed

### **Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch)

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

eteroaggressivi o la perdita di conoscenza. Tale integrazione dei criteri d'urgenza mira a garantire che il forfait inconvenienza-urgenza sia fatturato in maniera adeguata.

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch)

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.



## Panoramica delle modifiche rispetto all'avamprogetto per la consultazione

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
M1: Valore intrinseco	Fattore del valore intrinseco 0.968 Fattore medico generico 0.94	Fattore del valore intrinseco 0.985 Fattore medico generico 0.93
M2: Produttività SO	SO I = 72 % SO II = 65 % SO III = 65 %	SO I = 55 % SO II = 60 % SO III = 65 %
M3: Aliquote di costo	Riduzione del 10 per cento delle aliquote di costo per le unità funzionali seguenti: - 26 unità funzionali con costi d'investimento elevati - 6 unità funzionali relative a sale per esami e trattamenti (SET)	Riduzione del 10 per cento delle aliquote di costo per le unità funzionali seguenti: - 25 unità funzionali con costi d'investimento elevati (senza unità funzionale 142 Endoscopia gastroenterologica, grande)
M4: Esami TAC e IMR	- Stralcio dei minutaggi per la prestazione in senso stretto  - Uniformazione dei minutaggi per la redazione del rapporto (TAC 20 min., IMR 25 min.)	- Stralcio dei minutaggi per la prestazione in senso stretto  - Uniformazione dei minutaggi per la redazione del rapporto (TAC 20 min., IMR 25 min.)  - Introduzione di due posizioni tariffali (come posizioni supplementari alle prestazioni principali) per prestazione medica in presenza del radiologo durante l'esame (minutaggio di 5 minuti)
M5: Minutaggio per intervento di cataratta	- Riassunto delle posizioni tariffali 08.2760, 08.2780, 08.2820 (prestazione in senso stretto 22 min., preparazione e ripristino 3 min., rapporto 3 min., tempo di occupazione del locale 22 min.)	- Riassunto delle posizioni tariffali 08.2760, 08.2780, 08.2820 (prestazione in senso stretto 22 min., <b>preparazione e ripristino 11 min.</b> , rapporto 3 min., tempo di occupazione del locale 22 min.)

### Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch  
Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
M5: Minutaggio della biopsia del corpo vitreo / iniezione nel vitreo	- 08.3350: minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 10 min.	- Introduzione di posizioni tariffali separate per la biopsia del corpo vitreo e l'iniezione nel vitreo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biopsia del corpo vitreo: minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 30 min.</li> <li>▪ Iniezione nel vitreo: minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 10 min.</li> </ul>
M5: Minutaggio ECG	- 17.0090 ECG sotto sforzo: minutaggio della prestazione in senso stretto = 25 min., minutaggio dell'occupazione del locale = 35 min. - 17.0150 ECG secondo Holter: minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 25 min.	<i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i>
M5: Minutaggio della coloscopia	- 19.1010: Minutaggio della prestazione in senso stretto = 20 min., del rapporto = 3 min., dell'occupazione del locale = 30 min., del tempo di attesa = 20 min. - 19.1200: Minutaggio della prestazione in senso stretto = 12 min., del rapporto = 3 min., dell'occupazione del locale = 22 min., del tempo di attesa = 20 min. - 19.1210: Minutaggio della prestazione in senso stretto = 20 min., del rapporto = 3 min., dell'occupazione del locale = 30 min., del tempo di attesa = 20 min. - 19.1120: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1330: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1490: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1130: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 18 min. - 19.1340: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 18 min.	- 19.1010: Minutaggio della <b>prestazione in senso stretto = 25 min.</b> , del rapporto = 3 min., dell' <b>occupazione del locale = 35 min.</b> , del tempo di attesa = 20 min. - 19.1200: Minutaggio della <b>prestazione in senso stretto = 15 min.</b> , del rapporto = 3 min., dell' <b>occupazione del locale = 25 min.</b> , del tempo di attesa = 20 min. - 19.1210: Minutaggio della <b>prestazione in senso stretto = 25 min.</b> , del rapporto = 3 min., dell' <b>occupazione del locale = 35 min.</b> , del tempo di attesa = 20 min. - 19.1120: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1330: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1490: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min. - 19.1130: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 18 min. - 19.1340: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 18 min.

