



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 infortunio

Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)

Modifica del 1° gennaio 2009

Testo delle modifiche e commento

I. PARTE GENERALE: CONTESTO	3
II. REVISIONE DELL'ORDINANZA	3
1. Dati relativi alla vigilanza e statistica	3
2. Criteri di pianificazione	3
3. Riconoscimento delle case per partorienti quali fornitori di prestazioni	4
4. Controllo delle fatture e fornitura dei dati per l'ulteriore sviluppo del sistema tariffale	5
5. Importi forfettari riferiti alle prestazioni	5
6. Stralcio del concetto di «cura semiospedaliera»	5
III. PARTE SPECIALE: COMMENTO ALLE SINGOLE DISPOSIZIONI	5
Dati relativi alla vigilanza	5
<i>Articolo 28</i>	5
<i>Articolo 28a</i>	6
<i>Articolo 28b</i>	6
<i>Articolo 30</i>	6
<i>Articolo 31</i>	6
<i>Articolo 37</i>	6
Riconoscimento delle case per partorienti quali fornitori di prestazioni	6
<i>Articolo 55a</i>	6
Criteri di pianificazione	6
<i>Articolo 58a</i>	7
<i>Articolo 58b</i>	7
<i>Articolo 58c</i>	8
<i>Articolo 58d</i>	8
<i>Articolo 58e</i>	9
Fatturazione	9
<i>Articolo 59</i>	9
Tariffazione riferita alle prestazioni	9
<i>Articolo 59d</i>	9
<i>Articolo 59e</i>	11
Disposizioni finali	12

I. Parte generale: contesto

Il 21 dicembre 2007, le Camere federali hanno approvato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10, RU 2008 2049) nel settore del finanziamento ospedaliero (progetto 1). La revisione di legge rende necessario l'adeguamento delle ordinanze interessate dalle modifiche in questione, vale a dire l'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), l'ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; 832.104) e l'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31).

Il presente rapporto presenta le proposte di modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal). Quelle relative agli altri atti normativi citati sono esposte in rapporti separati.

II. Revisione dell'ordinanza

1. Dati relativi alla vigilanza e statistica

L'attuale base legale per la vigilanza e la statistica consente all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) di raccogliere ed elaborare i dati degli assicuratori, compresi quelli delle fatture, fino al livello dei singoli fornitori di prestazioni a titolo di dati relativi alla vigilanza. L'UFSP ha inoltre la competenza di rilevare e utilizzare i dati degli ospedali e delle case di cura. L'ordinanza stabilisce che i loro dati sono raccolti dall'Ufficio federale di statistica conformemente alla LAMal e forniti all'UFSP quali dati relativi alla vigilanza. Queste rilevazioni concernono tuttavia soltanto una parte della sanità pubblica. A tutt'oggi manca nella LAMal una base legale che permetta di raccogliere i dati dei fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale. Sulla base del nuovo articolo 22a della legge, la modifica qui proposta crea i presupposti per includere anche questo settore nelle rilevazioni e precisa le informazioni richieste. Gli uffici federali hanno il compito di raccoglierle, analizzarle e pubblicarle. Affinché le competenze dei vari attori siano chiare e soprattutto per garantire la protezione dei dati sono inoltre necessarie disposizioni che regolamentino la trasmissione e la pubblicazione di questi ultimi.

Grazie a questa base di dati più ampia, in futuro dovrebbe essere possibile fornire dati statistici non soltanto sulle uscite degli assicuratori, ma anche dati sui fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale e sulle loro prestazioni. Lo scopo delle rilevazioni è raccogliere informazioni che permettano di verificare l'economicità e la qualità delle prestazioni. Il loro ampliamento non è però previsto fin dall'entrata in vigore della revisione di legge, ma soltanto in un secondo tempo. L'Ufficio federale di statistica (UST) intende apportare le necessarie modifiche all'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali (RS 431.012.1) nel quadro della regolare procedura di adeguamento annuale.

2. Criteri di pianificazione

La pianificazione è in primo luogo di competenza dei Cantoni (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Finora il Consiglio federale si è espresso sulle pianificazioni soltanto in qualità di autorità decisionale nell'ambito della procedura di ricorso contro le pianificazioni cantonali e ha formulato direttive. Con l'entrata in vigore della revisione totale dell'organizzazione giudiziaria federale, il 1° gennaio 2007, questa competenza è passata al Tribunale amministrativo federale. Nel quadro della revisione della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero, il Consiglio federale è incaricato di emanare criteri di pianificazione uniformi rispettando i principi della qualità e dell'economicità.

L'emanazione di questi criteri implica l'analisi e il consolidamento dei criteri di pianificazione su cui si fonda la prassi decisionale del Consiglio federale. In seguito al passaggio alla tariffazione in base a importi forfettari riferiti alle prestazioni deve inoltre essere stabilito il rapporto con la guida sulla pianificazione ospedaliera incentrata sulle prestazioni («Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung»), elaborata sotto la responsabilità della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. Il progetto di revisione prevede inoltre nuove prescrizioni, come ad esempio l'obbligo dei Cantoni di coordinare le loro pianificazioni.

I summenzionati criteri dovrebbero ridurre le differenze tra i vari concetti di pianificazione e agevolare l'impiego efficiente delle risorse. Nel settore delle cure somatiche acute, il riferimento alle prestazioni andrà stabilito sia nell'ambito della pianificazione che in quello del finanziamento, affinché i due sistemi siano compatibili. I criteri permettono pertanto di esercitare una funzione di guida nell'ambito dell'introduzione della pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni. In mancanza di precisazioni, per il settore delle case di cura valgono per principio gli stessi criteri previsti per il settore ospedaliero.

