



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

**Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**

Unità di direzione assicurazione malattia e  
infortunistico

## **Modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie**

Modifiche per il 1° gennaio 2018

Tenore delle modifiche e commento

Berna, ottobre 2017

# **I. Parte generale**

## **1. Situazione iniziale**

### **1.1. Adeguamento dell'ordinanza**

Il Consiglio federale dispone di due competenze sussidiarie per quanto concerne le strutture tariffali per singola prestazione: quella di stabilirle secondo l'articolo 43 capoverso 5 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) e quella di adeguarle (art. 43 cpv. 5<sup>bis</sup> LAMal).

A partire dal 1° gennaio 2018, nell'ambito delle prestazioni di fisioterapia, la struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le tariffe per singola prestazione, stabilita per convenzione, non sarà più in vigore. La struttura tariffale dovrà pertanto essere stabilita dal Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal), al fine di evitare il vuoto tariffale. Nell'ambito delle prestazioni mediche ambulatoriali il Consiglio federale esercita la propria competenza sussidiaria di adeguare le strutture tariffali per singola prestazione secondo l'articolo 43 capoverso 5bis LAMal e provvede, per il 1° gennaio 2018, al necessario adeguamento della struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08. Dal momento che dal 1° gennaio 2018 non vi sarà più una struttura tariffale concordata da tutti i partner tariffali, la struttura tariffale adeguata dal Consiglio federale dovrà contemporaneamente essere definita come struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal. Secondo la decisione del Tribunale amministrativo federale del 28 agosto 2014, la definizione d'autorità di una struttura tariffale da parte del Consiglio federale è di natura generale-astratta e deve pertanto essere realizzata sotto forma di ordinanza (C-2461/2013, C-2468/2013, consid. 5.5.3).

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.

Come a partire dal 1° ottobre 2016, nell'ambito delle prestazioni di fisioterapia non vi è più una struttura tariffale uniforme stabilita per convenzione a livello nazionale per le tariffe per singola prestazione. La struttura tariffale a pertanto dovuto essere stabilita dal Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal, al fine di evitare un vuoto tariffale. Questa definizione è limitata alla fine del 2017. Con decisione del 23 novembre 2016, l'ordinanza del 20 giugno 2014 sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie è stata quindi modificata in modo da contenere entrambe le competenze sussidiarie del Consiglio federale relative alle strutture tariffali per singola prestazione, vale a dire la competenza di stabilirle secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal e quella di adeguarle secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal (RU 2016 4635). Inoltre, le disposizioni concernenti la struttura tariffale TARMED emanate nel 2014 sono state abrogate per un anno nell'ordinanza, dal momento che il Consiglio federale aveva nel contempo approvato una convenzione provvisoria dei partner tariffali concernente l'utilizzo della versione 1.08\_BR (vale a dire della struttura tariffale TARMED in vigore dal 1° ottobre 2014). Tale convenzione si era resa necessaria in seguito alla disdetta da parte di H+ del contratto quadro TARMED con santésuisse per la fine del 2016, che esponeva al rischio di una situazione di assenza di struttura tariffale (nel senso che non vi è più una struttura tariffale concordata da tutti i partner tariffali) anche nell'ambito delle cure mediche ambulatoriali a partire dal 1° gennaio 2017 (cfr. anche n. 1.2).

Nella versione attuale, l'ordinanza del 20 giugno 2014 sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie (RU 2016 4635) prevede pertanto solamente la definizione della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal fino alla fine del 2017. La presente modifica dell'ordinanza consentirà di applicare, a partire dal 1° gennaio 2018, i necessari adeguamenti alla struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08 – convenuta nel contratto quadro incl. allegati tra santésuisse e FMH del 20 giugno 2002 e approvata dal Consiglio federale il 30 settembre 2002 – e di definire contemporaneamente la struttura tariffale adeguata come

struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche. Anche la struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia è stabilita nuovamente per evitare un vuoto tariffale a partire dal 1° gennaio 2018.

## **1.2. Struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED)**

TARMED («tariffario medico») è la struttura tariffale per le prestazioni mediche uniforme a livello nazionale di cui all'articolo 43 capoverso 5 LAMal. La struttura tariffale TARMED comprende complessivamente circa 4500 posizioni, con valutazioni delle prestazioni mediche (PM) e dell'infrastruttura necessaria (prestazioni tecniche; PT) sotto forma di punti. I punti tariffali sono calcolati sulla base dei costi di una determinata prestazione e definiscono la relazione reciproca tra le prestazioni. I punti tariffali delle PM definiscono la remunerazione del medico curante. Si calcolano moltiplicando l'aliquota di costo PM (costi al minuto) per il minutaggio predefinito per posizione tariffale (minutaggio per prestazione in senso più stretto, preparazione, seguito e fatturazione). Le aliquote di costo PM dipendono dai seguenti fattori: reddito annuo lordo del medico, reddito annuo lordo del medico assistente, orario di lavoro calcolato sull'arco dell'anno, valore intrinseco quantitativo di ciascuna posizione tariffale nonché della produttività attribuita secondo l'unità funzionale. I punti tariffali delle PT si calcolano anch'essi moltiplicando l'aliquota di costo PT (costi al minuto) per il minutaggio predefinito per posizione tariffale (minutaggio per occupazione dello spazio e minutaggio per attesa). Le aliquote di costo dipendono dal canto loro dai costi annuali per l'infrastruttura (dipendenti in particolare da: dotazione di apparecchiature e costi per il loro acquisto, ammortamento, dimensione degli spazi, interesse calcolatorio), dai costi per il personale non medico (dipendenti in particolare da: dotazione per il personale, salari, tempo di lavoro produttivo, contributi sociali), dai costi per i materiali, nonché dal tempo di esercizio di ciascuna unità funzionale. La struttura tariffale TARMED è stata fissata presumendo un ipotetico valore del punto tariffale valido a livello nazionale di 1 franco. Benché la struttura tariffale sia uniforme, il valore del punto tariffale può variare, in quanto è negoziato dai partner tariffali a livello cantonale e deve essere approvato dalle autorità cantonali competenti.

I partner tariffali hanno concordato la struttura tariffale TARMED nel contratto quadro (incl. allegati) tra santésuisse e H+ del 17 maggio 2002 e nel contratto quadro (incl. allegati) tra santésuisse e FMH del 20 giugno 2002. Su domanda dei partner tariffali, il 30 settembre 2002 il Consiglio federale ha approvato i contratti quadro inclusa la struttura tariffale TARMED nella versione 1.1, definendola come struttura tariffale uniforme per singola prestazione valida a livello nazionale per prestazioni mediche ambulatoriali. Le tariffe mediche diverse da Cantone a Cantone, vigenti fino a quel momento, e il catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO) sono stati così sostituiti da una struttura tariffale uniforme valida a livello nazionale. Da allora i partner tariffali hanno adeguato singole posizioni tariffali del TARMED presentandole al Consiglio federale per approvazione. Ad oggi, tuttavia, la struttura tariffale non è mai stata sottoposta a una revisione completa. L'ultima approvazione da parte del Consiglio federale di un tale adeguamento praticato dai partner tariffali risale al 15 giugno 2012 (versione 1.08 della struttura tariffale). Con l'adozione, il 20 giugno 2014, dell'ordinanza sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie, il Consiglio federale puntava innanzitutto a sbloccare le trattative tariffali tra i partner tariffali, al fine di conseguire cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti, conformemente all'articolo 43 capoverso 6 LAMal.

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 nell'ambito di 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) ha affiancato costantemente questo processo, riportando più volte all'attenzione dei partner tariffali le condizioni quadro necessarie all'approvazione di una struttura tariffale presentata con l'accordo dell'insieme dei partner. Con scritto 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 UFSP, non sono riusciti a presentare una revisione della struttura tariffale entro fine giugno 2016.

Il 30 giugno 2016, H+ ha presentato per informazione al capo del DFI una revisione della struttura tariffale senza partecipazione di altri partner tariffali e ha disdetto per fine 2016 il contratto quadro concordato con santésuisse nel 2002. Questa disdetta comportava il rischio di assenza di struttura tariffale nell'ambito delle prestazioni mediche ambulatoriali (nel senso che non vi è più una struttura tariffale concordata da tutti i partner tariffali) a partire dal 1° gennaio 2017. Al fine di garantire la certezza del diritto per i partner tariffali e la stabilità delle tariffe per gli assicurati, il capo del DFI ha esortato i partner tariffali a giungere rapidamente a un accordo, al fine di mantenere la validità della struttura tariffale attualmente in vigore a titolo provvisorio.

Il 15 settembre 2016 i partner tariffali hanno concordato l'utilizzo della struttura tariffale TARMED versione 1.08\_BR (vale a dire la struttura tariffale TARMED valida dal 1° ottobre 2014, che comprende la versione 1.08 approvata il 15 giugno 2012 dal Consiglio federale nonché gli adeguamenti di questa struttura ordinati dal Consiglio federale il 20 giugno 2014), sottoponendo poi tale convenzione al Consiglio federale per approvazione. Con l'approvazione da parte del Consiglio federale, il 23 novembre 2016, della convenzione del 15 settembre 2016, l'articolo 2 dell'ordinanza del 20 giugno 2014 nonché l'allegato riguardante gli adeguamenti del TARMED (allegato 1) non avevano più ragione di esistere, in quanto il loro contenuto era già integrato nella struttura tariffale TARMED 1.08\_BR, concordata e approvata. Queste disposizioni sono state pertanto abrogate per la durata di validità della convenzione, vale a dire dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2017 (RU 2016 4635).

In termini di rispetto delle norme di legge – indipendentemente dalla limitazione fino a fine 2017 – non si tratta tuttavia di una soluzione a lungo termine. La revisione della struttura tariffale TARMED resta irrinunciabile. Il mantenimento della struttura tariffale TARMED attualmente in vigore va pertanto interpretato come soluzione transitoria fino all'entrata in vigore di una revisione totale della struttura tariffale, che sarà approvata dal Consiglio federale secondo l'articolo 46 capoverso 4 in combinato disposto con l'articolo 43 capoverso 5 LAMal, oppure fino a un nuovo adeguamento della struttura tariffale secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal nonché eventualmente alla definizione di una struttura tariffale come struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche da parte del Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal. Pertanto, con scritto del 1° luglio 2016, nello spirito dell'autonomia tariffale, il capo del DFI ha concesso ai partner tariffali il termine di fine ottobre 2016 per accordarsi su una revisione della struttura tariffale idonea all'approvazione. In caso di impossibilità di raggiungere un accordo, i partner sono stati esortati a presentare, entro lo stesso termine, proposte comuni o anche individuali per l'adeguamento degli ambiti caratterizzati da tariffe eccessive nell'attuale struttura tariffale. Fin dall'intervento del 2014, l'UFSP ha comunicato ai partner tariffali, oralmente in occasione di riunioni e per scritto alla loro conclusione, che una correzione dei costi di determinate prestazioni caratterizzate da tariffe eccessive in alcuni ambiti del TARMED noti da tempo sarebbe stata inevitabile, indipendentemente dall'attuazione di una revisione totale. Indicazioni di prestazioni caratterizzate da tariffe eccessive sarebbero presenti in particolare nei seguenti ambiti medici: radiologia, radioterapia, oftalmologia, urologia, chirurgia ambulatoriale, alcuni ambiti della dermatologia e dell'otorinolaringoiatria.

A fine ottobre 2016 i partner tariffali non hanno presentato una richiesta comune di approvazione di una revisione totale o parziale della struttura tariffale. Il 28 ottobre 2016 curafutura ha presentato proposte di adeguamento della struttura tariffale attualmente in vigore. Lo stesso giorno, santésuisse e fmch tarifUNION (che rappresenta le associazioni di specialisti attivi in ambito chirurgico e invasivo) hanno presentato una proposta di tariffazione forfettaria sulla base dell'attuale TARMED. Il 3 novembre 2016, H+ ha presentato al Consiglio federale affinché la definisca d'autorità, una struttura tariffale totalmente riveduta. In linea di principio essa corrisponde, con alcuni adeguamenti, alla struttura di H+ già presentata a giugno.

L'UFSP, in qualità di Ufficio specializzato competente, è stato incaricato di approntare adeguamenti alla struttura tariffale finora in vigore e di presentarli poi al Consiglio federale per approvazione. Al centro degli adeguamenti dovranno essere le prestazioni mediche le cui tariffe sono ritenute attualmente eccessive. Le proposte presentate dai partner tariffali dovranno essere vagliate e, per quanto possibile, tenute in considerazione se si rifanno a basi di dati fondate. Dal momento che i partner tariffali hanno limitato a un anno la convenzione per l'utilizzo della struttura tariffale TARMED nella versione 1.08\_BR, l'obiettivo è di far entrare in vigore la modifica dell'ordinanza il 1° gennaio 2018.

### **1.3. Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia**

La rescissione della convenzione nazionale stipulata con il Concordato degli assicuratori malattie svizzeri (CAMS, in seguito santésuisse) da parte di physioswiss (successore di FSP), ha reso nulla la struttura tariffaria uniforme per le prestazioni di fisioterapia (C-2461/2013, C-2468/2013, consid. 5.5.3). I partner tariffali per la fisioterapia (physioswiss, ASPI, H+, santésuisse e curafutura) hanno così deciso, con convenzione del 1° febbraio 2015 approvata dal Consiglio federale il 29 aprile 2015, di prorogare la struttura tariffale allora vigente fino al 31 dicembre 2015. A ottobre 2015, questi partner hanno convenuto di prorogare la convenzione del 1° febbraio 2015 fino al 30 settembre 2016. Il Consiglio federale ha approvato tale proroga il 18 dicembre 2015.

Nel corso del 2016, diverse strutture tariffali sono state sottoposte al Consiglio federale per informazione, definizione o approvazione. Con scritto del 14 luglio 2016, physioswiss e l'associazione svizzera dei fisioterapisti indipendenti (ASPI) hanno presentato separatamente al Consiglio federale una struttura tariffale di fisioterapia modificata. Il 15 luglio 2016, santésuisse ha presentato, esclusivamente a titolo informativo, una struttura tariffale risultante dai lavori di revisione dei partner tariffali e dai negoziati svoltisi tra H+, curafutura e santésuisse. Il 15 agosto 2016, H+ e curafutura hanno presentato per approvazione al Consiglio federale una convenzione nazionale bilaterale contenente una struttura tariffale per l'ambito della fisioterapia identica a quella presentata da santésuisse. Queste proposte dei partner tariffali sono state presentate troppo tardi per poter essere esaminate ed entrare in vigore il 1° ottobre 2016. Inoltre, non rispettano l'esigenza di uniformità della struttura tariffale ai sensi dell'articolo 43 capoverso 5 LAMal.

Fondandosi sull'articolo 43 capoverso 5 LAMal, il 23 novembre 2016 il Consiglio federale ha deciso di definire le posizioni tariffali presenti nella struttura tariffale valida fino al 30 settembre 2016 come struttura tariffale uniforme per le prestazioni di fisioterapia, valida fino al 31 dicembre 2017. Oltre a evitare un periodo di assenza di struttura tariffale valida e a garantire la certezza del diritto per i partner e la stabilità delle tariffe per i pazienti, questa soluzione offre ai partner tariffali una nuova opportunità di pervenire a un accordo comune. Se non vi fossero pervenuti entro un termine ragionevole, il Consiglio federale, così come annunciato, avrebbe proceduto esso stesso a un esame della struttura tariffale fissata, al fine di stabilire se questa continuasse a rispettare le prescrizioni legali e di apportare – se del caso – le correzioni necessarie, tenendo conto nella misura del possibile delle proposte formulate dai partner tariffali.

Benché lavorino da diversi anni alla revisione della struttura tariffale, i partner tariffali nel settore della fisioterapia non sono ancora giunti a un accordo comune. Da allora, le condizioni di cui all'articolo 43 capoverso 5 LAMal, che permettono al Consiglio federale di fissare una struttura tariffale uniforme per le prestazioni di fisioterapia, sono di nuovo soddisfatte. Il Consiglio federale ha proceduto a un esame della struttura tariffale stabilita fino al 31 dicembre 2017 e fissa una struttura tariffale adeguata al fine di ottenere una migliore conformità alle prescrizioni legali in materia di tariffe. Per quanto possibile, gli adeguamenti tengono in considerazione le proposte dei partner tariffali. La struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia non è limitata nel tempo. La definizione di tale struttura costituisce pertanto una soluzione transitoria stabile nell'attesa che una nuova struttura tariffale conforme alle prescrizioni della LAMal sia convenuta dai partner tariffali e approvata dal Consiglio federale. L'obiettivo è di prevenire un'assenza di struttura tariffale in questo ambito al fine di garantire la certezza del diritto per i partner tariffali e la stabilità delle tariffe per gli assicurati.