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19.1500: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 16 min.</li> <li>- 19.1100: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 5 min.</li> <li>- 19.1310: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 5 min.</li> <li>- 19.1480: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19.1500: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 16 min.</li> <li>- 19.1100: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 5 min.</li> <li>- 19.1310: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 5 min.</li> <li>- 19.1480: Minutaggio della prestazione in senso stretto e dell'occupazione del locale = 4 min.</li> </ul>
M5: radioterapia stereotassica		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per le posizioni tariffali 32.0610 e 32.0615, i minutaggi per la prestazione in senso più stretto e per il tempo di occupazione del locale sono nettamente ridotti (da 180/180 a 60/70 e da 90/95 a 40/45).</li> <li>- Viene introdotta una nuova posizione tariffale 32.1130 «Prestazione tecnica di base 0, radioterapia stereotassica, paziente ambulatoriale» con un minutaggio del tempo di attesa di 5 minuti per la prestazione tecnica nell'unità funzionale Radiochirurgia/Radioterapia. Questa può essere fatturata una volta per seduta, ovvero una volta per ogni radioterapia stereotassica, a prescindere dalla quantità di frazioni. Può essere quindi fatturata in combinazione con le posizioni 32.0610 e 32.0615. In conseguenza di ciò, il minutaggio del tempo di attesa nella posizione tariffale 32.0610 è stralciato.</li> </ul>
M6: Prestazioni basate sull'attività	<p>Le prestazioni basate sull'attività «esame clinico da parte del medico specialista» sono trasformate in prestazioni basate sul tempo, fatturabili in unità di 5 minuti. Le limitazioni sono adeguate di conseguenza.</p> <p>→ 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010</p>	<p><i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i></p>
M7: Limitazioni	<p>La nota «questa limitazione decade per i medici specialisti che utilizzano il metodo della fatturazione elettronica» è eliminata per le posizioni tariffali seguenti: 00.0020, 00.0050, 00.0070,</p>	<p>La nota «questa limitazione decade per i medici specialisti che utilizzano il metodo della fatturazione elettronica» è eliminata per le posizioni tariffali seguenti: 00.0020, 00.0050, 00.0070,</p>

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.



Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
	00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030, 22.0040	<p>00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030, 22.0040</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono raddoppiate le limitazioni per i bambini di età inferiore ai 6 anni e le persone di età superiore ai 75 anni (tranne che per 22.0030/22.0040; per le posizioni 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260 cfr. M8).</li> <li>- Sono altresì raddoppiate le limitazioni per i pazienti che, d'intesa con gli assicuratori, sono classificati a elevato bisogno di cure.</li> <li>- Per i bambini di età inferiore ai 6 anni e le persone di età superiore ai 75 anni come per i pazienti più bisognosi di cure sono introdotte posizioni separate. I motivi per un bisogno più elevato di cure devono essere riportati nella cartella del paziente et giustificati presso l'assicuratore.</li> </ul>
M8: Prestazione medica in assenza del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le posizioni tariffali con denominazione «Prestazione medica in assenza del paziente» (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) sono suddivise in modo che in futuro sia disponibile una posizione tariffale separata per ogni possibile prestazione in assenza del paziente.</li> <li>- Le limitazioni attualmente attribuite a queste posizioni tariffali sono dimezzate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le posizioni tariffali con denominazione «Prestazione medica in assenza del paziente» (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) sono suddivise in modo che in futuro sia disponibile una posizione tariffale separata per ogni possibile prestazione in assenza del paziente.</li> <li>- Introduzione di una posizione supplementare per i tumor board.</li> <li>- La limitazione attualmente attribuita alla posizione tariffale 00.0140 è dimezzata. Le limitazioni per i bambini di età inferiore ai 6 anni e le persone di età superiore ai 75 anni <b>non</b> sono dimezzate. Altresì non sono dimezzate le limitazioni per i pazienti che con elevato bisogno di cure (vige quindi la limitazione attualmente attribuita).</li> <li>- Per i bambini di età inferiore ai 6 anni e le persone di età superiore ai 75 anni come per i pazienti più bisognosi di cure sono introdotte posizioni separate. I motivi per un bisogno più elevato di</li> </ul>