Due nuovi strumenti, il finanziamento delle prestazioni e la libera scelta dell'ospedale, dovrebbero rendere più economica la fornitura delle prestazioni e favorire la concorrenza sul piano della qualità. Per rafforzare la concorrenza, la revisione prevede l'ampliamento della libertà di scelta dei pazienti, che potranno scegliere anche ospedali o case per partorienti non figuranti nell'elenco del loro Cantone di domicilio. I pazienti avranno così la possibilità di scegliere liberamente tra gli ospedali inseriti nell'elenco di un Cantone di ubicazione, senza che in caso di ricovero ospedaliero non dettato da motivi d'ordine medico venga soppresso il contributo cantonale, come avviene oggi. Gli assicuratori potranno inoltre concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie anche con ospedali e case per partorienti che non figurano su un elenco cantonale. La pianificazione deve tenere conto di queste nuove prescrizioni, sempre con l'obiettivo di garantire la copertura del fabbisogno della popolazione cantonale. Occorre pertanto stabilire il fabbisogno della popolazione del Cantone e metterlo a confronto con l'offerta, tenendo conto della libertà di scelta degli assicurati, dei ricoveri ospedalieri per motivi d'ordine medico e delle cure prestate negli ospedali e nelle case per partorienti convenzionati. In questo modo è possibile stabilire l'offerta da assicurare tramite l'elenco. Per scegliere gli istituti da inserire nell'elenco, si dovrà tenere conto come finora dei criteri dell'economicità e della qualità, che sono il presupposto per prestazioni economiche e di buona qualità. «Economico» non significa che deve essere sempre scelto il fornitore meno caro, poiché vanno considerati anche gli aspetti dell'efficienza e della qualità. Visto che i pazienti hanno la possibilità di scegliere istituti extracantionali, sono inoltre necessari una più stretta collaborazione tra i Cantoni e un migliore coordinamento delle pianificazioni. I Cantoni devono in particolare raccogliere informazioni sui flussi di pazienti e coordinare le misure di pianificazione.

Con la revisione di legge, le sovraccapacità potranno essere contenute soltanto indirettamente e in misura limitata attraverso il controllo dell'offerta figurante nell'elenco, poiché l'offerta effettivamente disponibile, in virtù della libertà di scelta degli assicurati e degli ospedali convenzionati, si estende oltre a quella prevista sull'elenco. Il numero di pazienti che ricorreranno a prestazioni fuori Cantone grazie alla libertà di scelta dipenderà soprattutto dalla situazione geografica del Cantone di domicilio e dall'offerta di quelli limitrofi. Il ricorso all'offerta di prestazioni degli ospedali convenzionati sarà invece determinato dalla politica contrattuale degli assicuratori e dalla domanda dei pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare. Più la quota di questa offerta aumenterà rispetto all'offerta complessiva, più diminuirà la partecipazione del Cantone al finanziamento dell'offerta necessaria a coprire il fabbisogno. Pertanto, anche con la revisione di legge ogni Cantone adotterà probabilmente una sua prassi di finanziamento. In questa situazione i Cantoni non saranno tenuti a gestire le quantità attraverso la pianificazione.

Il capoverso 3 delle disposizioni transitorie relative alla modifica di legge stabilisce che le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere le nuove esigenze al più tardi tre anni dopo l'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni.

3. Riconoscimento delle case per partorienti quali fornitori di prestazioni

Con la revisione di legge, le case per partorienti figurano nell'elenco dei fornitori di prestazioni. Questo riconoscimento era già previsto nel disegno di revisione della LAMal poi respinto dal Parlamento nel dicembre del 2003, poiché secondo la maggioranza delle Camere il parto in una casa per partorienti risponde ai bisogni della popolazione. Le condizioni per l'autorizzazione di questi istituti a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono analoghe a quelle previste per gli altri fornitori di prestazioni.

4. Controllo delle fatture e fornitura dei dati per l'ulteriore sviluppo del sistema tariffale

In seguito all'introduzione degli importi forfettari riferiti alla prestazione, sotto forma di importi forfettari per singolo caso riferiti alla diagnosi, i fornitori di prestazioni devono mettere a disposizione dell'assicuratore determinati dati. Essendo riferiti alla diagnosi, questi contengono informazioni considerate particolarmente sensibili sotto il profilo della protezione dei dati. Occorre pertanto garantire che queste informazioni non vengano utilizzate per scopi diversi da quelli previsti dalla legge.

La trasmissione di dati personali agli assicuratori è indispensabile, poiché questi ne hanno bisogno per il controllo delle fatture. I dati servono anche all'ulteriore sviluppo del sistema tariffale e al controllo dell'attuazione del sistema da parte degli organi preposti, ma in questo caso sono utilizzati pseudonimi.

5. Importi forfettari riferiti alle prestazioni

Nel quadro della revisione della LAMal, le Camere federali hanno deciso che le cure ospedaliere, compresa la degenza in un ospedale o in una casa per partorienti, dovranno essere remunerate attraverso importi forfettari. Questi importi dovrebbero essere fissati di norma per ogni singolo caso, essere sempre riferiti alle prestazioni e basarsi su strutture uniformi per tutta la Svizzera. L'introduzione degli importi forfettari secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal e l'applicazione delle regole di finanziamento secondo l'articolo 49a LAMal, inclusi i costi d'investimento, dovranno essere concluse al più tardi il 31 dicembre 2011. Il Consiglio federale avrà il compito di stabilire le modalità d'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni e la procedura in base alla quale gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della modifica di legge saranno presi in considerazione nel calcolo della tariffa.