## **2. Linee direttrici della modifica dell'ordinanza**

### **2.1. Commenti generali**

Le competenze sussidiarie del Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoversi 5 e 5<sup>bis</sup> LAMal valgono per tutte le strutture tariffali uniformi per singola prestazione in vigore a livello nazionale. Sulla base dell'esigenza di uniformità voluta dall'articolo 43 capoverso 5 LAMal, la struttura tariffale è applicabile da tutti i fornitori di prestazioni interessati, indipendentemente dal fatto che abbiano concluso una convenzione in tal senso o che vi abbiano aderito, non appena questi fatturano le proprie prestazioni con una tariffa per singola prestazione.

Le competenze sussidiarie devono essere intese nel senso che il Consiglio federale interviene solo quanto basta per garantire l'esistenza di una struttura, tenendo conto nel limite del possibile della preminenza dell'autonomia tariffale. Inoltre, il Consiglio federale può solo fissare o adeguare una struttura tariffale per singole prestazioni, ma non stabilire i valori del punto tariffale. Questi ultimi possono essere concordati a livello nazionale o cantonale esclusivamente dai partner tariffali o, in caso di controversie, stabiliti dai Governi cantonali secondo l'articolo 47 LAMal.

Le spiegazioni che seguono valgono sia per la definizione di una struttura tariffale per singola prestazione secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal sia per l'adeguamento delle strutture tariffali per singola prestazione secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal.

Le competenze sussidiarie del Consiglio federale consentono interventi su tutte le strutture tariffali per singola prestazione nel campo d'applicazione dell'assicurazione sociale malattie. Il mantenimento e la gestione di ciascuna di queste strutture rimangono di competenza dei partner tariffali. Secondo l'articolo 42 capoverso 3 LAMal, gli assicuratori sono tenuti, in particolare, a verificare le fatture dei fornitori di prestazioni e di conseguenza anche le prestazioni fatturate sulla base delle strutture tariffali per singole prestazioni definite o adeguate nella presente ordinanza. L'ordinanza definisce pertanto disposizioni generali e specifiche in merito alle strutture tariffali per singola prestazione. La struttura tariffale per singola prestazione stabilita o adeguata dal Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoversi 5 e 5<sup>bis</sup> LAMal viene specificata nell'ordinanza. A seconda del caso, la struttura tariffale definita dal Consiglio federale oppure gli adeguamenti praticati sulla struttura tariffale sono inseriti come allegato. Secondo la giurisprudenza delle giurisdizioni supreme, per una definizione delle tariffe da parte del Consiglio federale, i principi dell'impostazione delle tariffe valgono come per le convenzioni tariffali (decisione del Tribunale amministrativo federale, C-4308/2007, consid. 3.1, in riferimento alle tariffe «sostitutive» stabilite dai Cantoni.) La definizione della struttura tariffale deve tenere conto in particolare dei principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). Secondo l'articolo 43 capoverso 4 LAMal occorre vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate, con l'obiettivo di conseguire cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal). In conformità all'articolo 59c capoverso 1 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) si dovrà valutare:

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

Una struttura tariffale può essere considerata adeguata se è basata su un modello tariffale coerente, si fonda su parametri stabiliti secondo le regole dell'economia e soddisfa i requisiti summenzionati.

A differenza dell'approvazione, la definizione delle tariffe comporta anche un compito realizzativo, che conferisce all'autorità competente un margine di manovra. Con riferimento alla pratica a livello cantonale, si sottolinea che al momento di stabilire la tariffa «sostitutiva» l'autorità può e deve applicare criteri severi al fine di raggiungere gli obiettivi menzionati all'articolo 43 capoverso 6 LAMal, ma anche creare un incentivo affinché i partner tariffali riflettano su una soluzione autonoma di tale conflitto (decisione del Tribunale amministrativo federale, C-4308/2007, consid. 3.2.). Nell'ambito della definizione delle tariffe da parte dell'autorità, il principio dell'economicità può e deve pertanto servire anche a contenere i costi nell'assicurazione malattie e in particolare a contrastare l'aumento del volume delle prestazioni non giustificato a livello medico.

La definizione di una struttura tariffale contempla la definizione di natura generale-astratta di una tariffa per singola prestazione nel senso che il valore di singole prestazioni viene stabilito sotto forma di punti tariffali in un determinato rapporto reciproco. La moltiplicazione dei punti tariffali per un valore del punto tariffale determina la remunerazione concreta che può essere fatturata (art. 43 cpv. 2 lett. b LAMal). La competenza di definire le tariffe d'autorità comprende, oltre alla determinazione dei prezzi anche la descrizione astratta delle prestazioni così remunerate e le restanti prescrizioni in termini di modalità da rispettare nel singolo caso per l'emissione di una fattura, affinché l'ammontare dell'importo dovuto possa essere calcolato regolarmente e fatto valere (tariffa ospedaliera ZH, DCF 19.12.2001; RAMI 4/2002 309; confermata in tariffa ospedaliera TG, DCF 26.6.2002; RAMI 6/2002, 480). Nel merito, la

regolamentazione d'autorità delle modalità in una condizione di assenza di convenzione è ammissibile a condizione che queste rispettino le prescrizioni vincolanti della LAMal e siano obiettivamente necessarie e adatte a raggiungere lo scopo prefissato (p. es. fatturazione regolare).

## **2.2. Adeguamento della struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED)**

### **2.2.1. Commenti sul provvedimento**

Sulla base dell'articolo 33 capoverso 1 LAMal, il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOMS) o lo sono soltanto a determinate condizioni. Questo concetto si fonda sulla presunzione confutabile caso per caso, che i medici applichino metodi di trattamento efficaci, appropriati ed economici. La definizione secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal della struttura tariffale adeguata secondo l'articolo 43 capoverso 5<sup>bis</sup> LAMal come struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche da parte del Consiglio federale non è in contraddizione con la presunzione dell'obbligo di assunzione delle prestazioni sancito dalla legge. Come finora, la struttura tariffale non contiene un elenco completo ed esaustivo delle prestazioni mediche secondo l'articolo 25 capoverso 2 in combinato disposto con l'articolo 33 capoverso 1 LAMal. È inoltre possibile che una prestazione figurante nell'elenco non sia assunta dall'AOMS per mancanza del carattere obbligatorio.

La base legale per l'assunzione dei costi di prestazioni dell'assicurazione sociale malattie, necessarie alla diagnosi o al trattamento di una malattia o delle sue conseguenze, è rappresentata dalla LAMal. Ulteriori dettagli a tale proposito, anche per quanto concerne eventuali limitazioni e interpretazioni, sono contenuti nell'OAMal, completata dalle disposizioni dell'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del Dipartimento federale dell'interno (OPre; RS 832.112.31).

### **2.2.2. Commenti sul contenuto degli adeguamenti**

L'ordinanza adegua la struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08 – convenuta nel contratto quadro incl. allegati tra santésuisse e FMH del 20 giugno 2002 e approvata dal Consiglio federale il 30 settembre 2002 – a partire dal 1° gennaio 2018 e la definisce contemporaneamente come struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche ambulatoriali. Gli adeguamenti alla struttura tariffale sono riportati nell'allegato 1 di questa ordinanza.

Come accennato al n. 1.2, nell'autunno 2016 i partner tariffali hanno presentato individualmente proposte per adeguamenti della struttura tariffale TARMED attualmente in vigore (versione 1.08\_BR). Tali proposte nonché le ricerche e le analisi effettuate nel frattempo consentono oggi un nuovo intervento maggiormente differenziato sulla struttura tariffale rispetto a quello possibile nel 2014.

Dal punto di vista degli assicurati è importante che la tariffa delle prestazioni rappresentate in una struttura tariffale rispetti i principi dell'economicità, per evitare che si generino falsi incentivi, che siano fornite prestazioni mediche non necessarie, che i costi aumentino ulteriormente e, non da ultimo, che la qualità dell'assistenza peggiori. In linea di massima, i partner tariffali riconoscono che l'attuale struttura tariffale non è adeguata. Le presenti modifiche della struttura tariffale devono pertanto mirare a ristabilire o almeno a migliorare l'adeguatezza, vale a dire a definire una relazione reciproca più corretta a livello di remunerazione delle diverse prestazioni. Le tariffe dovranno altresì essere stabilite tenendo conto delle regole dell'economia, vale a dire che dovrà essere rispettato il principio di una remunerazione delle prestazioni che consenta di far fronte alle spese e ai costi generati dalla fornitura della prestazione stessa. La struttura tariffale adeguata e stabilita dal Consiglio federale deve essere in linea con i principi di equità e di economicità. Questo significa che, in linea di principio, a parità di prestazioni offerte (medesima qualità e quantità delle prestazioni erogate) non vi devono essere aumenti dei costi. Le diminuzioni dei costi comprovate (dovute p. es. alla riduzione della durata degli interventi operatori) devono essere considerate nel modello tariffale.

I presenti adeguamenti della struttura tariffale da parte del Consiglio federale non costituiscono una revisione totale della struttura tariffale imposta d'autorità. In virtù della preminenza dell'autonomia tariffale, i partner tariffali devono concordare una struttura tariffale completamente nuova e finora mai

applicata, da presentare al Consiglio federale per approvazione. Le presenti modifiche della struttura tariffale TARMED sono intese segnatamente a correggere prestazioni caratterizzate da tariffe eccessive in alcuni ambiti, incrementando l'adeguatezza della struttura tariffale affinché questa soddisfi meglio le prescrizioni della LAMal. Sono inoltre corretti gli incentivi creati dalla struttura tariffale che inducevano a una fatturazione eccessiva o inappropriata di alcune posizioni.

Una verifica approfondita della struttura tariffale ha stabilito che tariffe eccessive sono riscontrabili in particolare nei seguenti ambiti invasivi o richiedenti un elevato livello tecnico: radiologia, chirurgia maxillo-facciale, gastroenterologia, radiooncologia e radioterapia, cardiologia, , chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, anesthesiologia, , medicina nucleare, chirurgia della mano, neurologia, oftalmologia e angiologia.

In virtù del progresso medico e tecnico è plausibile che, soprattutto in questi ambiti, le produttività e i minutaggi predefiniti nei modelli di calcolo non siano più corretti. Anche i prezzi delle apparecchiature in questi ambiti sono molto cambiati dagli anni 1990 e nella maggior parte dei casi sono nettamente inferiori.

Dall'introduzione del TARMED può essere osservato un netto incremento (33 %) delle consultazioni ambulatoriali presso gli specialisti (2005-2014, Datenpool SASIS AG). A titolo di confronto, l'incremento presso i medici di base si è attestato appena al 13 per cento. Nello stesso periodo, anche i costi per singola consultazione hanno subito un incremento nettamente superiore presso gli specialisti (32 %) rispetto a quanto riscontrato presso i medici di base (20 %). Tra il 2010 e il 2014 le prestazioni lorde TARMED sono aumentate dell'11 per cento presso i medici di base, del 29 per cento presso gli specialisti e del 30 per cento negli ospedali (Datenpool SASIS AG). Questa evoluzione, unita al fatto che, dall'introduzione del TARMED nel 2004, le differenze di reddito tra specialità tecniche e medici di base sono aumentate invece di diminuire come auspicato, rafforza la supposizione che le tariffe in alcuni ambiti specializzati siano eccessive.

Le modifiche praticate alla struttura tariffale TARMED da parte del Consiglio federale rappresentano una soluzione transitoria da adottare finché i partner tariffali non ne avranno concordato una conforme alle prescrizioni della LAMal e questa non sarà stata approvata dal Consiglio federale. I partner tariffali sono esortati a sfruttare il tempo guadagnato con questa soluzione transitoria per raggiungere un accordo concernente la futura struttura tariffale.

Le modifiche del 2014 sono portate avanti, in quanto adottate dal Consiglio federale con decisione del 20 giugno 2014. Attualmente queste sono altresì oggetto della convenzione limitata a fine 2017 dei partner tariffali concernente l'applicazione della versione 1.08\_BR. È quindi da considerare che gli adeguamenti siano stati accettati dai partner tariffali in quanto appropriati. Lo scopo degli adeguamenti apportati dal Consiglio federale nel 2014 era principalmente di sbloccare le trattative tra i partner in materia di tariffe. È stata introdotta una posizione supplementare (00.0015) del valore di dieci punti tariffali per la prestazione medica (punti tariffali PM) per i gruppi di fornitori di prestazioni di medicina interna generale, medico generico e pediatria nello studio medico. Inoltre, è stata applicata una riduzione dell'8,5 per cento del numero di punti attribuiti alla prestazione tecnica (punti tariffali PT) per le posizioni tariffali di 13 capitoli<sup>1</sup>, per compensare almeno in parte gli aumenti di produttività in questi ambiti. Dai dati era emerso che solo i partner tariffali sono in grado di rilevare i rapporti esatti degli aumenti di produttività per prestazione. I dati a disposizione del Consiglio federale non gli consentivano di intervenire in maniera differenziata sulla base delle singole posizioni delle prestazioni. Una riduzione lineare, inoltre, intendeva ridurre consapevolmente allo stretto necessario gli interventi nella struttura tariffale. Le riduzioni non erano certo limitate nel tempo, ma da intendersi quale provvedimento transitorio fino all'entrata in vigore della revisione totale della struttura tariffale che avrebbe dovuto essere approvata dal Consiglio federale secondo l'articolo 46 capoverso 4 in combinato disposto con l'articolo 43 capoverso 5 LAMal. Gli adeguamenti avrebbero dovuto contribuire a una maggiore ponderazione delle prestazioni mediche intellettuali rispetto alle prestazioni tecniche fino alla revisione

---

<sup>1</sup> Le prestazioni tecniche nei seguenti capitoli sono state ridotte dell'8,5 per cento: 4, 5, 8, 15, 17, 19, 21, 24, 31, 32, 35, 37, 39. In questi capitoli il volume di punti tariffali fatturati delle prestazioni tecniche era alto in cifre assolute ed era aumentato notevolmente negli anni 2009-2012 (aumento PT assoluto > 1 mio). Inoltre, almeno il 50 % dell'aumento del volume totale (PM+PT) verificatosi per questi capitoli (2009-2012) era da ricondurre all'incremento del volume PT verificatosi nello stesso periodo.



totale allora annunciata da alcuni partner tariffali per la fine del 2015 e contrastare l'aumento più accentuato del volume di punti delle prestazioni tecniche rispetto alle prestazioni mediche verificatosi negli anni più recenti. Dato che l'entità delle prestazioni non era stata modificata, gli adeguamenti ai sensi dell'articolo 43 capoverso 6 in combinato disposto con l'articolo 46 capoverso 4 LAMal sono stati realizzati in modo neutrale in termini di costi, e quindi in maniera da non generare costi aggiuntivi. L'aumento e le riduzioni corrispondevano a un importo di circa 200 milioni di franchi all'anno. Visto l'ordine di grandezza, l'intervento va considerato come molto moderato (in rapporto ai 9,5 miliardi di franchi di prestazioni lorde TARMED nel 2014). Purtroppo ad oggi, come già illustrato al n. 1.2, le negoziazioni tra i partner tariffali sono ancora bloccate. L'obiettivo principale dell'intervento del 2014 non ha pertanto potuto essere raggiunto. Inoltre, le modifiche del 2014 hanno condotto insieme, tra il 2014 ed il 2015, ad un leggero aumento dei costi del 6,1 per cento in confronto alla crescita media. Negli ospedali, col 3,8 per cento, la crescita è stata inferiore. Per gli specialisti, la crescita, del 5,1 per cento, è stata egualmente inferiore ma di lungi non nella stessa misura che per gli ospedali. Questo fa pensare che gli specialisti hanno in parte compensato le diminuzioni con un aumento delle quantità.

Il presente testo contiene pertanto ulteriori modifiche della struttura tariffale. Da un lato al fine di sbloccare le trattative tariffali e dall'altro per rendere la struttura tariffale più appropriata grazie a un intervento differenziato nonché per correggere gli incentivi creati dalla struttura tariffale che inducevano a una fatturazione eccessiva o inappropriata di alcune posizioni.