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
		<p>cure devono essere riportati nella cartella del paziente et giustificati presso l'assicuratore.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le limitazioni attualmente attribuite alle posizioni tariffali 02.0070, 02.0160, 02.0260 <b>non</b> sono dimezzate (vigono quindi le limitazioni attualmente attribuite). Qui non ci sono eccezioni per bambini o per persone anziane o per pazienti più bisognosi di cure.</li> <li>- Per queste nuove posizioni tariffali sono introdotti nuovi gruppi di prestazioni (GP 04, GP-05, GP-08, GP-09, GP-10, GP-11), che prevedono una limitazione cumulativa per tutte le posizioni tariffali in essi contenute.</li> <li>- Un nuovo gruppo di prestazioni GP-30, che contiene l'insieme delle nuove posizioni per i pazienti più bisognosi di cure, è introdotto.</li> </ul>
M9: Forfait per urgenze	<p>Per le posizioni tariffali con la denominazione «forfait per l'incomodo-l'urgenza» (da 00.2510 a 00.2590) è precisata l'interpretazione, in modo che queste non possano più essere fatturate da istituti secondo l'articolo 36a LAMal (istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici), che hanno esplicitamente orientato la propria offerta sulle urgenze.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I criteri d'urgenza finora utilizzati per i forfait A per l'incomodo-l'urgenza (lu-ve 7-19, sa 7-12) sono integrati da un nuovo criterio. In futuro il nuovo criterio d'urgenza sarà ritenuto adempiuto solo se alla visita del paziente il medico rileverà - o non potrà escludere - disturbi delle funzioni vitali. La posizione è fatturabile anche per pazienti nei quali una malattia acuta, un trauma o un'intossicazione provocano o possono causare un danno a un organo. Nel settore psichiatrico è considerato un caso d'urgenza l'insorgenza di stati di agitazione, comportamenti auto- ed eteroaggressivi, la perdita di conoscenza o stati di stupor catatonico. Nei casi di assenza di un contatto diretto tra paziente e medico (p. es. consulenza telefonica) vigono i criteri d'urgenza finora applicati.</li> <li>- I criteri d'urgenza applicati ai forfait B e C per l'incomodo-l'urgenza (lu-do 19-22, sa 12-19, do 7-19 e lu-do 22-7) sono integrati dai casi in cui il medico specialista ritiene necessario dal</li> </ul>

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
		<p>profilo medico disporre cure immediate durante la visita al paziente. In casi di assenza di un contatto diretto tra paziente e medico (p.es. consulenza telefonica) vige, come finora, il principio di fornire cure immediate perché necessarie dal profilo medico o di doverle fornirle se considerate manifestamente tali dal paziente, dai familiari o da terzi.</p> <p>- Inoltre, l'intervallo per il forfait F per urgenze e incomodo per consultazioni/visite d'urgenza è ampliato al di fuori dei normali orari di consultazione. Gli orari lu-ve 19-22, sa 12-19 e do 7-19 sono estesi anche alla mattina di sabato dalle 7 alle 12.</p> <p>- I nuovi criteri d'urgenza non valgono solo per gli istituti di cui all'articolo 36a LAMal.</p>
M10: Punzioni / Prelievo di sangue da parte di personale paramedico	Per le posizioni tariffali 00.0715 (punzione, venosa, per prelievo di sangue, ogni localizzazione, da parte di personale paramedico) e 00.0716 (prelievo di sangue capillare, ogni localizzazione, da parte di personale paramedico) è eliminata la limitazione secondo cui questa è applicabile dal laboratorio di studio medico nel quadro di una diagnosi in presenza del paziente.	<i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i>
M11: Istruzione specifica per effettuare automisurazioni, ecc.	La posizione tariffale «00.0610 Istruzione specifica al paziente da parte del medico specialista, per effettuare automisurazioni o proprie cure, ogni 5 min.» è nuova nell'unità funzionale sala visita e non è più tariffata nell'unità funzionale SET medico di base.	<i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i>
M12: Supplemento del 10 per cento sul materiale d'uso e sugli impianti	L'interpretazione generale IG-20 è modificata di modo che non sia più possibile fatturare un supplemento del 10 per cento sul prezzo franco del materiale d'uso e degli impianti.	<i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i>
M13: Stralcio di prestazioni ospedaliere e prestazioni AINF/AI/AM	Le posizioni tariffali classificate «in ambito ospedaliero» alla voce «genere trattamento», le posizioni tariffali relative alla presa in cura di paziente degente nonché le posizioni tariffali recanti la nota «Legge: Solo prestazioni dell'assicurazione infortuni, invalidità o militare» non sono né modificate né definite.	<i>Conforme all'avamprogetto per la consultazione</i>

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Misura	Avamprogetto per la consultazione	Decisione del Consiglio federale
	Inoltre, sono stralciati tutti i rinvii alla legislazione (LAMal e sue ordinanze di esecuzione OAMal e OPre) e all'Elenco delle analisi.	
Posizioni supplementari		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La posizione tariffale 00.2205 «Relazione medica formalizzata» viene trasformata da prestazione basata su attività in prestazione basata sul tempo con la limitazione «massimo 2 volte per seduta». Alla posizione tariffale viene dato il nuovo numero di posizione 00.2206</li> <li>- Viene introdotta una nuova posizione tariffale 02.0015 «+ Indennità di trasferta per il medico specialista in psichiatria e psicoterapia, ogni 5 min.» La posizione è tariffata alla stessa maniera della diagnostica e terapia psichiatrica</li> <li>- La fitoterapia è tariffata come gli altri tipi di medicina complementare.</li> </ul>

**Maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione campagne e comunicazione, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.