La questione degli investimenti è disciplinata dall'OCPre, mentre la definizione delle modalità d'introduzione è oggetto della presente revisione di ordinanza. In virtù della sua competenza in quest'ambito, il Consiglio federale può stabilire norme generali vincolanti per l'introduzione del sistema degli importi forfettari riferiti alle prestazioni. Queste norme generali concernono soprattutto le esigenze che i partner tariffali devono rispettare nel quadro della procedura di approvazione e sono formulate in modo da includere anche i settori che finora non possono essere correttamente rappresentati dai sistemi di tipo DRG, come ad esempio la psichiatria e la riabilitazione. Per evitare un aumento ingiustificato dei costi al momento dell'introduzione degli importi forfettari, i partner tariffali hanno l'obbligo di prevedere misure d'accompagnamento adeguate. Affinché il sistema di remunerazione riferito alle prestazioni possa essere applicato in modo uniforme in tutta la Svizzera non soltanto al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal ma anche in seguito, i partner tariffali devono sottoporre all'approvazione del Consiglio federale non soltanto la struttura tariffale ma anche le modalità di applicazione della tariffa.

6. Stralcio del concetto di «cura semiospedaliera»

Nel quadro dei dibattiti sul disegno di revisione della LAMal bocciato dal Parlamento nel dicembre del 2003, le Camere federali si erano già dette favorevoli alla proposta di stralciare dalla legge le cure semiospedaliere e mantenere unicamente la distinzione tra cure ambulatoriali e ospedaliere. Nella realtà, infatti, il concetto di cura semiospedaliera non ha attecchito. Gli ospedali forniscono sì questo tipo di cure, ma nella maggior parte dei casi le fatturano quali prestazioni ambulatoriali. L'applicazione di apposite tariffe per le cure semiospedaliere è l'eccezione.

III. Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Dati relativi alla vigilanza

Articolo 28

La disposizione corrisponde sostanzialmente all'attuale articolo 28 OAMal. I dati degli assicuratori rilevati finora sono indispensabili per la vigilanza sull'esecuzione dell'assicurazione (informazioni per la gestione). Il contenuto della nuova versione corrisponde dunque a quello della precedente.

Articolo 28a

Questa nuova disposizione stabilisce che in futuro non soltanto gli assicuratori ma anche i terzi incaricati da essi dovranno fornire all'UFSP, a sua richiesta, i dati necessari per la vigilanza sull'esecuzione dell'assicurazione malattie. L'espressione «incaricati dagli assicuratori» sottintende che questi ultimi potranno affidare a terzi le attività tecniche e amministrative necessarie alla preparazione e alla trasmissione dei dati. Gli assicuratori continueranno a essere responsabili per la fornitura dei dati all'UFSP.

Articolo 28b

In analogia ai dati degli assicuratori, in futuro dovrebbero essere pubblicati anche quelli dei fornitori di prestazioni. Il contenuto dell'articolo 28b corrisponde a quello dell'attuale articolo 31.

Articolo 30

Questo articolo è abrogato poiché la rilevazione dei dati degli ospedali e delle case di cura è già disciplinata dall'articolo 22a della legge, che è applicabile a tutti i fornitori di prestazioni.

Articolo 31

L'articolo 31 disciplina la pubblicazione dei dati dei fornitori di prestazioni rilevati dall'UST e di quelli figuranti nel registro delle professioni mediche universitarie allestito dall'UFSP conformemente all'articolo 51 della legge federale sulle professioni mediche (LPMed, RS 811.11).

In futuro è prevista, in particolare, la pubblicazione di indicatori di qualità di natura medica e di informazioni sui diplomi e i titoli di perfezionamento dei fornitori di prestazioni. Determinati dati statistici sulla qualità della struttura degli ospedali e delle case di cura sono rilevati già oggi in virtù della disposizione d'ordinanza, ora trasferita nella legge, secondo cui i fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare «il numero e la struttura dei dipendenti e dei posti di formazione». Il legislatore vuole che siano giustificati anche i dati relativi ai fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale, ragion per cui è necessario un rinvio alla LPMed e ai dati sulla struttura del corpo medico rilevati conformemente alla medesima.

Articolo 37

La disposizione deve essere modificata in seguito alla soppressione del concetto di cura «semiospedaliera». Per quanto concerne la remunerazione delle cure ospedaliere prestate ad assicurati domiciliati all'estero, l'articolo va adeguato al nuovo sistema di finanziamento. Con l'inclusione dei costi d'investimento negli importi forfettari riferiti alle prestazioni, non vi è più alcun motivo di applicare tariffe differenti per gli assicurati domiciliati nel Cantone e al di fuori di esso. La tariffa applicata è quella del fornitore di prestazioni.