Di seguito sono descritte e giustificate le nuove modifiche della struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08\_BR, vale a dire la versione valida e applicata dal 1° ottobre 2014. Gli effetti concreti sulla struttura tariffale nella versione 1.08\_BR, attualmente valida e applicata (vale a dire con l'inclusione delle modifiche ordinate dal Consiglio federale nel 2014) nonché gli effetti finanziari delle modifiche rispetto a questa versione sono illustrati alla cifra II, allegato 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 (stima degli effetti possibili)**

### **1. 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 (da FMH5 a FMH12), legato a un fattore del valore intrinseco definito (da FMH5=0,905 a FMH12=2,2625). Il valore intrinseco quantitativo influenza i punti tariffali delle prestazioni mediche (punti tariffali PM) della rispettiva posizione tariffale: maggiore è il valore intrinseco della posizione tariffale, più elevati sono anche i punti tariffali PM. Dal momento che, secondo la legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (legge sulle professioni mediche, LPMed; RS 811.11), la durata della formazione per tutti i titoli di medico specialista è di cinque o sei anni, i fattori del valore intrinseco non sono giustificati e portano in particolare a una violazione del principio dell'equità. Le nuove disposizioni prevedono pertanto che tutte le prestazioni siano registrate con un fattore del valore intrinseco uniforme. Dal momento che per i medici con un titolo federale di perfezionamento di «medico generico» la durata della formazione è di soli tre anni, per questa categoria è stato introdotto un fattore di scala corrispondente alla condizione di vantaggio ottenuta con l'uniformazione del fattore del valore intrinseco (titolo singolo, senza doppio titolo). Tale fattore vale anche per i medici con un titolo federale di perfezionamento di «medico generico» impiegati in un ospedale o in una struttura di cui all'articolo 36a LAMal (controllo tramite numero GLN). L'uniformazione dei fattori del valore intrinseco consente di ridurre le differenze nel volume di punti tariffali conteggiati tra le prestazioni mediche tecnico-specialistiche e i medici di base.

### **2. Aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sala operatoria»**

Nella struttura tariffale TARMED, a ogni centro di costo (= unità funzionale) è attribuita una produttività. Per ricavare il tempo utile ai fini della definizione della tariffa dall'orario di lavoro calcolato sull'arco dell'anno del medico, viene sottratto il tempo «non produttivo». In questo lasso di tempo il medico svolge attività che non possono essere fatturate direttamente avvalendosi delle posizioni TARMED. Vengono sottratti da una parte elementi indipendenti dall'unità funzionale (p. es. inconvenienti personali, telefonate con uffici, pause prescritte per

legge, spostamenti all'interno dello studio medico) e dall'altra attività non fatturabili specifiche per l'unità funzionale (gestione dello studio medico/conduzione del personale, colloqui con il team, controlli di qualità, statistiche ecc.). Le produttività influenzano l'entità dei punti tariffali PM: più sono basse, più elevati saranno i punti tariffali PM per la relativa prestazione. Soprattutto per le unità funzionali SO, i valori originariamente rilevati erano nettamente superiori (SO I = 72 %; SO II = 65 %; SO III = 65 %) alle produttività effettivamente utilizzate dopo le trattative (SO I = 45 %; SO II = 50 %; SO III = 55 %). Nelle produttività effettivamente utilizzate per le unità funzionali SO, la metà dell'orario di lavoro calcolato sull'arco dell'anno – e addirittura di più per la SO I – di un medico è considerata «non produttiva». Per nessun'altra unità funzionale la produttività è così bassa, attestandosi praticamente in tutti i casi su percentuali superiori al 70 per cento. Non vi è alcuna motivazione oggettiva che giustifichi produttività così basse nelle unità funzionali SO. Se il tempo non produttivo stabilito è troppo elevato (cioè la produttività è troppo bassa), il fornitore di prestazioni può fatturare il doppio del tempo, dato che nel tempo registrato come non produttivo può fatturare altre prestazioni. Le produttività devono quindi essere fissate a un livello superiore, pur continuando a essere scaglionate come nel TARMED attualmente vigente. Si parte dal presupposto che il tempo medio per le prestazioni in senso più stretto in SO I sia inferiore a quello in SO II e in SO III e che operazioni più brevi con tempi non tariffali invariati corrispondano a una produttività inferiore. Come base per lo scaglionamento è stata scelta la produttività più bassa rilevata all'origine dell'unità funzionale SO III (65 %). La produttività dell'unità funzionale SO II viene fissata nel TARMED vigente a un 5 per cento inferiore, mentre la produttività dell'unità funzionale SO a un 5 per cento ulteriormente inferiore. L'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie» conferisce alle attività operative uno status inferiore rispetto alle attività non invasive, riducendo così l'incentivo a effettuare un'operazione in mancanza di un'assoluta necessità medica.

### **3. 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 del 10 per cento, in quanto il loro sfruttamento (tempo di esercizio lordo) con nove ore per giorno lavorativo<sup>2</sup> (dodici per IMR e TAC) non è considerato sufficientemente economico. Si stima che la riduzione del 10 per cento sia inferiore alla differenza tra un'aliquota di costo con sfruttamento di nove ore e una con sfruttamento di dodici ore o, nel caso di IMR e TAC, tra un'aliquota di costo con 251 giorni di esercizio lordi all'anno e una con 300 giorni di esercizio lordi all'anno. Inoltre, dall'introduzione del TARMED i costi degli strumenti sono in parte diminuiti<sup>3</sup> e la durata di ammortamento, in particolare per gli strumenti IMR e TAC (sei anni), è troppo bassa. Con il solo incremento della durata di ammortamento da sei a otto anni si otterrebbe già una riduzione dell'aliquota di costo stimata per le unità funzionali IMR e TAC pari quasi al 10 per cento. In questo contesto va menzionato inoltre che la concentrazione di strumenti IMR e TAC in Svizzera è elevata nel confronto con gli altri Paesi OCSE<sup>4</sup>. Oltre a queste evidenti ragioni per una riduzione delle aliquote di costo, il modello tariffale contiene altri parametri il cui valore definito è da mettere in dubbio, anche dal momento che le basi di calcolo non sono mai state presentate. Tra questi vi è ad esempio la cosiddetta aliquota SUK del modello di costi INFRA. Secondo questo modello, i costi generali sono aggiunti al calcolo per tutte le unità funzionali come costi per il materiale e per i contributi con un'aliquota percentuale fissa – 70% per la maggior parte delle unità funzionali – di costi per l'infrastruttura e il personale. Se tale aliquota fosse dimezzata, le aliquote di costo sarebbero fino al 20 per cento inferiori.

La riduzione delle aliquote di costo PT in determinate unità funzionali contribuisce – come le modifiche del 2014 – in linea di principio a una maggiore ponderazione delle prestazioni mediche intellettuali rispetto alle prestazioni tecniche. Le riduzioni del 2014 sono state tuttavia

<sup>2</sup> Lo sfruttamento normale delle unità funzionali è di 251 giorni di esercizio (365 giorni - 104 giorni non lavorativi [sabato e domenica] - 10 giorni di vacanza). Lo sfruttamento normale giornaliero dell'unità funzionale corrisponde a nove ore di esercizio (tra l'altro per le unità funzionali IMR e TAC sono già registrate dodici ore di esercizio).

<sup>3</sup> Studio INFRAS «Kosten und Rentabilitäten von kostenintensiven Infrastrukturen, Geräten und Einrichtungen sowie damit verbundenen Leistungen in der ambulanten Medizin», rapporto finale del 18 ottobre 2016

<sup>4</sup> OECD Health Statistics 2016; [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

praticate per un motivo diverso (cfr. pag. 8, aumenti della produttività) da quelli summenzionati (sfruttamento, riduzione dei costi degli apparecchi, durata dell'ammortamento, aliquota SUK.).

**4. Introduzione di una prestazione basata sull'attività (minutaggio di 5 minuti) in caso di presenza del medico radiologo durante l'esame TAC o IMR e uniformazione dei minutaggi per l'allestimento del rapporto**

Allo stato attuale, per le posizioni tariffali per esami TAC e IMR sono registrati minutaggi sia per la prestazione medica in senso più stretto sia per l'allestimento del rapporto. La somma di questi minutaggi è moltiplicata per l'aliquota di costo al fine di calcolare i punti tariffali PM. Dal momento che il medico specialista in radiologia non è sempre presente oppure non rimane tutto il tempo vicino al paziente durante lo svolgimento di un esame IMR o TAC, per queste posizioni tariffali il minutaggio per la prestazione medica è stralciato ed è invece introdotta una posizione tariffale di supplemento come prestazione basata sull'attività per la prestazione medica in caso di assistenza personale del medico radiologo durante l'esame TAC o IMR con un minutaggio di 5 minuti. Durante la maggior parte degli esami TAC e MRI il medico radiologo deve essere presente per un breve lasso di tempo per ottemperare ai suoi obblighi secondo l'ordinanza sulla radioprotezione (p. es. controllo dell'indicazione, indicazioni e spiegazioni al personale specializzato e al paziente, definizione delle modalità d'esecuzione dell'esame, ecc.). In casi particolari può essere necessaria la presenza del medico radiologo anche per una parte o per l'intero esame TAC e IMR. Con un minutaggio di 5 minuti nella nuova prestazione basata sull'attività che è stata introdotta, da comprendersi come valore medio, il medico radiologo può fatturare la sua presenza durante l'esame. Talvolta sarà presente solo 1-2 minuti all'inizio, talvolta più a lungo. In media saranno così rappresentate a sufficienza le prestazioni mediche del medico radiologo. Nel restante lasso di tempo il medico specialista in radiologia può fornire e fatturare altre prestazioni. Nei casi in cui non è assolutamente presente, non può fatturare la posizione. Il minutaggio per l'allestimento del rapporto in seguito a un esame IMR o TAC, che influisce anch'esso sui punti tariffali PM, è leggermente incrementato e uniformato per le prestazioni principali, mentre viene stralciato per le prestazioni supplementari. Con questa modifica il medico specialista in radiologia non effettua più una fatturazione doppia del suo tempo, se, durante un esame TAC o IMR, fornisce altre prestazioni. L'economicità della fornitura di prestazioni ne risulta migliorata.

**5. Riduzione di minutaggi troppo elevati per posizioni tariffali selezionate**

I minutaggi di determinate posizioni tariffali, per i quali sussistono indicazioni concrete di eccesso, vengono ridotti. Le procedure d'esame e d'intervento attualmente avviate, nonché gli ausili tecnici e gli strumenti diagnostici odierni portano a un impiego di tempo inferiore. Per le seguenti prestazioni i minutaggi in termini 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. Le indicazioni per la riduzione dei minutaggi di queste prestazioni provengono in gran parte dagli assicuratori, che hanno verificato la plausibilità delle loro stime con i loro medici di fiducia nonché in parte con valori dell'*Einheitlicher Bewertungsmaßstab* («criterio di qualità unitario») applicati in Germania. Nella struttura tariffale attualmente in vigore, per un intervento di cataratta con impianto di una lente artificiale e impianto di un anello capsulare è registrato un tempo superiore a un'ora, benché oggi un intervento del genere duri meno della metà. Anche l'iniezione del vitreo dura attualmente solo pochi minuti, ma è registrata nella struttura tariffale con una durata di 30 minuti, insieme alla biopsia del corpo vitreo, che ha una durata superiore. Nella struttura tariffale attualmente in vigore, l'ECG sotto sforzo e secondo Holter è registrato con una durata superiore ai 30 minuti, benché secondo gli assicuratori venga eseguito in un massimo di 25, dato che l'automatizzazione ha ridotto sensibilmente la durata di questo esame. Nell'*Einheitlicher Bewertungsmaßstab* applicato in Germania per determinare la struttura tariffale delle prestazioni mediche, l'ECG sotto sforzo e l'ECG secondo Holter sono registrati con una durata di 10 minuti (valutazione di un ECG prolungato della durata di almeno 18 ore con registrazione continua). Anche la coloscopia completa e la coloscopia attraverso stoma sono registrate nella struttura tariffale attualmente in vigore con una durata di 33 e 30 minuti, benché siano effettuate mediamente in un massimo di 25 minuti. Secondo gli assicuratori (medici di fiducia) per la

coloscopia completa e la coloscopia attraverso stoma dovrebbe essere sufficiente un minutaggio di 20 minuti. Secondo uno studio della *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) del 2017<sup>5</sup> una coloscopia dura dai 30 ai 45 minuti. Nella struttura tariffale di H+ e nell'EBM tedesco la coloscopia è registrata con una durata di 30 minuti. Nelle informazioni per i pazienti messe a disposizione dagli ospedali è citata una durata di 20-30 minuti. Sulla base di queste informazioni il minutaggio per la coloscopia completa e la coloscopia attraverso stoma viene fissato a 25 minuti. Il minutaggio per la coloscopia parziale o della parte sinistra risulta essere più basso ed è stato calcolato rispettando le proporzioni attuali. Durante la coloscopia (e anche durante la rettoscopia/sigmoidoscopia) vengono spesso asportati polipi. Anche in questo caso il minutaggio per le corrispondenti posizioni tariffali è ritenuto troppo elevato dagli assicuratori e viene pertanto ridotto. Negli ultimi anni la radioterapia stereotassica ha conosciuto un'enorme evoluzione tecnica e i minutaggi registrati sono pertanto nettamente troppo elevati.

La riduzione dei minutaggi aumenta l'economicità della fornitura di prestazioni, perché nello stesso lasso di tempo non possono essere fatturate più prestazioni. Dal momento che nel 2014 erano già state praticate riduzioni dei punti tariffali PT di queste posizioni per lo stesso motivo (aumenti di produttività), tali riduzioni sono state prese in considerazione nel presente calcolo dei nuovi punti tariffali.

#### **6. 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. La limitazione per mese è mantenuta ma ricalcolata. Inoltre, viene introdotta una limitazione per seduta, corrispondente al massimo al precedente minutaggio della prestazione basata sull'attività. Secondo quanto affermato dagli assicuratori, le prestazioni menzionate nell'interpretazione di queste posizioni tariffali non vengono sempre tutte eseguite. Il minutaggio è pertanto tendenzialmente troppo elevato e quindi non economico. Inoltre, questi esami non sono prestazioni omogenee: la durata dell'esame è diversa da un fornitore di prestazioni all'altro e da un paziente all'altro. Pertanto è più appropriato definire questi esami come prestazioni basate sul tempo per unità di cinque minuti – con limitazione. Per le posizioni tariffali con elenchi di parti di prestazioni dai quali il fornitore di prestazione può scegliere, ai fini della trasparenza quest'ultimo dovrà in futuro riportare nella cartella del paziente gli esami effettivamente svolti.

#### **Modifiche delle regole di fatturazione di una o più posizioni tariffali (stima degli effetti impossibile o possibile solo in piccolissima parte)**

#### **7. Applicazione delle limitazioni anche per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica**

La nota «questa limitazione decade per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica» è eliminata per 20 posizioni tariffali. Al momento dell'introduzione del TARMED, questa nota aveva lo scopo di promuovere la fatturazione elettronica con un incentivo integrato nella struttura tariffale. Le limitazioni di quantità e tempo registrate per queste posizioni tariffali decadono pertanto per i fornitori di prestazioni che utilizzano la fatturazione elettronica. Dal momento che gli assicuratori, per loro stessa affermazione, faticano a identificare nella pratica i fornitori di prestazioni che utilizzano la fatturazione elettronica, si presume che in linea di massima le prestazioni per queste posizioni non abbiano potuto essere controllate e applicate. L'incentivo diventa inoltre obsoleto in quanto oggi la maggioranza dei fornitori di prestazioni utilizza la fatturazione elettronica.

Tuttavia, sono aumentate le limitazioni per determinate fasce d'età e gruppi di pazienti. Ad esempio, sono raddoppiate le limitazioni per i bambini di età inferiore ai sei anni e per le persone ultrasettantacinquenni, così come lo sono quelle per i pazienti più bisognosi di cure (eccezione). Un bisogno più importante di cure, nel senso di un bisogno eccezionalmente più importante in

---

<sup>5</sup> <http://www.esge.com/performance-measures-for-lower-gastrointestinal-endoscopy.html>

tempo, può, per esempio, rivelarsi necessario per pazienti con patologie multiple, per pazienti con limitazioni cognitive di gravità media o acuta, per pazienti con malattie mentali gravi o per pazienti in situazione di malattia grave (p. es. sindrome coronarica acuta o malattie oncologiche instabili). Tuttavia, il trattamento di tali pazienti non autorizza automaticamente l'uso di limitazioni superiori, il bisogno più importante di cure di un paziente deve essere motivato presso l'assicuratore. Ci si attende che le quantità fatturate delle nuove posizioni tariffali restino entro i limiti dei tassi attuali per il superamento delle limitazioni attivate, per tutti i fornitori di prestazioni, da questa misura. I partner tariffali sono invitati, se possibile, a trovare soluzioni comuni, o almeno concordate, per l'utilizzo delle limitazioni raddoppiate. Il limite di età di sei anni è stato fissato data la maggiore capacità di giudizio dei bambini a partire dalla scolarizzazione. Il limite di età di 75 anni è stato scelto perché il rischio di molte malattie aumenta a partire da questa età. Inoltre, in base a cifre aggiornate, a partire da questa età le cure durano tendenzialmente di più.

Anche la posizione tariffale «Consultazione telefonica da parte dello specialista in psichiatria, ogni 5 min.» è sottoposta a limitazioni. Affinché gli specialisti in psichiatria abbiano comunque tempo sufficiente per colloqui telefonici con i pazienti in situazioni di crisi, nella posizione tariffale è integrata la dicitura «Intervento psichiatrico di crisi, ogni 5 min.», in modo che questa possa essere fatturata anche in caso di interventi telefonici in situazioni di crisi.

In linea di principio, le limitazioni hanno lo scopo di garantire l'economicità della fornitura di prestazioni ai sensi dell'articolo 56 LAMal. Se non sono rispettate o non possono essere controllate, la fornitura di prestazioni non è economica. L'evoluzione della fatturazione delle posizioni delle prestazioni con una limitazione parziale nonché la durata della consultazione permettono di affermare che oggi le posizioni sono fatturate con frequenza e durata maggiori di quanto consentirebbero le limitazioni fino ad ora non applicate. La presente modifica dovrà contrastare tale fenomeno.

#### **8. Precisazione dell'interpretazione delle prestazioni mediche in assenza del paziente e adeguamento delle relative limitazioni**

Le posizioni tariffali con la denominazione «Prestazione medica in assenza del paziente» (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) hanno fatto registrare negli ultimi anni un forte aumento quantitativo. È lecito supporre che i fornitori di prestazioni fatturino mediante queste posizioni tariffali attività che non prevedono un contatto diretto con i pazienti, nonostante le attività siano già remunerate mediante la produttività, vale a dire il periodo non produttivo (vedi sopra). La possibilità della fatturazione di queste posizioni tariffali deve essere limitata con varie modifiche, dal momento che oggi né gli assicuratori né i pazienti possono controllare quest'aspetto.

L'interpretazione delle posizioni tariffali sarà integrata in modo che queste non siano valide come prestazioni mediche in assenza del paziente fornite nell'ambito della redazione di certificati, rapporti e documenti medici secondo il capitolo 00.06. Questa modifica è determinata dal fatto che nelle posizioni tariffali del capitolo 00.06 sono già contenute le prestazioni riportate nella posizione «Prestazione medica in assenza del paziente». Pertanto, la fatturazione supplementare di altre posizioni delle prestazioni per l'attività di redazione di rapporti non è corretta.

Inoltre, ogni possibile prestazione in assenza del paziente (p. es. studio degli atti, informazioni presso terzi) sarà in futuro definita da una posizione tariffale separata, in modo da chiarire esattamente quale prestazione è stata effettuata dal fornitore di prestazioni. Oltre alle prestazioni già inserite nell'interpretazione della posizione tariffale 00.0140 viene aggiunta una posizione per la partecipazione a un tumor board, denominata «Tumor board in assenza del paziente». La suddivisione in diverse posizioni tariffali aumenta la trasparenza e la possibilità di controllo soprattutto per la persona assicurata e riduce l'incentivo per il fornitore di prestazioni a fatturare questa posizione tariffale senza riflettere.

Per le prestazioni mediche in assenza del paziente (00.014 segg.) le limitazioni previste oggi per i medici specialisti che non utilizzano il metodo di fatturazione elettronica vengono attivate per tutti i medici specialisti (vedere punto 7 sopra) e dimezzate, per contrastare il forte aumento quantitativo sopra menzionato. Tale dimezzamento non vale per prestazioni in assenza del

paziente per i bambini di età inferiore ai sei anni e per le persone ultrasettantacinquenni: per queste fasce d'età le limitazioni rimangono ai valori attuali. Anche per i pazienti che più bisognosi di cure, le limitazioni non sono dimezzate. L'eccezione di cui al punto 7 vale di conseguenza anche per le prestazioni in assenza del paziente indicate alle posizioni 00.014 segg. L'attuazione concreta nella struttura tariffale si trova alla cifra II. Con questa integrazione viene dato, in particolare, seguito alla necessità del fornitore di prestazioni di ricevere un'indennità per l'onere crescente necessario a coordinare l'ambiente sociale, scolastico e professionale del paziente (lavoro sull'ambiente del paziente).

Le limitazioni per le prestazioni mediche in assenza del paziente eseguite dal medico specialista in psichiatria o dallo psicologo/psicoterapeuta curante o delegato (02.0071 segg., 02.0161 segg., 02.0261 segg.) sono attivate per tutti i fornitori di prestazioni e non solo per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica (vedere punto 7 sopra).

Le limitazioni sono sempre cumulative per tutte le posizioni tariffali in assenza del paziente. A tal fine, nuovi gruppi di prestazioni sono integrati. Per evitare che le prestazioni in assenza del paziente composte da varie parti (p. es. studio degli atti e prescrizioni mediche) tendano ad essere arrotondate per eccesso ogni volta che i cinque minuti sono iniziati e che quindi il volume fatturato aumenti, da adesso tutte le posizioni «prestazione in assenza del paziente» sono tariffate al minuto e non in unità di cinque minuti.

#### **9. Precisazione dell'interpretazione per i supplementi per posizioni d'urgenza**

Per le posizioni tariffali con la denominazione «forfait per l'incomodo-urgenza» (da 00.2510 a 00.2590) viene precisata l'interpretazione. I criteri d'urgenza durante il giorno sono descritti in maniera più dettagliata per chiarire in quali casi questo forfait per l'incomodo-urgenza può essere fatturato. Nel caso di contatto diretto medico-paziente (anamnesi possibile con o in presenza del paziente) devono essere rilevati - o non si possono escludere - disturbi delle funzioni vitali del paziente. La posizione può essere fatturata anche per i pazienti che hanno subito danni agli organi per una malattia acuta, un trauma o un'intossicazione. Nel settore psichiatrico è considerato un caso d'urgenza l'insorgenza di stati di agitazione, comportamenti auto- ed eteroaggressivi, perdita di conoscenza o stati di stupor catatonico. Questo dipende sempre dal giudizio del medico prima dell'intervento (valutazione ex-ante). Nei casi in cui non vi è contatto diretto medico-paziente (p. es. consulenza telefonica) continua a valere il principio che l'intervento medico immediato sia necessario dal profilo medico e/o ritenuto chiaramente tale dal paziente, dai suoi familiari o da terzi e che sia opportuno che il medico specialista si occupi del paziente, e quindi vada a visitarlo, subito e senza indugio. Per i forfait B e C per l'incomodo-urgenza (lun-do 19-22, sa 12-19, do 7-19 e lu-do 22-7) i criteri d'urgenza vigenti finora sono completati con un'aggiunta, in modo che sia più chiaro quando possono essere fatturati e quando no. È introdotto come criterio d'urgenza la necessità, nel caso di contatto diretto medico-paziente, che il medico specialista ritenga l'intervento immediato necessario dal profilo medico. Nei casi senza contatto diretto medico-paziente (p. es. consulenza telefonica) continua a valere il principio che l'intervento medico immediato sia necessario dal profilo medico e/o ritenuto chiaramente tale dal paziente, dai suoi familiari o da terzi. In caso di contatto diretto medico-paziente, è precisata l'interpretazione in modo che il fornitore di prestazioni assuma maggiore responsabilità per la valutazione della situazione.

Vengono inoltre estesi i tempi per il forfait F per urgenze e incomodo per consultazioni/visite d'urgenza al di là dei normali orari di consultazione, come pure a lu-ve 19-22, sa 12-19, e do 7-19, con l'aggiunta del sabato mattina 7-12. Il motivo è che il sabato mattina è escluso dai normali orari di consultazione. In tal modo si evita inoltre che il sabato mattina i pazienti gravi siano inviati direttamente al pronto soccorso ospedaliero dagli studi medici o dagli studi di emergenza presenti in ospedale o gestiti da medici di famiglia.

#### **10. Adeguamento dell'interpretazione per puntione e 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») viene eliminata la limitazione che le rende applicabili solo da un laboratorio di studio medico nel quadro della diagnosi in presenza del paziente.

La posizione 00.0710 «Punzione, venosa, per prelievo di sangue, ogni localizzazione» fa parte delle prestazioni di base generali, vale a dire che quando il medico effettua la punzione, questa può essere fatturata nell'ambito della consultazione. L'interpretazione della posizione 00.0710 indica che le punzioni effettuate da personale non medico allo scopo di prelevare sangue per esame(i) di laboratorio in laboratori d'ospedale e in laboratori sono fatturate con la corrispondente posizione tariffale dell'Elenco federale delle analisi. Questa situazione, ancora attuale al momento dell'introduzione del TARMED, oggi non si verifica più. Dal momento che i prelievi di sangue (venoso o capillare) effettuati da personale non medico, che non sono valutate nel proprio laboratorio di studio medico, oggi non possono essere fatturati sulla base dell'Elenco delle analisi, è lecito supporre che attualmente questi prelievi siano in parte fatturati con la posizione 00.0710, benché questa possa essere utilizzata solo se il prelievo di sangue è stato effettuato dal medico. Esiste inoltre l'incentivo a effettuare nel contempo nel proprio laboratorio di studio medico un esame del tutto superfluo, al fine di poter fatturare comunque la posizione. Questo fenomeno va evitato, soprattutto dal momento che la posizione tariffale 00.0710, a differenza delle altre due, contiene anche i punti tariffali PM. La modifica consente di fatturare in modo corretto i prelievi di sangue effettuati da personale non medico.

**11. Cambiamento della tariffazione e precisazione dell'interpretazione per la posizione tariffale 00.0610 «Istruzione specifica al paziente da parte del medico specialista, per effettuare automisurazioni o proprie cure, ogni 5 min.»**

Nell'interpretazione della posizione tariffale 00.0610 «Istruzione specifica al paziente da parte del medico specialista, per effettuare automisurazioni o proprie cure, ogni 5 min.» sono elencati quali esempi di prestazioni che possono essere fatturate nell'ambito di questa posizione *iniezioni, inalazioni, dilatazione mediante sonda, sonda gastrica e catetere vescicale*. Varie indagini condotte tra gli assicurati indicano tuttavia che i fornitori di prestazioni utilizzano questa posizione anche per la fatturazione di prestazioni non riportate nell'interpretazione, probabilmente in virtù della tariffa più elevata rispetto alla consultazione di base (unità funzionale «SET medico di base» invece di unità funzionale «Sala visita»). Questo incentivo deve essere impedito modificando la tariffazione della posizione tariffale nell'ambito dell'unità funzionale «Sala visita». Dal momento che si tratta di un'istruzione per automisurazioni o proprie cure da parte del paziente, non è chiara la ragione per cui queste debbano avvenire in ambito diverso («SET medico di base») dalla consultazione di base («Sala visita»). Inoltre, l'interpretazione è precisata al fine di limitare l'utilizzo della posizione e viene aggiunta una limitazione per seduta.

**Altre modifiche (stima degli effetti impossibile)**

**12. Eliminazione del supplemento del 10 per cento su materiale d'uso e impianti**

L'interpretazione generale IG-20 viene modificata in modo che non sia più possibile fatturare un supplemento del 10 per cento sul prezzo franco di materiali d'uso e impianti. Questo supplemento aveva lo scopo di remunerare le spese per la logistica (ordinazione, stoccaggio, controllo ecc.) relative a materiali d'uso e impianti. Da un lato, il supplemento percentuale fisso senza importo massimo non è giustificato a livello obiettivo, dal momento che le spese per la logistica di materiali più costosi non sono automaticamente più elevate di quelle sostenute per articoli con un prezzo di acquisto inferiore. Inoltre, ad esempio per quanto concerne gli impianti, sul mercato sono disponibili soluzioni di acquisto che rendono obsoleti lo stoccaggio e la logistica in senso classico e che praticamente non comportano costi per il fornitore di prestazioni. Dall'altro lato nel modello di costi INFRA, i costi generali sono aggiunti al calcolo per tutte le unità funzionali come costi per il materiale e per i contributi con un'aliquota percentuale fissa di costi per l'infrastruttura e il personale (aliquota SUK). Tra questi costi per il materiale e per i contributi rientrano anche i costi per acquisto/stoccaggio centrale nonché infrastruttura, supporto e servizi (servizio tecnico, logistica, trasporti interni ed esterni, EDP/informatica ecc.). Le prestazioni logistiche non sono sottratte dal modello di costo; con il

supplemento del 10 per cento sul prezzo franco le prestazioni logistiche sono pertanto fatturate due volte. Ne consegue una mancanza di economicità nella fornitura di prestazioni. Eliminando questo supplemento è possibile anche azzerare l'incentivo a impiegare materiali d'uso e impianti costosi. L'interpretazione è formulata in maniera più chiara in modo da non parlare più di prezzo franco, ma di prezzo di acquisto (prezzo unitario in seguito a deduzione di sconti e riduzioni del prezzo). Altrimenti il rischio è che i costi della logistica siano conteggiati con il prezzo franco.

Anche il rinvio all'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) viene stralciato. Nell'EMAp figurano i mezzi e gli apparecchi i cui costi sono assunti dall'AOMS e che sono utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura. L'AOMS si assume i costi per i mezzi e gli apparecchi riportati nell'EMAp fino all'importo massimo rimborsabile (IMR) contenuto in tale elenco. L'EMAp non è quindi un elenco di prezzi del materiale d'uso utilizzato dai fornitori di prestazioni durante il trattamento e per tale ragione non dovrebbe pertanto essere menzionato nell'IG-20.

### **13. Stralcio di posizioni tariffali per prestazioni ospedaliere e prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione per l'invalidità e dell'assicurazione militare nonché stralcio di tutti i rinvii alla legislazione**

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. Inoltre, sono stralciati tutti i rinvii alla legislazione (LAMal e sue ordinanze di esecuzione OAMal e OPre) e all'Elenco delle analisi. Le competenze del Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoversi 5 e 5<sup>bis</sup> LAMal sono limitate alla definizione e all'adeguamento di strutture tariffali ambulatoriali valide a livello nazionale, che costituiscono la base per tariffe per singola prestazione. Per il settore ospedaliero la LAMal prevede una remunerazione tramite importi forfettari. Inoltre, le competenze in materia di definizione e di adeguamento sono limitate alle prestazioni dell'assicurazione malattie. Per evitare continui adeguamenti dei rinvii nella struttura tariffale in occasione di modifiche della legge e/o delle ordinanze nonché di modifiche dell'Elenco delle analisi, i rinvii sono completamente stralciati. La legge e le sue ordinanze di esecuzione devono essere rispettate indipendentemente dai rinvii nella struttura tariffale. I partner tariffali sono liberi di inserire nei propri sistemi di calcolo sia i rinvii alla legislazione sia, eventualmente, le condizioni per l'assunzione dei costi da parte dell'AOMS.

**Ulteriore adeguamento:** Oltre agli esami da parte del medico specialista (cfr. sopra punto 6) anche la posizione tariffale 00.2205 «Relazione medica formalizzata» viene trasformata da prestazione basata su attività in prestazione basata sul tempo con limitazione e definita con un nuovo numero (00.2206). Tale adeguamento è apportato perché le posizioni tariffali 00.2230 e 00.2240 «Prima relazione medica formalizzata all'AI, primi 10 min. e ogni 10 min. successivi» devono essere stralciate (v. sopra). Così, in caso di assunzione della struttura tariffale, l'assicurazione per l'invalidità deve adeguare solo le limitazioni per poter considerare la grande quantità di relazioni mediche formalizzate nell'AI.

### **14. Introduzione di indennità di trasferta separata per la psichiatria**

Con l'uniformazione del valore intrinseco la diagnostica e terapia psichiatrica è valutata con un valore inferiore rispetto all'indennità di trasferta per essa fatturabile quando lo psichiatra, ad esempio, si reca a casa del paziente. Il motivo è che la diagnostica e terapia psichiatrica è tariffata con un valore intrinseco FMH6 nell'unità funzionale Sala visita di psichiatria e l'indennità di trasferta è tariffata con un valore intrinseco FMH5 nell'unità funzionale Sala visita. L'indennità di trasferta dovrebbe però generalmente essere tariffata nella stessa unità funzionale Sala visita del rispettivo medico specialista. Viene quindi introdotta un'indennità di trasferta separata per il medico specialista in psichiatria e psicoterapia con la stessa tariffazione della diagnostica e terapia psichiatrica e con la stessa interpretazione dell'indennità di trasferta utilizzabile finora.