Riconoscimento delle case per partorienti quali fornitori di prestazioni

Articolo 55a

Per poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le case per partorienti devono soddisfare i requisiti previsti per gli ospedali all'articolo 39 LAMal. È sottolineata la necessità di garantire un'assistenza medica sufficiente da parte di una levatrice, che è responsabile di assistere le assicurate nel quadro di un parto senza complicazioni. La levatrice decide quando sia necessario consultare altre persone e in quali circostanze l'assicurata debba essere ricoverata in un ospedale in caso di urgenza medica. La casa per partorienti deve essere organizzata in modo tale da poter reagire adeguatamente in caso d'emergenza medica.

Criteri di pianificazione

L'articolo 39 capoverso 2ter LAMal prescrive al Consiglio federale di emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Al momento dell'autorizzazione di fornitori di prestazioni,

i Cantoni sono tenuti a rispettare i criteri di pianificazione. Nelle disposizioni sui criteri di pianificazione, con il termine “istituti” si intendono sia gli ospedali, le case per partorienti e le case di cura nel loro complesso che i corrispondenti reparti.

I criteri di pianificazione si riferiscono sia alle pianificazioni di singoli Cantoni che a quelle stabilite congiuntamente da più Cantoni. L'uso dell'espressione «i Cantoni» tiene conto della possibilità di approntare una pianificazione comune a più Cantoni, prevista dall'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal, e della disposizione dell'articolo 39 capoverso 2bis LAMal, che prescrive ai Cantoni di approntare insieme una pianificazione per tutta la Svizzera nel settore della medicina altamente specializzata. Pianificazione comune significa che la domanda in un determinato settore di prestazioni è determinata per l'insieme della popolazione e che nel valutare e scegliere l'offerta sono presi in considerazione gli istituti presenti sui loro territori. Si tratta pertanto di una pianificazione che travalica i confini cantonali.

Per poter essere inclusi nella pianificazione e inseriti nell'elenco, gli istituti devono soddisfare i requisiti in materia di servizi e infrastrutture previsti dall'articolo 39 capoverso 1 LAMal. Secondo la prassi finora adottata dal Consiglio federale, l'adempimento delle condizioni è verificato in primo luogo dalle autorità del Cantone in cui ha sede l'istituto, che conoscono al meglio la situazione locale. Il Consiglio federale non ritiene ragionevole prescrivere questa verifica ai Cantoni che intendono inserire nel loro elenco un istituto situato in un altro Cantone. È però del parere che i Cantoni in questione abbiano il diritto di eseguirne una autonomamente. Questa giurisprudenza si riferisce per principio al caso di un ospedale utilizzato sia dalla popolazione del Cantone di ubicazione che da quella di altri Cantoni per lo stesso ventaglio di prestazioni. Può però riferirsi anche al caso di un Cantone che intenda inserire nel proprio elenco un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone di ubicazione (nel suo complesso o per una determinato ventaglio di prestazioni). In questo caso il Cantone che intende autorizzare l'istituto è tenuto a eseguire la verifica. Poiché questa prassi è chiara, si rinuncia a prevedere una disposizione in materia nell'ordinanza.

Articolo 58a

Il capoverso 1 rinvia alle disposizioni legali sulla pianificazione (art. 39 LAMal) e definisce gli obiettivi di quest'ultima. La pianificazione riguarda le prestazioni destinate a tutte le persone affiliate all'assicurazione obbligatoria, indipendentemente dal fatto che dispongano o meno di una copertura assicurativa complementare. L'ordinanza precisa le fasi e gli elementi della pianificazione, che per poter raggiungere il suo obiettivo legale, ossia la copertura del fabbisogno, va periodicamente aggiornata e adeguata alle nuove circostanze. Questo principio è stabilito nel capoverso 2.

Articolo 58b

Il capoverso 1 si riferisce alla prima fase della pianificazione, vale a dire la determinazione del fabbisogno. La pianificazione riferita alle prestazioni è incentrata su dati relativi alle prestazioni (p. es. dati relativi ai singoli casi o alle rispettive diagnosi), quella incentrata sulle capacità, invece, su dati di gestione quali la durata di degenza o l'occupazione dei posti letto. I confronti svolti nel quadro della determinazione del fabbisogno devono permettere di mirare alla migliore soluzione (nel senso di un *Benchmarking*) ed evitare così il semplice mantenimento delle attuali tendenze. Considerate le differenze esistenti tra i Cantoni, si rinuncia a prescrivere un unico metodo e a emanare ulteriori disposizioni per la pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni. La nuova normativa tiene pertanto conto sia delle differenze tra le basi di dati che tra gli approcci metodologici.

I capoversi 2 e 3 definiscono le fasi seguenti della pianificazione. Nel quadro della pianificazione, i Cantoni determinano il fabbisogno della loro popolazione in ospedali, case per partorienti e case di cura e assicurano tramite l'elenco l'offerta di prestazioni di istituti cantonali e extracantonali necessaria a garantire la sua copertura. I Cantoni devono tenere conto del fatto che una parte della popolazione cantonale ricorrerà all'offerta di prestazioni di ospedali e case per partorienti convenzionati ai sensi dell'articolo 49a capoverso 4 LAMal nonché di ospedali, case per partorienti e case di cura figuranti esclusivamente nell'elenco di altri Cantoni (in virtù della libera scelta dell'istituto e per motivi d'ordine medico). L'offerta rimanente per rapporto al fabbisogno deve essere assicurata mediante l'elenco del Cantone di domicilio (v. anche l'art. 58e). Ogni assicurato che non può o non vuole sostenere costi supplementari per una cura deve avere la possibilità, per l'intero ventaglio di prestazioni, di ricevere le

cure o in un ospedale figurante nell'elenco del suo Cantone di domicilio oppure in un altro istituto; in quest'ultimo caso per motivi d'ordine medico secondo l'articolo 41 capoversi 3 e 3bis LAMal – il Cantone di domicilio garantisce l'assunzione dei costi – o perché la tariffa dell'ospedale scelto non è superiore a quella applicata per la medesima cura da un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. In questo senso, l'articolo 41 capoversi 3 e 3bis garantisce agli assicurati l'assunzione integrale dei costi. Dato che ai pazienti o alla loro assicurazione complementare può essere chiesto un contributo ai costi di degenza ospedaliera soltanto con il loro accordo, il contributo al finanziamento delle prestazioni da parte dei Cantoni non potrà scendere al di sotto di un determinato limite.