### **15. Tariffare la fitoterapia come gli altri tipi di medicina complementare**



Il 16.06.2017 il Consiglio federale ha deciso che a partire dal 1° agosto 2017 le prestazioni di medicina complementare – medicina antroposofica, omeopatia classica, medicina tradizionale cinese e fitoterapia – saranno definitivamente a carico dell'assicurazione malattia. Il presupposto è che le pratiche siano eseguite da un medico con formazione in medicina classica, che abbia conseguito il certificato di capacità in uno dei quattro metodi di cura di medicina complementare. A differenza delle altre prestazioni di medicina complementare (agopuntura, MTC, medicina antroposofica, omeopatia, terapia neurale), le prestazioni di fitoterapia non sono tariffate esplicitamente nella struttura tariffale attualmente vigente, ma sono fatturabili tramite le prestazioni di base generali (consultazioni). Adesso sono introdotte anche per la fitoterapia posizioni tariffali analoghe. Questa integrazione non ha conseguenze sui costi, dato che le nuove posizioni sono tariffate come le consultazioni, metodo che potrebbe essere applicato per fatturare tutte queste prestazioni. Per il monitoraggio, inoltre, è meglio che queste prestazioni siano riportate separatamente.

### **2.3. Definizione della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia**

L'ordinanza stabilisce la struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni di fisioterapia fornite nel settore ambulatoriale. La struttura tariffale stabilita è inclusa integralmente nell'allegato 3 (inclusi l'insieme delle posizioni tariffali e la loro descrizione nonché le regole di fatturazione e le interpretazioni generali della struttura). Entrerà in vigore il 1° gennaio 2018 al fine di garantire l'esistenza di una struttura tariffale uniforme per singola prestazione, garantendo così la certezza del diritto per i partner tariffali e la stabilità delle tariffe per gli assicurati.

Il principio dell'autonomia tariffale sancita dalla legge prevede che il Consiglio federale non debba in linea di massima stabilire una struttura tariffale nuova e mai utilizzata. La struttura tariffale stabilita si basa pertanto sulla struttura tariffale uniforme in vigore fino al 31 dicembre 2017. Questa è stata esaminata ed è stata oggetto di adeguamenti volti a ottenere una maggiore conformità alla legge. Queste modifiche tengono conto, per quanto possibile, delle proposte formulate dai partner tariffali e del risultato della consultazione. La struttura tariffale stabilita può pertanto costituire una soluzione transitoria stabile nell'attesa che una nuova struttura tariffale conforme alle prescrizioni della LAMal sia convenuta dai partner tariffali, sottoposta al Consiglio federale e approvata da quest'ultimo. Essa non è limitata nel tempo.

La struttura tariffale fissata fino al 31 dicembre 2017 comprende ampiamente le prestazioni ambulatoriali fornite dai fisioterapisti che esercitano la professione a titolo indipendente o in un ospedale. Il modello utilizzato per definirla si fonda sui dati relativi ai costi e alle prestazioni rilevati presso studi indipendenti, ospedali, cliniche e istituti specializzati. Tale modello tiene conto - grazie alla «produttività» non solo del lavoro del fisioterapista direttamente rappresentato da una posizione tariffale nella struttura (tempo di lavoro detto produttivo), ma anche del lavoro del fisioterapista che non è direttamente fatturabile nella struttura tariffale (tempo di lavoro detto «non produttivo»). Il lavoro non produttivo comprende i contatti con i medici curanti, i colleghi fisioterapisti e le istituzioni, il tempo necessario alla redazione dei rapporti interni e gli altri lavori amministrativi. Concretamente, il modello di struttura tariffale tiene conto di una durata giornaliera di lavoro di 8,4 ore e di una produttività dell'83,1 per cento. Questo corrisponde a un tempo di lavoro produttivo giornaliero di circa 7 ore e di un tempo di lavoro non produttivo giornaliero di circa 1,4 ore. Va notato inoltre che dall'introduzione della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia, il catalogo delle prestazioni del fisioterapista a carico dell'AOMS non è cambiato. La modifica dell'OPre del 27 ottobre 2009, entrata in vigore il 1° gennaio 2010, ha solamente introdotto una nuova terminologia per le prestazioni di fisioterapia all'articolo 5 capoverso 1. Di conseguenza, non dovrebbero esservi prestazioni di fisioterapia, non rappresentate nella struttura tariffale, che giustificerebbero un adeguamento della struttura con insorgenza di costi maggiori a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria.

Il Consiglio federale dispone di una serie di indici che consente di rimettere in questione il carattere appropriato della struttura tariffaria per le prestazioni di fisioterapia.

La struttura tariffale valida fino al 31 dicembre 2017 è costruita attorno a forfait per seduta calcolati in funzione delle durate usuali delle sedute dei fisioterapisti che esercitano la professione a titolo indipendente e negli ospedali, ma queste durate non sono menzionate. Il fatto che la struttura tariffale non menzioni le durate previste delle sedute è negativo ai fini della trasparenza verso i pazienti. Inoltre, incentiva a ridurre il tempo dedicato a ciascuna seduta di trattamento, con possibili ripercussioni sulla qualità dei trattamenti. A livello accessorio, ciò può anche generare un aumento più rapido dei costi, perché i fisioterapisti possono svolgere sedute più brevi delle durate attribuite alle sedute, fatturando lo stesso numero di punti tariffali. Dall'introduzione della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia, i costi per la fisioterapia a carico dell'AOMS sono in costante aumento. Solo per il periodo compreso tra il 2011 e il 2015, i costi totali per la fisioterapia sono cresciuti del 41 per cento, mentre nello stesso periodo i costi totali a carico dell'AOMS sono aumentati del 21 per cento. Se l'aumento del numero di fatture (+34% nel periodo in questione) lascia supporre che vi sia un forte incremento del numero di casi, è opportuno anche rilevare l'incremento ancora maggiore del numero di consultazioni (+46%) e dunque del numero di consultazioni per fattura (da 6,6 a 7,2 consultazioni per fattura). Tale incremento può essere stato in parte accentuato dall'incentivo a ridurre le durate delle sedute menzionate.

Il carattere appropriato della struttura tariffale può anche essere messo in discussione data la forte concentrazione del volume di punti fatturati su una sola posizione tariffale. Infatti la posizione della seduta 7301 rappresenta, da sola, circa il 74 per cento del volume dei punti fatturati nella struttura tariffale. Invece ciò si dovrebbe verificare solo se una grande maggioranza di prestazioni di fisioterapia fossero omogenee in termini di durata e di infrastruttura. Secondo i fisioterapisti, una parte considerevole di prestazioni fatturate con questa posizione hanno durate più brevi giustificate da ragioni terapeutiche. Ciò gioca a favore di una maggiore differenziazione delle posizioni tariffali, per lo meno in funzione delle durate dei trattamenti. Infatti, dato che il modello di costi della struttura tariffale attuale è incentrato su un'unità funzionale unica che comprende l'insieme dei costi imputabili a uno studio di fisioterapia (fisioterapista proprietario dello studio, personale di cura diplomato, personale non diplomato, infrastruttura e impianti ecc.), sono le durate definite per le sedute (tipi di minutaggi) a definire il rapporto delle posizioni tariffali tra di loro. Il modello tariffale della struttura tariffale attribuisce una durata di seduta di 32,6 minuti alla posizione tariffale 7301. È quindi giustificato aspettarsi che il fisioterapista dedichi alla seduta di trattamento un tempo equivalente, dato che nell'ambito della consultazione non sono stati messi a disposizione del Consiglio federale studi o dati in grado di dimostrare l'appropriatezza di sedute più corte.

L'esame della struttura tariffale stabilita fino al 31 dicembre 2017 ha dimostrato anche che alcuni adeguamenti sono necessari al fine di migliorare la comprensione e la trasparenza della struttura e di evitare incentivi o effetti indesiderati. Sul piano sintattico tale esame ha altresì permesso di constatare che la descrizione delle posizioni tariffali non è più conforme al nuovo tenore dell'articolo 5 capoverso 1 OPre e che il margine d'interpretazione è molto ampio. La distinzione poco chiara tra le posizioni di base (forfait per seduta) e la mancanza di chiarezza concernente le combinazioni autorizzate tra le posizioni di base e le posizioni supplementari (posizioni supplementari) e riguardanti le quantità autorizzate possono generare controversie tra fornitori di prestazioni e assicuratori e condurre a una fatturazione non conforme al principio dell'economicità.

Infine, la mancata definizione da parte del Consiglio federale della posizione tariffale 7360 per la remunerazione dei mezzi e degli apparecchi e del materiale necessario in virtù del rinvio all'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) comporta che la remunerazione del materiale necessario al trattamento non è più esplicitamente disciplinata nella struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia valida fino al 31 dicembre 2017. Come menzionato nel commento, la mancata definizione della posizione tariffale 7360 rispondeva a un imperativo di legalità ma non rimetteva in questione il fatto che il materiale necessario utilizzato nel quadro del trattamento fisioterapico e che veniva fatturato con la vecchia posizione 7360 potesse continuare a essere fatturato.

I dati disponibili non consentono di apportare subito tutte le correzioni necessarie. Inoltre, per dare un'ultima possibilità a una soluzione concordata tra i partner, il Consiglio federale si accontenta in questa sede di apportare alcune modifiche alla struttura tariffale che consentano un chiarimento delle posizioni

tariffali e un'armonizzazione con la legge. Con l'obiettivo di garantire certezza del diritto e stabilità delle tariffe, fissa dunque la struttura tariffale adeguata come soluzione transitoria.

La struttura tariffale fissata contiene le modifiche seguenti:

**1. Adozione di una terminologia conforme all'articolo 5 capoverso 1 OPre**

La struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia è stata adeguata al fine di tenere conto della nuova terminologia di cui all'articolo 5 capoverso 1 OPre, entrato in vigore il 1° gennaio 2010.

**2. Chiarimento della struttura tariffale e delle posizioni tariffali nella struttura**

Al fine di consentire un'interpretazione più uniforme delle posizioni tariffali, la struttura tariffale fissata prevede ora un numero più limitato di posizioni tariffali (soprattutto posizioni di base) e precisa alcune regole di fatturazione. La struttura menziona inoltre le combinazioni autorizzate tra le posizioni di base e le posizioni supplementari e chiarisce anche i limiti quantitativi per quanto riguarda le posizioni di base e le posizioni supplementari. La struttura tariffale stabilita contiene una nuova posizione tariffale dedicata alla fatturazione del materiale per il trattamento. La creazione di una nuova posizione migliorerà la trasparenza sulle fatture e permetterà un monitoraggio migliore dei costi legati a tale materiale. Per facilitare il controllo, le regole di fatturazione contengono una lista esaustiva delle categorie di materiale che possono essere fatturate con questa posizione. I fornitori di prestazioni sono tenuti a citare la categoria del materiale in questione (sulla base di suddetta lista) e di indicare le quantità e i prezzi d'acquisizione. Per limitare l'onere amministrativo ad essi relativo, le quantità e i prezzi saranno rapportati alla fine della cura, ovvero in termini di totale al momento della fatturazione o dopo 9 sedute di trattamento, il massimo concesso dall'OPre per prescrizione medica.

Queste modifiche si fondano per quanto possibile sulle proposte presentate al Consiglio federale dai partner tariffali nel corso del 2016 oltre che sulle informazioni disponibili concernenti l'elaborazione della struttura tariffale fissata. Tengono altresì conto del risultato della consultazione. Migliorando la chiarezza della struttura tariffale, nonché la sua conformità alla legge, esse dovrebbero facilitare i rapporti tra i fornitori di prestazioni e gli assicurati e creare una maggiore trasparenza per i pazienti.

È chiaro che la struttura tariffaria per le prestazioni di fisioterapia deve essere rivista nella sua integralità. In virtù dell'autonomia tariffale prevista dalla legge, i partner tariffali sono invitati a sottoporre congiuntamente per approvazione al Consiglio federale una struttura tariffale rivista o una struttura tariffale modificata nel più breve tempo possibile. Qualora ciò non avvenga, il Consiglio federale potrà intervenire al fine di apportare gli adeguamenti ritenuti necessari. I partner tariffali sono invitati ad informare regolarmente il DFI sullo stato di avanzamento dei lavori.

## **II. Parte speciale**

### **Commenti alle singole disposizioni**

#### *Art. 2 Struttura tariffale per le prestazioni mediche*

L'articolo 2 dell'ordinanza del 20 giugno 2014 sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie è rimesso in vigore dal 1° gennaio 2018 ed è modificato come segue: il capoverso 1 stabilisce che le modifiche alla struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08 – convenuta nel contratto quadro incl. allegati tra santésuisse e FMH del 20 giugno 2002 e approvata dal Consiglio federale il 30 settembre 2002 – siano definite all'allegato 1. Tali modifiche devono essere obbligatoriamente applicate dai partner tariffali se la fatturazione avviene secondo la struttura tariffale per singola prestazione TARMED. La versione 1.08., alla quale si riferiscono le modifiche, sarà consultabile sulla pagina Internet dell'UFSP. Il capoverso 2 definisce la struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08, con le modifiche di cui all'allegato 1, come struttura tariffale uniforme a livello nazionale, dal momento che altrimenti, a partire dal 1° gennaio 2018,

non vi sarebbe più una struttura tariffale uniforme e concordata da tutti i partner tariffali per le prestazioni mediche. La struttura tariffale uniforme a livello nazionale sarà definita all'allegato 2.

#### *Art. 2a Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia*

L'articolo 2a dell'ordinanza del 20 giugno 2014 sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie è ripreso al 1° gennaio 2018 e definisce la base per fissare la struttura tariffale uniforme a livello nazionale per le prestazioni di fisioterapia fornite nel settore ambulatoriale di cui all'allegato 3.

#### *Allegato 1 Modifiche della struttura tariffale per le prestazioni mediche*

L'allegato 1 contiene le modifiche della struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08. L'allegato 1 non è pubblicato né nella raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella raccolta sistematica delle leggi federali (RS). Le modifiche della struttura tariffale per le prestazioni mediche (TARMED), versione 1.08, sono consultabili sulla pagina Internet della Cancelleria federale.

Le modifiche, già descritte e motivate al n. 2.2.2, comportano adeguamenti concreti alla struttura tariffale nella versione 1.08\_BR e sono spiegati di seguito.

#### **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 (stima degli effetti possibile)**

##### **1. Fattore del valore intrinseco uniforme per tutte le prestazioni**

I valori intrinseci qualitativi sono riportati come finora per tutte le posizioni tariffali. A tutti i valori intrinseci viene tuttavia attribuito un **fattore del valore intrinseco uniforme di 0,985**. I punti tariffali PM per le prestazioni con un valore intrinseco quantitativo di FMH5 (p. es. consultazione di base o esami preventivi per i bambini) aumentano (fattore originario = 0,905), mentre i punti tariffali PM per prestazioni con un valore intrinseco quantitativo più elevato (p. es. coloscopia o radioterapia) si riducono (fattori del valore intrinseco originari: FMH6 = 1,0436; FMH7 = 1,086; FMH8 = 1,3046; FMH9 = 1,4785; FMH10 = 2,2625; FMH12 = 2,2625). Tutte le posizioni tariffali della struttura che contengono punti tariffali PM sono interessate da questa modifica. Il fattore del valore intrinseco è stato scelto in modo che, da un punto di vista statico, non abbia conseguenze sul volume dei punti tariffali.

Inoltre viene introdotto un nuovo fattore di scala per i medici con un solo titolo federale di perfezionamento «medico generico» (senza doppio titolo). Per tutte le prestazioni fatturate da un medico con titolo federale di perfezionamento «medico generico» è applicata un coefficiente di scala di 0,93 sui punti tariffali PM. Questa riduzione corrisponde alla condizione di vantaggio ottenuta con l'uniformazione del fattore del valore intrinseco.