Il capoverso 4 stabilisce che in un'ulteriore fase del processo di pianificazione i Cantoni devono valutare l'offerta tenendo conto dei criteri elencati e fare una scelta al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno e garantire una fornitura di prestazioni efficiente e di qualità. Per questa ragione è necessario menzionare l'economicità e la qualità delle prestazioni. Questa fase della pianificazione include anche la verifica della disponibilità e della capacità dell'istituto di adempiere il mandato di prestazioni.

Nel capoverso 5 sono precisati i concetti di economicità e qualità. La definizione di criteri uniformi è indispensabile, poiché la scelta degli istituti da inserire nell'elenco determina sostanzialmente a che prezzo e con che qualità potranno in futuro essere fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È inoltre necessaria perché le tariffe ospedaliere secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal devono rifarsi alla remunerazione degli ospedali che forniscono le prestazioni nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso e, in secondo luogo, perché gli ospedali devono fornire le loro prestazioni nella qualità necessaria e al prezzo stabilito. Questa regola è applicabile per analogia anche alle case di cura e alle case per partorienti.

Articolo 58c

In questo articolo sono elencati i tipi di pianificazione possibili. Per gli ospedali e le case per partorienti, l'articolo 49 capoverso 1 LAMal introduce il principio della remunerazione in base a importi forfettari riferiti alle prestazioni. Per il momento, tuttavia, soltanto nel settore delle cure somatiche acute esistono basi chiare, sia in tema di tariffe che di pianificazione, per l'abbandono del sistema basato sui giorni di cura. Il passaggio di sistema dovrebbe essere possibile anche nelle case per partorienti, dato che gli ospedali offrono e sottopongono a tariffa lo stesso tipo di prestazioni. Per il settore delle cure somatiche acute e per le case per partorienti è dunque prescritta la pianificazione riferita alle prestazioni. Per le cliniche psichiatriche e di riabilitazione è espressamente mantenuta la possibilità della pianificazione riferita alle capacità. Queste continueranno a essere un'unità di misura accettabile fino a che non sarà possibile una definizione più precisa delle prestazioni sia per la fissazione delle tariffe che per la pianificazione. Nel settore delle case di cura, la pianificazione è riferita alle capacità.

Articolo 58d

L'articolo 58d definisce i requisiti, concernenti tutti gli istituti, per l'attuazione del coordinamento delle pianificazioni introdotto con la revisione della LAMal (art. 39 cpv. 2 LAMal). Le informazioni sui flussi di pazienti sono infatti indispensabili per determinare l'offerta di prestazioni utilizzata in virtù della libertà di scelta dell'istituto o in ospedali e case per partorienti convenzionati extracantonali (v. l'art. 58b cpv. 2). Per la raccolta dei dati è necessaria la collaborazione tra i Cantoni interessati. In base a queste informazioni, i Cantoni possono stabilire l'offerta di prestazioni che deve essere assicurata tramite l'elenco per garantire la copertura del fabbisogno della popolazione cantonale. Data la possibilità di ricorrere all'offerta extracantonale, i Cantoni devono intensificare il coordinamento delle loro pianificazioni. Anche e soprattutto in seguito all'introduzione della libera scelta dell'ospedale occorre garantire la copertura del fabbisogno. Bisogna per esempio evitare che i pazienti provenienti da altri Cantoni ricorrono a prestazioni destinate agli abitanti del Cantone dove si trova l'ospedale o di una determinata regione, obbligando questi ultimi a farsi curare altrove. I pazienti devono poter ricevere le cure necessarie senza pregiudicare la pianificazione di altri Cantoni. Il controllo dei flussi di pazienti tramite la pianificazione è possibile in particolare in virtù dell'articolo 41 della legge, che prevede l'obbligo di ammissione dei pazienti domiciliati fuori Cantone soltanto nei limiti dei mandati di prestazione (fatta eccezione per i casi d'urgenza).

Articolo 58e

L'attribuzione e la garanzia dell'offerta necessaria a coprire il fabbisogno avviene tramite l'elenco e i mandati di prestazioni menzionati nell'articolo 39 della legge.

Il capoverso 1 stabilisce il rapporto tra la pianificazione del fabbisogno e l'elenco. Come detto nel commento all'articolo 58b, i Cantoni devono assicurare l'offerta necessaria a garantire la copertura del fabbisogno di cure della popolazione cantonale. Nel farlo tengono conto del fatto che una parte dell'offerta sarà utilizzata in ospedali e case per partorienti convenzionati e in istituti figuranti unicamente nell'elenco di altri Cantoni.