##### **2. Aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie»**

Le posizioni tariffali delle unità funzionali SO I (ca. 1500 posizioni tariffali), SO II (ca. 1000 posizioni tariffali) e SO III (ca. 50 posizioni tariffali) sono interessate dall'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie». L'aliquota di costo per le prestazioni mediche (punti tariffali al minuto) delle unità funzionali e quindi i punti tariffali PM delle posizioni tariffali comprese nell'unità funzionale si riducono in funzione dell'aumento delle produttività. Ciò avviene in quanto il tempo produttivo nella rispettiva unità funzionale aumenta. Nell'unità funzionale SO I la produttività passa dal 45 al 55 per cento, nell'unità funzionale SO II dal 50 al 60 per cento e nell'unità SO III dal 55 al 65 per cento.

I punti tariffali PM delle posizioni tariffali delle unità funzionali «Sale operatorie» sono interessati sia dall'uniformazione dei fattori del valore intrinseco (cfr. n. 1 sopra) sia dall'aumento delle produttività nelle medesime unità funzionali.

##### **3. Riduzione delle aliquote di costo per alcune unità funzionali**

Dalla riduzione del 10 per cento delle aliquote di costo per prestazioni tecniche di unità funzionali con costi d'investimento per impianti, strumenti e apparati maggiori di 750'000 franchi sono interessate le posizioni tariffali delle seguenti unità funzionali:

- 45 Sala OP nello studio medico
- 49 SO I
- 50 SO II
- 51 SO II
- 62 Laboratorio di elettrofisiologia/zona catetere
- 80 Sala di endoscopia urologica
- 81 Diagnostica funzionale urologica
- 82 Litotrissia extracorporea (LEOU)
- 122 Ossigenoterapia iperbarica
- 188 Cardioangiografia/radiologia interventistica-cardiologica
- 190 Gamma-camera
- 191 Diagnostica di medicina nucleare II (PET)
- 210 Radioterapia ad elevato voltaggio
- 211 Simulatore
- 213 Brachiterapia
- 223 Laboratorio di diagnostica istologica
- 402 Radiocirurgia/radioterapia
- 420 Irradiazione «total-body»
- 422 Ipertermia profonda
- 600 Interventi effettuati sotto sorveglianza TAC
- 900 Interventi effettuati sotto sorveglianza IMR
- 5004 Sala raggi III
- 5006 Angiografia/radiologia non interventistico-cardiologica
- 5007 Tomografia computerizzata (TAC)
- 5008 Risonanza magnetica (IMR)

I punti tariffali delle prestazioni tecniche (punti tariffali PT) diminuiscono nella stessa misura in virtù della riduzione delle aliquote di costo (punti tariffali PT = aliquota di costo PT \* minutaggio).

La modifica delle aliquote di costo PT porta a una modifica dei punti tariffali PT nelle posizioni tariffali i cui punti tariffali PM sono interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco (cfr. n. 1 sopra) e dall'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie» (cfr. n. 2 sopra). La modifica delle aliquote di costo PT interviene solo su punti tariffali PT di queste posizioni tariffali e non sui punti tariffali PM. I punti tariffali PT di una parte di queste posizioni tariffali erano tra l'altro già stati ridotti nel 2014, anche se per motivi differenti.

#### **4. Introduzione di una prestazione basata sull'attività (minutaggio 5 minuti) in caso di presenza del medico radiologo durante l'esame TAC o IMR e uniformazione dei minutaggi per l'allestimento del rapporto**

Questa modifica interessa le posizioni dei sottocapitoli 39.04.02 e 39.04.03 («TAC: esami degli organi» e «TAC: interventistica») nonché 39.05.02 e 39.05.03 («IMR: esami degli organi» e «IMR: interventistica»); si tratta di 21 posizioni TAC (17 prestazioni principali, 4 prestazioni supplementari) e 23 posizioni IMR (19 posizioni principali, 4 posizioni supplementari). Nelle prestazioni principali viene stralciato il minutaggio per la prestazione in senso più stretto e vengono invece introdotte due nuove posizioni di supplemento come prestazioni principali (39.4015 «Prestazione medica in caso di assistenza personale del medico radiologo durante l'esame TAC» e 39.5015 «Prestazione medica in caso di assistenza personale del medico radiologo durante l'esame IMR») con un minutaggio registrato di 5 minuti. L'interpretazione delle due posizioni tariffali è la seguente: *"Vale per la fatturazione delle prestazioni mediche, in caso di assistenza personale dello specialista in radiologia"*

*Comprende in modo individualizzato per paziente: l'indicazione adattata al paziente secondo le direttive attuali, il dovere di informazione e di documentazione, l'ottimizzazione della dose di irradiazione e della qualità delle immagini e del risultato dell'esame."*

Quando i minutaggi per la prestazione nel senso più stretto vengono stralciati per le prestazioni principali e i minutaggi per l'allestimento del rapporto sono uniformati (per l'IMR a 25 minuti, per la TC a 20), i punti tariffali PM si riducono per queste posizioni tariffali tra il 20 e il 60 per cento (ceteris paribus). Dato che nelle prestazioni supplementari il minutaggio per l'allestimento del rapporto viene completamente stralciato, per queste posizioni non vi sono più punti tariffali PM (- 100 %) (ceteris paribus).

La modifica dei minutaggi per le posizioni tariffali dei sottocapitoli menzionati porta a punti tariffali PM più bassi. I punti tariffali PM di queste posizioni tariffali sono ridotti anche grazie all'uniformazione del fattore del valore intrinseco (cfr. n. 1 sopra). I punti tariffali PT di queste posizioni tariffali sono inoltre interessati dalla riduzione del 10 per cento delle aliquote di costo PT nelle unità funzionali TAC e IMR (cfr. n. 3 sopra).

## **5. Riduzione di minutaggi troppo elevati per posizioni tariffali selezionate**

### Intervento di cataratta

Le seguenti posizioni tariffali sono riassunte in una posizione e i minutaggi sono ridotti:

- 08.2760 Estrazione del cristallino/facoemulsificazione
- 08.2780 + Inserzione di cristallino artificiale durante l'estrazione del cristallino/facoemulsificazione
- 08.2820 + Impianto di un anello capsulare in caso di estrazione del cristallino/facoemulsificazione

→ La posizione 08.2760 include da ora inserzione di cristallino artificiale e impianto di un anello capsulare: la prestazione in senso più stretto passa da un totale di 64 a 22 minuti, la preparazione e il ripristino rimane a 11 minuti, il rapporto da un totale di 6 a 3 minuti, il tempo di occupazione del locale da un totale di 64 a 22 minuti.

→ Questo si traduce in nuovi punti tariffali PM (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco e dall'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie», cfr. n. 1 e 2 sopra) e in nuovi punti tariffali PT (già interessati dalla riduzione dell'aliquota di costo dell'unità funzionale SO I, cfr. n. 3 sopra), che sono nettamente inferiori.

### Biopsia del corpo vitreo (e/o iniezione del vitreo)

La posizione tariffale 08.3350 «Biopsia del corpo vitreo per la diagnostica citologica e/o iniezione nel vitreo» viene cambiata in una posizione «Biopsia del corpo vitreo per la diagnostica citologica». Questa posizione mantiene gli stessi minutaggi dell'attuale posizione 08.3350 (prestazione in senso più stretto = 30 min., preparazione e ripristino = 11 min., rapporto = 3 min., occupazione del locale = 30 min.). Nell'interpretazione della posizione viene aggiunto che durante una biopsia del corpo vitreo è compresa un'iniezione nel vitreo. Viene creata una nuova posizione «08.3355 Singola iniezione del vitreo» con un minutaggio della prestazione in senso più stretto di 10 minuti, preparazione e ripristino 11 minuti, rapporto 3 minuti e occupazione del locale 10 minuti. Un divieto di cumulare le due posizioni viene aggiunto.

→ Questo si traduce per l'iniezione del vitreo in punti tariffali PM inferiori (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco e dall'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie», cfr. n. 1 e 2 sopra) nonché in punti tariffali PT più bassi (già interessati dalla riduzione dell'aliquota di costo dell'unità funzionale «SO I», cfr. n. 3 sopra).

### ECG sotto sforzo

Per la posizione 17.0090 «ECG sotto sforzo, ergometria» il minutaggio per la prestazione in senso più stretto passa da 32 a 25 minuti e quello per il tempo di occupazione del locale da 40 a 35 minuti.

→ Questo si traduce in punti tariffali PM (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco, cfr. n. 1 sopra) e in punti tariffali PT più bassi.

### ECG secondo Holter

Per la posizione 17.0150 «ECG secondo Holter, da 16 a 24 ore, interpretazione» i minutaggi per la prestazione in senso più stretto e per il tempo di occupazione del locale sono ridotti da 30 a 25.

→ Questo si traduce in punti tariffali PM (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco, cfr. n. 1 sopra) e in punti tariffali PT più bassi.

#### Coloscopia ecc.

Per le prestazioni principali (19.1010 «Coloscopia, completa», 19.1200 «Coloscopia, parziale o sinistra» e 19.1210 «Coloscopia attraverso stoma») i minutaggi per la prestazione in senso più stretto sono ridotti (33 → 25, 20 → 15, 30 → 25). Anche i minutaggi per il tempo di occupazione del locale vengono ridotti (43 → 35, 30 → 25, 40 → 35). Il minutaggio per l'allestimento del rapporto viene portato al valore uniforme di 3 minuti (prima 5, 4 e 4), quello per l'attesa al valore uniforme di 20 minuti (prima 20, 30 e 30).

Per le prestazioni supplementari 19.1120/19.1330/19.1490 + Asportazione di polipi sessili con diametro inferiore a 1 cm, in corso di coloscopia/rettoscopia/sigmoidoscopia, per singolo polipo, per le prestazioni supplementari 19.1130/19.1340/19.1500 + Asportazione di polipi sessili con diametro superiore a 1 cm, in corso di coloscopia/rettoscopia/sigmoidoscopia, per singolo polipo nonché per le prestazioni supplementari 19.1100/19.1310/19.1480 + Asportazione di polipi peduncolati in corso di coloscopia/rettoscopia/sigmoidoscopia, per singolo polipo, i minutaggi per la prestazione in senso più stretto e per il tempo di occupazione del locale sono nettamente ridotti (dal 40 al 60%)<sup>6</sup>.

→ Le modifiche si traducono per tutte le posizioni in punti tariffali PM inferiori (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco e dall'aumento delle produttività nelle unità funzionali «Sale operatorie», cfr. n. 1 e 2 sopra) nonché in punti tariffali PT più bassi (già interessati dalla riduzione dell'aliquota di costo dell'unità funzionale «SO II», cfr. n. 3 sopra).

#### Radioterapia stereotassica

Per l'armonizzazione e la coerenza dei capitoli 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 «Radioterapia stereotassica, prima frazione» e 32.0615 «Radioterapia stereotassica, dalla seconda alla sesta frazione». In conseguenza di ciò, il minutaggio del tempo di attesa nella posizione tariffale 32.0610 è stralciato. 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).

→ Ciò si traduce in punti tariffali PM inferiori (già interessati dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco cfr. n. 1 sopra) nonché in punti tariffali PT più bassi (già interessati dalla riduzione dell'aliquota di costo dell'unità funzionale «Radiochirurgia/radioterapia», cfr. n. 3 sopra).

I punti tariffali PT di tutte le posizioni riportate in questa modifica erano già stati ridotti nel 2014. Le riduzioni percentuali dei punti tariffali sono inferiori alle riduzioni percentuali dei minutaggi, in quanto nel calcolo sono state prese in considerazione le riduzioni del 2014 (8,5%).

### **6. 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...» sono trasformate in prestazioni basate sul tempo, fatturabili in unità di cinque minuti. Le posizioni tariffali sono pertanto integrate nel titolo con l'aggiunta «ogni 5 min.». Inoltre le limitazioni sono adeguate di conseguenza (p. es. per 00.0410 max. 3 volte per seduta, max. 6 volte per 3 mesi, v. in proposito anche il punto 7 sotto). La modifica interessa le seguenti posizioni tariffali:

- 00.0410 Piccolo esame clinico da parte del medico specialista per l'assistenza di base

<sup>6</sup>19.1120/19.1330/19.1480 da 12 a 4 min.; 19.1130/13.1340 da 32 a 18 min.; 19.1490 da 10 a 4 min.; 19.1100/19.1310 da 15 a 5 min.; 19.1500 da 28 a 16 min.

- 00.0420 Esame clinico approfondito dell'adulto da parte del medico specialista in assistenza di base
- 00.0430 Piccolo esame clinico reumatologico da parte del medico specialista in reumatologia o fisiatria e riabilitazione
- 00.0440 Esame clinico reumatologico approfondito da parte del medico specialista di reumatologia o fisiatria e riabilitazione
- 03.0010 Esame del bambino o dell'adolescente fino a 18 anni da parte dello specialista in pediatria
- 04.0010 Esame da parte del medico specialista in dermatologia
- 07.0010 Esame da parte del medico specialista in chirurgia maxillo-facciale
- 09.0010 Esame clinico da parte del medico specialista ORL
- 22.0010 Esame clinico da parte del medico specialista in ginecologia e ostetricia
- 24.0010 Esame da parte del medico specialista di ortopedia o chirurgia

Per le posizioni tariffali con elenchi di parti di prestazioni dai quali il fornitore di prestazione può scegliere (00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 24.0010), quest'ultimo dovrà in futuro riportare nella cartella del paziente gli esami effettivamente svolti. Le posizioni tariffali ricevono inoltre una nuova numerazione (00.0415, 00.0425, 00.0435, 00.0445, 03.0015, 04.0015, 07.0015, 09.0015, 22.0015, 24.0015), per chiarire che ne sono stati modificati punti essenziali.

Le posizioni tariffali sopra menzionate sono già interessate dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco (aumento o riduzione dei punti tariffali PM, cfr. n. 1 sopra) nonché in parte (00.0410, 00.0430, 04.0010) dall'applicazione delle limitazioni anche per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica (v. punto 7 sotto).

Dal momento che le modifiche ai n. da 1 a 6 presentano anche sovrapposizioni, gli effetti sul volume di punti tariffali non possono essere semplicemente sommati. Le modifiche ai n. da 1 a 6 portano complessivamente a una riduzione del volume di circa 344 milioni di punti tariffali (dati Tarifpool SASIS AG, 2015).

### **Modifiche nelle regole di fatturazione di una o più posizioni tariffali (stima degli effetti impossibile o possibile solo in piccolissima parte)**

#### **7. Applicazione delle limitazioni anche per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica**

Per le posizioni tariffali riportate di seguito l'interpretazione è modificata: la nota «*questa limitazione decade per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica*» viene cancellata.

Le posizioni tariffali interessate sono le seguenti: 00.0020, 00.0050, 00.0070, 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 (senza eccezioni per le fasce d'età), 22.0040 (senza eccezioni per le fasce d'età)<sup>7</sup>.

Nel contempo viene eliminata anche l'interpretazione generale «IG-50 Fatturazione elettronica».

I titoli delle posizioni tariffali sono completati con "*Per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni*". Per ognuna posizione, una nuova posizione con la stessa descrizione ma definita "*Per i bambini di meno di 6 anni e le persone di più di 75 anni*" è aggiunta. Per ogni posizione una nuova posizione è introdotta con lo stesso titolo ma completato da "*per le persone di meno di 6 anni e le persone di più di 75 anni più bisognose di cure*" (00.0026, 00.0056, 00.0076, 00.0126, ecc.). Queste sono fatturabili in via eccezionale per i pazienti di meno di 6 anni e le persone di più di 75 anni più bisognosi di cure. Le limitazioni per queste nuove posizioni rappresentano il doppio di quelle delle posizioni esistenti. Le nuove posizioni e le posizioni esistenti non possono essere cumulate tra loro. Il medico dovrà dunque decidere prima di fatturare, a dipendenza dei pazienti, se usare l'una o l'altra posizione.

<sup>7</sup>Eccezione per le fasce d'età <6 anni e >75 anni non necessaria, dato che le posizioni non vengono praticamente fatturate in queste fasce d'età (consulenze ginecologiche speciali, consulenza in caso di sterilità per la donna).



Un nuovo gruppo di prestazioni GP-30, che contiene l'insieme delle nuove posizioni per i pazienti più bisognosi di cure, è introdotto nella struttura tariffale con il testo seguente:

*"Fatturabile in via eccezionale per pazienti di più di 6 anni e sotto i 75 anni più bisognosi di cure."*

L'interpretazione delle posizioni contiene il testo seguente:

*"Fatturabile in via eccezionale per pazienti di più di 6 anni e sotto i 75 anni più bisognosi di cure."*

*I motivi per un bisogno più elevato di cure di un paziente sono da riportare nella cartella clinica. Il bisogno più elevato di cure è da motivare presso l'assicuratore."*

Affinché lo specialista in psichiatria abbia comunque tempo sufficiente per un paziente in situazione di crisi, la posizione 02.0080 "Intervento psichiatrico di crisi, ogni 5 min." è completata col seguente commento: *"Può anche essere fatturato in caso di intervento psichiatrico di crisi telefonico"*. Questa posizione non è limitata.

Le posizioni tariffali di cui sopra sono già interessate dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco (ad eccezione di tre posizioni tariffali con un aumento dei punti tariffali PM, in quanto FMH5, cfr. n. 1 sopra). Le posizioni tariffali 00.0410, 00.0430 und 04.0010 sono già interessate dalla trasformazione delle prestazioni basate sull'attività «esame clinico da parte del medico specialista» in prestazioni basate sul tempo (v. punto 6 sopra).

## **8. Interpretazione delle prestazioni mediche in assenza del paziente e adeguamento delle relative limitazioni**

Le posizioni tariffali con denominazione «Prestazione medica in assenza del paziente» sono suddivise in modo che in futuro sia disponibile una posizione tariffale separata per ogni possibile prestazione in assenza del paziente. La modifica riguarda le seguenti posizioni:

- 00.0140 «Prestazione medica in assenza del paziente (incluso lo studio degli atti), ogni 5 min.»
- 02.0070 «Prestazione medica in assenza del paziente (incl. esame della documentazione) da parte del medico specialista in psichiatria, ogni 5 min.»
- 02.0160 «Prestazione in assenza del paziente fornita da psicologi o psicoterapeuti curanti, ogni 5 min.»
- 02.0260 «Prestazione in assenza del paziente fornita dallo psicologo o psicoterapeuta delegato, ogni 5 min.»

La posizione tariffale 00.0140 è suddivisa come segue, tariffata al minuto e completata secondo i gruppi di età:

- 00.0141 Studio degli atti in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0142 Informazioni presso terzi in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0143 Informazioni a parenti o altre persone legate al paziente in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0144 Colloqui con terapisti o assistenti del paziente in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0145 Affidamento a medici per consulti in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0146 Allestimento di ricette o istruzioni al di fuori della consultazione, della visita a domicilio e della consultazione telefonica in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.
- 00.0147 Prestazione diagnostica presso un istituto di patologia in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.

- 00.0148 Tumor board in assenza del paziente, per le persone di più di 6 anni e fino ai 75 anni, ogni singolo min.

Per queste nuove posizioni tariffali è introdotto un nuovo gruppo di prestazioni (GP 04), che prevede una limitazione cumulativa per tutte le posizioni tariffali in esso contenute, corrispondente alla limitazione dimezzata per i medici specialisti che non utilizzano il metodo di fatturazione elettronica della precedente posizione (00.0140). Da adesso la limitazione vale per tutti medici specialisti (anche per quelli che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica). Per i pazienti più bisognosi di cure, le limitazioni non sono dimezzate. Restano a 60 minuti per 3 mesi. Per questa ragione, parallelamente, sono introdotte delle posizioni separate (00.0161 ss.), per le quali è anche creato un nuovo gruppo di prestazioni (GP-11) con delle limitazioni cumulate più alte.

L'interpretazione che segue è introdotta nelle posizioni: *"Fatturabile in via eccezionale per pazienti di più di 6 anni e sotto i 75 anni più bisognosi di cure. I motivi per un bisogno più elevato di cure di un paziente sono da riportare nella cartella clinica. Il bisogno più elevato di cure è da motivare presso l'assicuratore."*

Le limitazioni per le prestazioni in assenza del paziente per bambini di età inferiore a sei anni e per le persone ultrasessantacinquenni non sono dimezzate, rimangono fisse a 60 minuti ogni tre mesi. Per questo, anche delle posizioni separate sono introdotte (00.0131 ss) con un nuovo gruppo di prestazioni (GP 10) specifico e che prevede delle limitazioni cumulate più alte. Il medico dovrà dunque decidere prima di fatturare, a dipendenza dell'età dei pazienti, se usare l'una o l'altra posizione (posizione GP-04, GP-10 o GP-11). Le posizioni di un gruppo di prestazioni non sono cumulabili con quelle di un altro gruppo di prestazioni.

Inoltre, la posizione 00.0147 (così come 00.0137, 00.0167) è limitata a 5 volte per invio (vale a dire 5 minuti). Questa limitazione si trovava già nella struttura tariffale valevole finora. La suddivisione della posizione tariffale vale, ad eccezione del tumor board, anche per le prestazioni in assenza del paziente fornite dal medico specialista in psichiatria (02.0070 → 02.0071, 02.0072, 00.0273, 02.0074, 02.0075, 02.0076). Per ciascuna posizione tariffale è specificato che questa non vale per prestazioni in assenza del paziente fornite nell'ambito della redazione di certificati, rapporti e documenti medici secondo il capitolo 00.06. Tutte le posizioni sono tariffate per minuto. Anche le prestazioni in assenza del paziente da psicologi o psicoterapeuti curanti (02.0160 → 02.0161, 02.0162, 02.0163, 02.0164, 02.0165, 02.0166) nonché dallo psicologo o psicoterapeuta delegato (02.0260 → 02.0261, 02.0262, 02.0263, 02.0264, 02.0265, 02.0266) vengono separate e tariffate per minuto. Siccome i psicologi e psicoterapeuti non possono inviare da un medico consultante o stabilire delle prescrizioni, non dispongono di posizioni corrispondenti. Dispongono però di posizioni per "l'interpretazione di test" e "redazione di rapporti dettagliati, se non indennizzati in altra forma". Essendo delle prestazioni non mediche, non è necessario aggiungere la precisazione concernente il capitolo 00.06 (vedi sopra). Per le prestazioni in assenza del paziente dei medici specialisti in psichiatria, dei psicologi o psicoterapeuti curanti e dei psicologi o psicoterapeuti delegati vengono creati nuovi gruppi di prestazioni (LG-05, LG-08 e LG-09) in cui viene registrata una limitazione cumulata per tutte le posizioni tariffali contenute al loro interno (vedi sotto).

Le limitazioni finora vigenti per medici specialisti che non utilizzano il metodo di fatturazione elettronica sono attivate per tutti i medici specialisti in psichiatria, psicologi/psicoterapeuti curanti e psicologi/psicoterapeuti delegati.

Nuovo GP-04 (da 00.0141 a 00.0148):

*«Comprende tutte le prestazioni in assenza del paziente per le persone di più di 6 anni fino ai 75 anni.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 30 volte per 3 mesi*

*La limitazione per la posizione 00.0147 è di 5 volte per invio."*

Nuovo GP-10 (da 00.0131 a 00.0138):

*"Comprende tutte le prestazioni in assenza del paziente per le persone di più di 6 anni fino ai 75 anni.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 60 volte per 3 mesi.*

*La limitazione per la posizione 00.0137 è di 5 volte per invio."*

Nuovo GP-11 (da 00.0161 a 00.0168):

*"Comprende tutte le prestazioni in assenza del paziente per le persone di più di 6 anni fino ai 75 anni.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 60 volte per 3 mesi.*

*La limitazione per la posizione 00.0167 è di 5 volte per invio."*

Nuovo GP-05 (da 02.0071 a 02.0076):

*«Include tutte le prestazioni mediche erogate in assenza del paziente da parte del medico specialista in psichiatria.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 180 volte per 3 mesi. »*

Nuovo GP-08 (da 02.0161 a 02.0166):

*«Include tutte le prestazioni mediche erogate in assenza del paziente dallo psicologo o psicoterapeuta curante.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 240 volte per 6 mesi. »*

Nuovo GP-09 (da 02.0261 a 02.0266):

*«Include tutte le prestazioni mediche erogate in assenza del paziente dallo psicologo o psicoterapeuta delegato.*

*Per le posizioni tariffali in questo gruppo di prestazioni vale la seguente limitazione cumulata: al massimo 240 volte per 6 mesi.»*

Le posizioni tariffali del gruppo di prestazioni GP-11 sono anche parte di un nuovo gruppo di prestazioni GP-30 (vedere punto 7 sopra)

L'interpretazione del capitolo IC-00.06-7 «Certificati, rapporti brevi» viene adeguata. Le posizioni tariffali summenzionate sono già interessate dall'uniformazione del fattore del valore intrinseco (aumento o riduzioni dei punti tariffali PM, cfr. n. 1 sopra) nonché dall'eliminazione della nota riguardante la fatturazione elettronica (cfr. n. 7 sopra).

## **9. Precisazione dell'interpretazione per i supplementi per posizioni d'urgenza**

L'interpretazione delle posizioni tariffali con la denominazione «forfait per l'incomodo-l'urgenza» viene precisata. I criteri d'urgenza per le urgenze durante il giorno vengono descritti in maniera più dettagliata in modo che sia chiaro in quali casi questo forfait per l'incomodo-urgenza può essere fatturato. La modifica riguarda la seguente posizione:

- 00.2510 Forfait A per l'incomodo-urgenza, lu - ve 7-19, sa 7-12

L'interpretazione della posizione tariffale 00.2510 si presenta come segue:

*«Criteri d'urgenza diurni (tariffali)\_*

*-In caso di contatto diretto medico-paziente: ogni paziente in cui si presentano, si temono, o non possono essere esclusi, disturbi delle funzioni vitali indipendentemente dalla causa scatenante. Vale anche per i pazienti per cui una malattia acuta, un trauma o un'intossicazione possono provocare o avere come conseguenza danni agli organi. Nel settore psichiatrico è considerato un caso d'urgenza l'insorgenza di stati di agitazione, comportamenti auto- ed eteroaggressivi, perdita di conoscenza o stati di stupor catatonico.*

*-Senza contatto diretto medico-paziente: necessaria dal profilo medico e/o ritenuta tale dal paziente, dai parenti o da terzi*

*- Il medico specialista deve occuparsi del paziente o recarsi a visitarlo subito, senza indugio*

*- È inteso avvenire un diretto contatto fisico medico-paziente (eccezione: inutile viaggio verso il luogo dell'incidente o dell'accaduto)*

*- Visite: a domicilio, in casa per anziani e di cura, sul luogo dell'incidente/dell'accaduto, etc.*

*Per il calcolo dell'indennizzo è determinante il momento del primo diretto contatto fisico medico-paziente (eccezione: per la visita urgente vale l'ora della partenza).*

*È computabile solo da medici specialisti che non sono salariati da un ospedale o da istituti.*

*In caso di interventi in ospedale o in istituti vale quanto segue:*

*Il medico specialista raggiunge l'ospedale o l'istituto, provvedendo dall'esterno per l'intervento d'urgenza imprevisto. Ciò comprende pure l'indennità per il tragitto. I medici specialisti che sono totalmente o parzialmente salariati da un ospedale o da istituti non hanno il diritto di fatturare questa posizione tariffale.»*

Anche per il forfait per l'incomodo-urgenza per la sera, la notte e il fine settimana i criteri d'urgenza sono leggermente modificati. Sono interessate le seguenti posizioni:

- 00.2520 Forfait B per l'incomodo-urgenza, lu - do 19-22, sa 12-19, do 7-19
- 00.2540 Forfait C per l'incomodo-urgenza, lu - do 22-7

L'interpretazione di queste posizioni tariffali si presenta come segue:

*«Criteri d'urgenza serali/notturni/relativi al fine settimana (tariffali)\_*

*-In caso di contatto diretto medico-paziente: ritenuta necessaria dal profilo medico da parte del medico specialista*

*-Senza contatto diretto medico-paziente: necessaria dal profilo medico e/o ritenuta tale dal paziente, dai parenti o da terzi*

*- Il medico specialista deve occuparsi del paziente o recarsi a visitarlo subito, senza indugio*

*- È inteso avvenire un diretto contatto fisico medico-paziente (eccezione: inutile viaggio verso il luogo dell'incidente o dell'accaduto)*

*- Visite: a domicilio, in casa per anziani e di cura, sul luogo dell'incidente/dell'accaduto, etc.*

*Per il calcolo dell'indennizzo è determinante il momento del primo diretto contatto fisico medico-paziente (eccezione: per la visita urgente vale l'ora della partenza).*

*È computabile solo da medici specialisti che non sono salariati da un ospedale o da istituti.*

*In caso di interventi in ospedale o in istituti vale quanto segue:*

*Il medico specialista raggiunge l'ospedale o l'istituto, provvedendo dall'esterno per l'intervento d'urgenza imprevisto. Ciò comprende pure l'indennità per il tragitto. I medici specialisti che sono totalmente o parzialmente salariati da un ospedale o da istituti non hanno il diritto di fatturare questa posizione tariffale.»*

I tempi per la posizione tariffale 00.2505 «Forfait F per urgenze e incomodo per consultazioni/viste d'urgenza al di fuori dei normali orari di consultazione, come anche lu-ve 19-22, sa 12-19, e do 7-19» sono estesi al sabato mattina 7-12 e il titolo della posizione è stato adattato di conseguenza.

## **10. Adeguamento dell'interpretazione per punzione e prelievo di sangue da parte di personale paramedico**

Nell'interpretazione delle posizioni tariffali 00.0715 e 00.0716 è cancellata la seguente frase:

*«Applicabile solo da un laboratorio di studio medico nel quadro della diagnosi in presenza del paziente secondo l'articolo 54 cpv. 1 lett. a OAMal e il capitolo 5.1.2 dell'Elenco delle analisi».*

Nell'interpretazione delle posizioni tariffali 00.0710 e 00.0720 sono cancellate le seguenti frasi:

*«Per le punzioni effettuate dal personale non medico allo scopo di prelevare sangue per la diagnostica in presenza del paziente in laboratori di studi medici vedi (00.0715) e (00.0716).*

*Le punzioni effettuate da personale non medico allo scopo di prelevare sangue per esame(i) di laboratorio in laboratori d'ospedale (art. 54 cpv. 1 lett. c e cpv. 2 OAMal) e in laboratori (art. 54 cpv. 3 OAMal) sono fatturate con la corrispondente posizione tariffale dell'Elenco federale delle analisi».*

**11. Cambiamento della tariffazione e precisazione dell'interpretazione per la posizione tariffale 00.0610 «Istruzione specifica al paziente da parte del medico specialista, per effettuare automisurazioni o proprie cure, ogni 5 min.».**

La posizione tariffale 00.0610 «Istruzione specifica al paziente da parte del medico specialista, per effettuare automisurazioni o proprie cure, ogni 5 min.» è d'ora in poi tariffata nell'unità funzionale «Sala visita» e non più in quella unità «SET medico di base». L'interpretazione precisa che questa posizione serve a spiegare al paziente l'utilizzo o la manipolazione di tecniche ausiliarie. Oltre al limite massimo che era fissato a sei volte nell'arco di tre mesi, la posizione può essere fatturata solo per un massimo di tre volte per seduta. Questa posizione tariffale è anche interessata dalla misura 7.

Gli effetti finanziari delle modifiche ai n. da 7 a 11 sono difficilmente stimabili e dipendono anche dalla misura in cui i fornitori di prestazioni rispetteranno le nuove interpretazioni e gli assicuratori verificheranno le nuove limitazioni. Per le modifiche di cui ai n. 7 e 8 è tuttavia possibile formulare una stima di massima con l'ausilio delle cifre di un importante assicuratore. Le cifre suggeriscono risparmi per circa 190 milioni di punti tariffali.

**Altre modifiche (stima degli effetti impossibile)**

**12. Eliminazione del supplemento del 10 per cento su materiale d'uso e impianti**

Questa modifica interessa solamente l'interpretazione generale «IG-20 materiali d'uso e impianti», che viene adeguata come segue:

*«Il materiale d'uso è fatturabile separatamente a condizione che il prezzo d'acquisto (IVA compresa) per singolo pezzo superi i Frs. 3.--. È fatturato il prezzo unitario del materiale d'uso e dell'impianto sulla base del quantitativo acquistato annualmente previa deduzione di sconti e riduzioni del prezzo. Qualora venissero convenuti prezzi più bassi, questi ultimi dovranno essere usati più un supplemento del 10%. Per il materiale d'uso specificato nell'EMAp o in convenzioni, vale il prezzo massimo indicato».*

**13. Stralcio di posizioni tariffali per prestazioni ospedaliere e prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione per l'invalidità e dell'assicurazione militare nonché stralcio di tutti i rinvii alla legislazione**

Le posizioni tariffali classificate «in ambito ospedaliero» alla voce «genere trattamento» sono cancellate; ciò riguarda 59 posizioni contenute nei capitoli 17, 31, 32, 34, 35 e 39. Sono eliminate anche nove posizioni tariffali relative alla presa in cura di un paziente degente (da 00.0210 a 00.0320). Sono stralciate anche le posizioni recanti la nota «Legge: Solo prestazioni dell'assicurazione infortuni, invalidità o militare»; ciò riguarda l'intero capitolo 38 «Profilassi delle malattie professionali secondo la legge assicurazione infortuni (Lainf)» (47 posizioni) nonché altre sei posizioni (00.2230, 00.2240, 00.2315, 39.0011, 39.0016, 39.0021). I rinvii alla legislazione (LAMal, OAMal, OPre) e all'Elenco delle analisi sono stralciati in tutta la struttura tariffale.