Il capoverso 2 stabilisce che nell'elenco va riportato il ventaglio di prestazioni attribuito agli ospedali conformemente al mandato di prestazioni. Si può ritenere che le case per partorienti non dovranno garantire un'assistenza medica costante, ma soltanto predisporre misure per i casi d'urgenza medica, dal momento che questi istituti sono previsti per parti senza complicazioni. Per i parti a rischio sono invece indispensabili un'infrastruttura medica e un'assistenza medica costante, che possono essere garantite soltanto da una struttura ospedaliera. Il ventaglio di prestazioni delle case per partorienti è pertanto già definito. Quello delle case di cura è circoscritto in particolare dalla definizione delle cure secondo l'articolo 7 OPre. Conformemente al capoverso 3, i Cantoni devono attribuire a ogni istituto figurante nell'elenco un mandato di prestazioni, che può prevedere, in particolare, l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.

Fatturazione

Articolo 59

I dati relativi alla diagnosi sono dati personali degni di particolare protezione. Gli assicuratori devono pertanto vegliare che la loro protezione sia garantita. I relativi requisiti tecnici e organizzativi sono stabiliti negli articoli 8-10 e 20-22 dell'ordinanza del 14 giugno 1993 relativa alla legge federale sulla protezione dei dati (OLPD; RS 235.11). Dato che questa non disciplina la conservazione dei dati, il capoverso 1ter stabilisce che per la conservazione dei dati le generalità degli assicurati devono essere sostituite da uno pseudonimo, il quale può essere tolto unicamente dal medico di fiducia dell'assicuratore.

Affinché i dati siano utilizzati unicamente per lo scopo previsto dalla legge, ossia il controllo delle fatture e dell'economicità, il nuovo testo del capoverso 3 prevede che in futuro la fatturazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovrà essere separata nettamente da quella delle prestazioni delle assicurazioni complementari. Questo significa che non basterà più distinguere chiaramente nella fattura le rispettive prestazioni, come previsto dall'attuale articolo 59 capoverso 3 OAMal, ma che dovranno essere emesse due fatture separate. La separazione è giustificata dal fatto che conformemente all'articolo 84a capoverso 5 lettera b della legge i dati rilevati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possono essere utilizzati per altri rami assicurativi soltanto se nel caso specifico la persona interessata ha dato il suo consenso scritto. Un altro aspetto considerato è che molte persone hanno stipulato l'assicurazione obbligatoria e quelle complementari presso gruppi assicurativi diversi.

Per analogia, l'assicuratore deve separare completamente anche i rispettivi processi amministrativi. Oltre a garantire la protezione dei dati, la fatturazione separata delle prestazioni obbligatorie e complementari contribuisce ad aumentare la trasparenza.

Tariffazione riferita alle prestazioni

Articolo 59d

Capoverso 1: nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, una convenzione tariffale entra in vigore soltanto dopo essere stata approvata dall'autorità competente. Conformemente all'articolo 46 capoverso 4 LAMal, nel caso delle convenzioni tariffali valevoli per tutta la Svizzera questa autorità è il Consiglio federale. Nel quadro della procedura di approvazione, l'autorità competente è tenuta a verificare se la convenzione sia conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

Il principale obiettivo dell'introduzione di strutture tariffali uniformi in tutta la Svizzera è aumentare la trasparenza dei costi e delle prestazioni. Questa maggiore trasparenza permetterà in particolare di effettuare confronti tra gli ospedali di tutta la Svizzera. Occorre pertanto stabilire regole uniformi per tutta la Svizzera riguardo alla base per l'allestimento delle strutture tariffali. Questa uniformità può però essere garantita soltanto da una procedura di approvazione in cui il Consiglio federale esamina un sistema completo di remunerazione, di cui la struttura tariffale rappresenta, accanto alle modalità di applicazione della tariffa, un elemento centrale. I partner tariffali sono invece liberi di concordare il valore del punto nel quadro della convenzione tariffale valevole per tutta la Svizzera o l'importo del *base rate* in un sistema tariffale di tipo DRG (*Diagnosis Related Groups*), nel caso in cui questo valore debba essere applicato in tutto il Paese. In caso contrario stabiliscono questo valore in convenzioni tariffali soggette all'approvazione dei competenti governi cantonali. La presente disposizione dà al Consiglio federale la possibilità di verificare se la convenzione tariffale sia conforme alle disposizioni legali e di provvedere all'applicazione uniforme e conforme alla legge del nuovo sistema di remunerazione in tutta la Svizzera.

Nelle modalità di applicazione della tariffa sono stabilite le regole astratte necessarie sia per determinare la tariffa che per chiedere la remunerazione di determinate prestazioni in singoli casi. Si tratta in particolare di definire i casi e le regole di fatturazione, comprese – in un sistema di tipo DRG – le regole per i casi estremi (*outlier*) o per eventuali remunerazioni supplementari. Le modalità di applicazione hanno pertanto un'influenza diretta non soltanto sull'elaborazione della struttura tariffale, allestita in base ai dati relativi ai costi e alle prestazioni forniti dagli ospedali conformemente all'articolo 49 capoverso 2 della legge, ma, in un secondo tempo, anche sulla fatturazione delle prestazioni da parte degli ospedali (modalità di fatturazione in caso di trasferimento in un altro ospedale, di riospedalizzazione, ecc.). Di conseguenza, le modalità di applicazione devono prevedere anche regole per evitare eventuali effetti perversi connessi al sistema di remunerazione basato su importi forfettari per il singolo caso, come ad esempio un aumento artificiale del numero di casi, riospedalizzazioni dovute a dimissioni premature o trasferimenti ingiustificati di prestazioni. Il Consiglio federale deve verificare se queste regole rispettino le prescrizioni legali, in particolare le disposizioni dell'OPre. Le modalità di applicazione della tariffa sono considerate parte integrante della struttura tariffale e quindi della convenzione tariffale valevole in tutta la Svizzera, ragion per cui necessitano anch'esse dell'approvazione del Consiglio federale.