La posizione tariffale 00.2205 «Relazione medica formalizzata» viene trasformata da prestazione basata su attività con un minutaggio di 9 minuti in prestazione basata sul tempo

ogni 5 minuti con la limitazione «massimo 2 volte per seduta». Alla posizione tariffale viene dato il nuovo numero di posizione 00.2206, il vecchio numero viene stralciato.

#### **14. Introduzione di indennità di trasferta separata per la psichiatria**

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 posizione 02.0010 «Diagnostica e terapia psichiatrica, terapia individuale, prima seduta, ogni 5 min.». L'interpretazione corrisponde a quella della posizione 00.0095 «+ Indennità di trasferta, ogni 5 min.»

#### **15. Tariffare la fitoterapia come gli altri tipi di medicina complementare**

Le posizioni tariffali per la fitoterapia sono modificate come segue:

- 00.1870 Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, primi 5 min. (posizione tariffale adeguata)  
Tariffato come la consultazione di base 00.0010.  
Valore intrinseco qualitativo: CC Fitoterapia  
Interpretazione: medicinali vegetali secondo LS e EMT. Massimo 180 min. ogni 6 mesi (incl. 00.1871 e 00.1872).  
Questa posizione tariffale è parte integrante di un gruppo di prestazioni GP-03.  
Quantità: 1 volta per seduta.
- 00.1871 + Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ogni 5 minuti successivi. (nuova posizione tariffale)  
Tariffato come 00.0020 (+ Consultazione, ogni 5 minuti successivi.)  
Valore intrinseco qualitativo: CC Fitoterapia  
Quantità: massimo 34 volte ogni 6 mesi  
Questa posizione tariffale è parte integrante di un gruppo di prestazioni GP-03.
- 00.1872 + Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ultimi 5 min. (nuova posizione tariffale)  
Tariffato come 00.0030 (+ Consultazione, ultimi 5 min.)  
Valore intrinseco qualitativo: CC Fitoterapia  
Quantità: massimo 1 volta per seduta  
Questa posizione tariffale è parte integrante di un gruppo di prestazioni GP-03.
- 00.1880, 00.1890, 00.1900 «Consultazione telefonica di medicina complementare» (posizione tariffale adeguata)  
Integrazione del valore intrinseco qualitativo: «CC Fitoterapia»

Le modifiche delle posizioni tariffali sopra descritte comportano in parte anche modifiche delle regole/interpretazioni a livello di Interpretazioni generali (IG) relative alla tariffa, Capitolo e Sottocapitolo nonché nell'ambito dei gruppi e dei blocchi di prestazioni<sup>8</sup>. In tale contesto va menzionato in particolare il gruppo di prestazioni GP-03 «Posizioni tariffali per le quali il supplemento per le prestazioni di medicina di famiglia nello studio medico può essere richiesto secondo verifica della fatturazione da parte dell'organo che si assume i costi»; questo gruppo è di nuova introduzione e non era presente nell'ultima versione approvata (1.08\_BR). Si tratta di un elenco di tutte le posizioni tariffali con le quali può essere fatturato il supplemento per le prestazioni di medicina di famiglia (posizione tariffale 00.0015), introdotta dal Consiglio federale nel 2014, senza che il conteggio sia respinto dall'assicuratore. È stata messa a punto dalle associazioni degli assicuratori, al fine di controllare la fatturazione della posizione supplementare per le prestazioni di medicina di famiglia.

<sup>8</sup> Le seguenti interpretazioni generali sono modificate: 8, 9, 19, 20, 36, 38, 40, 42, 43, 47, 49, 50, 51. Si aggiunge inoltre una nuova interpretazione generale (IG-52 medico generico). Il blocco di prestazioni 11 e il gruppo di prestazioni 12 sono stralciati; nel gruppo di prestazioni 52 le disposizioni sono riformulate. Nuovi gruppi di prestazioni sono aggiunti: 4, 5, 8, 9, 10, 11, 30. Le posizioni stralciate sono eliminate dai relativi blocchi e gruppi di prestazioni. Le seguenti interpretazioni di capitoli sono stralciate o modificate: 0.06-7, 0.08-1, 2-1, 2.01-1, 2.02-1, 2.03-1, 2.04-5, 27-1, 31-2, 32-6, 33-1, 34.01-1, 34.01.01-1, 34.01.01-2, 34.03-1, 37-2, 38-1 fino a 38-6, 39-2 e 39.06.07-1.

Le modifiche praticate nella struttura tariffale non richiedono un adeguamento dei valori dei punti tariffali a livello cantonale. Le modifiche dovranno consentire di ristabilire o almeno di migliorare l'adeguatezza della struttura tariffale, vale a dire la relazione reciproca tra le prestazioni.

I partner tariffali sono esortati a rispettare il proprio obbligo di cooperazione e, conformemente all'articolo 3 dell'ordinanza, a trasmettere gratuitamente al Dipartimento federale dell'interno tutte le informazioni e tutti i dati necessari per valutare gli effetti della definizione o degli adeguamenti delle strutture tariffali. Gli effetti delle modifiche potranno così essere valutati nell'ambito di un monitoraggio. Le nuove posizioni per i pazienti più bisognosi di cure saranno analizzate più particolarmente. Come già detto, ci si attende che le quantità fatturate delle nuove posizioni tariffali restino entro i limiti dei tassi attuali per il superamento delle limitazioni attivate, per tutti i fornitori di prestazioni, dalla misura 7 e/o definite dalla misura 8. Se le economie attese non sono raggiunte, rispettivamente se le nuove posizioni sono troppo fatturate, misure correttive saranno sottoposte prima possibile al Consiglio federale.

#### *Allegato 2 Struttura tariffale uniforme a livello nazionale*

L'allegato 2 è nuovo e descrive la nuova struttura tariffale applicabile valida dal 1 gennaio 2018. L'allegato 2 non è pubblicato né nella raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella raccolta sistematica delle leggi federali (RS). La struttura tariffale uniforme a livello nazionale può essere consultata al sito internet della Cancelleria federale. Contiene l'insieme delle posizioni tariffali che la compongono, il loro valore, le regole di fatturazione e le relative limitazioni. Sono anche specificate le interpretazioni generali, le interpretazioni dei capitoli, i gruppi di prestazioni, ecc.

#### *Allegato 3 Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia*

L'allegato 3 è nuovo. Contiene la struttura tariffale fissata come struttura tariffale uniforme per la fisioterapia, vale a dire l'insieme delle posizioni tariffali che compongono la struttura tariffale fissata, il loro valore (in punti tariffali o in franchi), le regole di fatturazione e le relative limitazioni. L'allegato 3 non è pubblicato né nella raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella raccolta sistematica del diritto federale (RS). Può essere consultata al sito Internet della Cancelleria federale. La struttura tariffale fissata si fonda sulla struttura tariffale stabilita dal Consiglio federale e in vigore fino al 31 dicembre 2017. Questa è stata sottoposta a esame approfondito e comporta le modifiche indicate di seguito.

**L'osservazione generale 2** è stata modificata per precisare che per ogni seduta si può fatturare una volta uno dei forfait per seduta da 7301 a 7340. Un forfait per seduta (cifre da 7301 a 7340) dovrebbe essere fatturato, in linea di massima, solo una volta al giorno. Può essere fatturato due volte al giorno solo se sono stati effettuati due trattamenti al giorno. I due trattamenti al giorno devono essere stati formalmente prescritti dal medico. Si tratta di una chiarificazione della formulazione che si trova all'interno della struttura tariffale attuale.

Anche **l'osservazione generale 4** è nuova. Essa precisa la nozione delle combinazioni autorizzate nella struttura. Secondo tale osservazione, le posizioni supplementari possono essere fatturate solo conformemente alle regole di combinazione (colonna «Combinazione autorizzata»). Altre combinazioni di posizioni non sono permesse. Le combinazioni possibili sono stabilite sulla base delle regole di fatturazione presenti nella struttura tariffale valida fino al 31 dicembre 2017. Esse sono state tra l'altro confrontate con le combinazioni delle posizioni nelle strutture contenute nelle proposte dei partner tariffali (struttura tariffale modificata proposta da ASPI e physioswiss con scritti del 14 luglio 2016; struttura risultante dai lavori di revisione convenuti tra curafutura e H+ e trasmessi per informazione da santésuisse).

La **posizione tariffale 7301** prevede un forfait per seduta per fisioterapia generale. Questa posizione copre tutti i trattamenti singoli o combinati non espressamente indicati alle posizioni da 7311 a 7340. La descrizione delle prestazioni comprese nella posizione che si trova al punto 2 è nuova e si fonda sul nuovo tenore dell'articolo 5 capoverso 1 OPre.

La **posizione tariffale 7311** prevede un forfait per seduta per fisioterapia complessa. Può essere fatturata per i trattamenti complessi, in presenza dei quadri clinici menzionati al n. 1. Va rilevato che in caso di disturbi del sistema linfatico, la fatturazione avviene nella posizione 7311 invece che nella posizione

7312 (cfr. n. seguente). Su richiesta, l'assicuratore potrà autorizzare l'utilizzo della posizione 7311 per altre indicazioni.

**La vecchia posizione tariffale 7312**, che prevedeva un forfait per drenaggio linfatico manuale, è stata soppressa. Il drenaggio linfatico manuale può ora essere fatturato alla posizione 7311. Si tratta di una semplificazione della struttura tariffale che non dovrebbe avere conseguenze, dato che queste due posizioni tariffali (7311 e 7312) erano caratterizzate dal medesimo valore in termini di punti tariffali (77 punti tariffali) e autorizzavano in linea di principio le stesse combinazioni di posizioni.

**La posizione 7313** continua a prevedere un forfait per seduta per ippoterapia. Secondo il punto 1 questa posizione remunera le prestazioni dei fisioterapisti per l'ippoterapia. Il punto 2 precisa che questa terapia deve essere praticata da fisioterapisti formati a questo scopo. Questa posizione tariffale continua a essere fatturabile con la posizione 7353 (posizione supplementare per l'uso delle infrastrutture di ippoterapia).

**La vecchia posizione tariffale 7320**, che prevedeva un forfait per elettroterapia e termoterapia / istruzione in caso di noleggio di apparecchi, è soppressa conformemente alla richiesta di physioswiss e ASPI del 14 luglio 2016. Queste due associazioni ritengono che non vi sia alcuna prova scientifica concernente l'efficacia dell'elettroterapia e della termoterapia unicamente passive. Queste misure fisiche possono essere fornite in combinazione con altre misure terapeutiche o fisiche nel quadro di una seduta. La seduta sarà fatturata con le posizioni tariffali 7301, 7311 o 7330, a condizione che le regole di fatturazione per queste posizioni siano rispettate.

**La posizione tariffale 7330** prevede un forfait per terapia di gruppo da due a cinque persone. Resta in principio invariata, fatte salve le modifiche menzionate nelle osservazioni generali. È precisata in modo da poter essere fatturata solo una volta per seduta. Il gruppo è limitato a un massimo di cinque persone.

**La posizione tariffale 7340** è ora intitolata «Forfait per terapia medica di allenamento», al fine di tenere conto del tenore dell'articolo 5 capoverso 1 lettera b numero 5 OPre. Questo forfait per seduta copre l'assistenza individuale, per l'anamnesi, l'istruzione, la valutazione o l'adattamento del programma di allenamento nell'infrastruttura MTT. Per la necessaria istruzione riguardante un programma di allenamento MTT il fisioterapista ha la possibilità di fatturare due sedute per paziente secondo la posizione 7301 invece della posizione 7340. La terapia di rinforzo muscolare eseguita dal paziente deve essere sorvegliata e controllata dal fisioterapista. Questa posizione non può essere combinata con nessun'altra posizione tariffale della struttura.

**La posizione tariffale 7350** comprende un supplemento per il primo trattamento, vale a dire in occasione della prima seduta con il fornitore di prestazioni che emette la fattura (istituto, organizzazione o studio medico). Questa posizione supplementare è un forfait per oneri aggiuntivi legati al primo trattamento di un paziente; in particolare l'anamnesi, lo studio degli atti, la valutazione del caso, la determinazione degli obiettivi e la pianificazione del trattamento. Può essere fatturata per ogni paziente una volta in un totale di 36 sedute. Qualora il trattamento termini prima delle 36 sedute, questo supplemento può essere fatturato solamente in caso di recidiva in presenza di sintomi totalmente nuovi o se l'ultimo trattamento risale a oltre 6 mesi.

**La posizione tariffale 7351** prevede un supplemento per il trattamento di bambini disabili cronici. La posizione può essere fatturata per i bambini fino all'età di 6 anni compiuti che presentano disabilità croniche. Il punto 2 descrive i disturbi identificabili come «disabilità cronica» e precisa che la disabilità cronica deve essere motivata in ogni caso dal medico.

Il fisioterapista fattura le prestazioni sulla base della posizione 7311. La posizione tariffale 7351 può essere fatturata una volta per paziente e per seduta.

**La posizione tariffale 7352** copre tutti i costi d'infrastruttura (compreso il prezzo d'entrata) per l'uso di vasche di deambulazione, piscine o vasche per bagni «Stanger». Secondo il punto 5 questa posizione supplementare può essere fatturata una volta per paziente e per seduta.

**La posizione tariffale 7353** è un supplemento che copre tutti i costi d'infrastruttura (costi per cavallo, stalliere e conducente, stalle, mangime ecc.) per l'ippoterapia. Il fisioterapista fattura le sue prestazioni in base alla cifra 7313. Secondo il punto 3 questa posizione supplementare può essere fatturata una volta per paziente e per seduta.

**La posizione tariffale 7354** rimane immutata.



**La posizione tariffale 7361** è nuova. Essa è finalizzata alla fatturazione del materiale necessario al trattamento. Per materiale necessario al trattamento si intende il materiale utilizzato da un fisioterapista durante una seduta di trattamento. Questa posizione può essere fatturata come supplemento alle posizioni tariffali 7301, 7311 e 7330 al prezzo d'acquisto (con deduzione degli sconti da applicare e comprensivo di IVA). Il punto 2 elenca una lista esaustiva delle varie categorie di materiali che possono essere fatturati come supplemento. I seguenti articoli sono considerati come materiale di trattamento se sono utilizzati per il paziente durante una seduta: materiale per medicazione/imbottitura (p. es. bende, ovatta per imbottire, medicazioni tubolari, imbottitura con principio attivo ecc.), tape (p. es. tape rigido, tape elastico), materiale per la rieducazione del perineo (p. es. sonde, elettrodi, pessari usa e getta, catetere a palloncino), materiale per l'elettroterapia (p. es. elettrodi), materiale per la terapia respiratoria (p. es. boccagli, aerosol ecc.). I prodotti di consumo (p. es. guanti, Sterillium, lozioni per massaggi, salviette usa e getta ecc.) sono a carico dell'infrastruttura dello studio medico e non possono essere fatturati separatamente al paziente. Secondo il punto 4 il materiale per il trattamento deve essere specificato per ogni fattura (dopo un massimo di 9 sedute). Inoltre, ogni volta devono essere riportati nella fattura la categoria del materiale in questione (secondo la lista di cui al punto 2), le quantità (con le unità), il prezzo di costo totale del materiale in questione (con deduzione degli sconti da applicare e comprensivo di IVA).

**Le posizioni tariffali 7362 e 7363** restano in principio identiche a quelle presenti nella struttura tariffale valida fino al 31 dicembre 2017, fatte salve le modifiche menzionate nelle osservazioni generali. Dato che la valutazione dei punti delle posizioni tariffali resta in linea di principio invariata, l'intervento dovrebbe risultare neutro dal punto di vista dei costi. Non è previsto un monitoraggio dei costi.

Dal momento che, in ultima analisi, si tratta di chiarire la comprensione e la trasparenza della struttura tariffale attuale, le misure adottate non avranno un'influenza diretta sui valori del punto tariffale a livello cantonale.

### **III. Entrata in vigore**

La modifica dell'ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2018.