Il sistema degli importi forfettari per il singolo caso potrebbe avere ripercussioni negative anche sulla qualità delle prestazioni, per esempio in caso di riduzione della durata di degenza ingiustificata dal punto di vista medico. Per evitare che ciò accada, i partner tariffali dovranno presentare in allegato alla richiesta una proposta comune sugli strumenti e meccanismi volti a garantire la qualità nel quadro dell'applicazione della tariffa.

Nel corso della procedura di approvazione, il Consiglio federale esaminerà la convenzione tariffale in particolare sotto il profilo dell'economicità. È quindi opportuno chiedere ai partner tariffali di fornirgli stime relative alle ripercussioni dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sull'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le stime andranno presentate non soltanto alla prima richiesta di approvazione della convenzione, ma anche ad ogni successivo adeguamento del modello tariffale. L'adempimento di questa condizione non va confuso con l'obbligo di garantire la neutralità dei costi in caso di passaggio a un altro modello tariffale. Questo è disciplinato nel capoverso 2 delle disposizioni finali della presente modifica di ordinanza, che menziona le misure d'accompagnamento necessarie al momento dell'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni.

Capoverso 2: il capoverso contiene disposizioni specifiche applicabili in caso di adozione di un sistema di remunerazione di tipo DRG, che completano i requisiti del capoverso 1 tenendo conto delle peculiarità di questo sistema.

Per garantire l'applicazione uniforme degli importi forfettari riferiti alle prestazioni in un sistema di tipo DRG, tutti gli ospedali che forniscono prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e in particolare quelli presi come riferimento per la determinazione della struttura tariffale devono attenersi a direttive di codificazione vincolanti, valide per tutta la Svizzera (manuale di codificazione). L'elaborazione delle direttive di codificazione è coordinata con l'UST, che conformemente all'ordinanza sull'organizzazione della statistica federale è responsabile per la realizzazione e

l'aggiornamento di classificazioni, nomenclature e terminologie. Per garantire la qualità del sistema tariffale, i partner tariffali devono inoltre concordare, nel quadro di un concetto valido a livello nazionale, una procedura per il controllo della codificazione negli ospedali. Anche il manuale di codificazione e il piano per la revisione della codificazione sono considerati parte integrante della struttura tariffale e necessitano quindi dell'approvazione del Consiglio federale.

Conformemente all'articolo 49 capoverso 2 della legge, gli ospedali dovranno fornire all'organizzazione responsabile per l'elaborazione, lo sviluppo e l'adeguamento delle strutture tariffali i dati necessari a tal fine. La definizione dei requisiti necessari affinché gli ospedali possano essere presi in considerazione nell'elaborazione della struttura tariffale è d'importanza fondamentale. In tutta la Svizzera andranno pertanto applicate regole identiche e conformi alla legge, affinché siano disponibili criteri uniformi che permettano di rilevare dati attendibili sui costi e sulle prestazioni.

Capoverso 3: l'articolo 59c capoverso 2 OAMal stabilisce che i partner tariffali devono verificare regolarmente le tariffe e adeguarle se il rispetto dei principi enunciati nel capoverso 1 lettere a e b non è più garantito. In caso di adeguamento della convenzione tariffale di cui al capoverso 1, conformemente al capoverso 3 del presente articolo le parti contraenti saranno tenute a sottoporre le modifiche all'approvazione del Consiglio federale, segnatamente quelle alla struttura tariffale e alle modalità di applicazione.

Capoverso 4: oggi la LAMal prescrive ai partner tariffali di stabilire importi forfettari per le cure ospedaliere. La legge non ne precisa però le caratteristiche, ragion per cui i partner tariffali hanno un notevole margine di manovra entro i limiti dell'attuale quadro legale, definito tra l'altro dall'articolo 59c OAMal. Con l'entrata in vigore della revisione di legge, i partner tariffali continueranno ad avere l'obbligo di stabilire importi forfettari. In futuro però questi importi saranno fissati di norma per ogni singolo caso e dovranno sempre rifarsi alle prestazioni e basarsi su strutture uniformi per tutta la Svizzera (art. 49 cpv. 1 LAMal). Se in un sistema di remunerazione di tipo DRG il rapporto con la prestazione sussiste, per esempio, nel settore delle cure ospedaliere acute, questo potrebbe non essere il caso in settori quali la riabilitazione o la psichiatria, per i quali, almeno secondo le attuali conoscenze, un tale sistema parrebbe inappropriato. Il testo dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal non obbliga i partner tariffali a stabilire importi forfettari per il singolo caso. In determinati settori che non siano quello delle cure somatiche acute non è esclusa a priori la fissazione di importi forfettari giornalieri. Affinché il rapporto con la prestazione sussista anche in questo caso, l'ordinanza definisce in linea di massima la natura del «rapporto» richiesto tra la tariffa e la prestazione da remunerare. Per garantire la massima corrispondenza possibile tra la remunerazione e la prestazione fornita, anche nel caso degli importi forfettari giornalieri, è necessaria una differenziazione delle tariffe. Questa deve fondarsi su una definizione della prestazione sotto due aspetti: il primo è la prestazione in quanto tale (*tipo della prestazione*), il secondo è l'intensità delle risorse utilizzate – in particolare l'impiego di personale e mezzi tecnici ausiliari –, che può variare secondo la gravità del caso (*intensità della prestazione*).

Articolo 59e

Capoversi 1 e 2: conformemente all'articolo 49 capoverso 2 LAMal, per finanziare le attività dell'organizzazione competente per l'elaborazione, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture potrà essere riscosso un contributo a copertura dei costi per ogni caso fatturato. Questo contributo, il cui importo dovrà essere convenuto dai partner tariffali, è considerato parte integrante della struttura tariffale. Esso sarà riscosso in tutta la Svizzera per ogni caso fatturato e può quindi essere equiparato a una «tariffa» uniforme stabilita a livello nazionale per la remunerazione delle prestazioni della summenzionata organizzazione. Visto l'articolo 46 capoverso 4 LAMal, deve quindi essere sottoposto all'approvazione del Consiglio federale, il quale verifica in particolare che sia giustificato.

Il Consiglio federale può inoltre dichiarare d'obbligatorietà generale la riscossione del contributo per caso fatturato secondo l'articolo 49 capoverso 2 LAMal e l'applicazione della struttura tariffale, segnatamente qualora singoli fornitori di prestazioni o assicuratori decidessero di non aderire alla convenzione tariffale valevole per tutta la Svizzera. Questa disposizione specifica non va confusa con l'articolo 46 capoverso 2 LAMal, che disciplina tra l'altro le modalità d'adesione alla convenzione tariffale e di desistenza dalla medesima. Quest'ultima disposizione, applicabile ai non membri di una federazione di assicuratori o di fornitori di prestazioni, che sono intenzionati ad aderire a una convenzione

di detta federazione, stabilisce che la convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione.

Capoverso 3: l'articolo 49a capoverso 1 LAMal non disciplina direttamente la ripartizione del finanziamento del contributo per caso fatturato tra gli assicuratori e i Cantoni, in quanto si riferisce alle remunerazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal. Partendo dal presupposto che per il finanziamento del contributo secondo l'articolo 49 capoverso 2 LAMal devono valere le stesse regole previste per le prestazioni ospedaliere e per sciogliere qualsiasi dubbio al riguardo, la presente disposizione stabilisce che è applicabile per analogia l'articolo 49a capoversi 1 e 2 LAMal.

Disposizioni finali

Capoverso 1: nelle disposizioni transitorie relative alla modifica di legge, il termine ultimo entro il quale deve essere conclusa l'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni è fissato al 31 dicembre 2011. Questa data vale per tutti i settori ospedalieri (cure somatiche acute, riabilitazione, psichiatria ecc.) e per le case per partorienti.

Per sorvegliare il rispetto dell'articolo 49 capoverso 2 LAMal e poter eventualmente adottare per tempo i necessari provvedimenti, in vista della scadenza del 31 dicembre 2011, qualora i partner tariffali non riescano ad accordarsi (fissazione della struttura tariffale da parte delle autorità, istituzione forzata dell'organizzazione), nell'ordinanza vanno previste apposite disposizioni. Il capoverso 1 stabilisce che i partner tariffali e i Cantoni devono informare per iscritto il Consiglio federale entro il 31 gennaio 2009 sull'andamento dei lavori per l'istituzione dell'organizzazione cui, conformemente all'articolo 49 capoverso 2 LAMal, compete l'elaborazione delle strutture tariffali uniformi. Occorre sottolineare che gli statuti dell'organizzazione devono essere inviati al Consiglio federale non ai fini della vigilanza ai sensi della legge, ma soltanto affinché l'Esecutivo possa assicurarsi sulla base di un documento ufficiale che l'organizzazione persegue le finalità attribuitele dall'articolo 49 capoverso 2 LAMal. Il termine del 31 gennaio 2009 va messo in relazione con la data stabilita al capoverso 2 della presente disposizione, ossia il 30 giugno 2009. Per il deposito della richiesta di approvazione della convenzione tariffale, ai partner tariffali sono dunque concessi almeno cinque mesi dopo la scadenza del termine previsto per l'avvio dell'attività dell'organizzazione.

L'articolo 49 capoverso 2 prevede l'istituzione di un'organizzazione competente per l'elaborazione e la manutenzione delle strutture tariffali uniformi. La costituzione di un'organizzazione per ogni settore (cure somatiche acute, riabilitazione, psichiatria, case per partorienti, ecc.) da parte degli stessi partner tariffali e dei Cantoni sarebbe illegale. Per questa ragione, la competenza per l'elaborazione e la manutenzione delle strutture tariffali uniformi deve essere attribuita a un'unica organizzazione.

Capoverso 2: visto l'effetto costituente dell'approvazione e per evitare che i partner tariffali sottopongano troppo tardi la convenzione al Consiglio federale, nell'ordinanza è fissato un termine per l'inoltro della prima richiesta di approvazione. Conformemente al capoverso 1 della presente disposizione, la richiesta va presentata al Consiglio federale al più tardi 30 mesi prima della scadenza del termine per l'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni, fissato al 31 dicembre 2011, per le ragioni seguenti:

La riflessione di fondo del capoverso 2 è che per i partner tariffali è importante poter disporre di una versione della struttura tariffale approvata dal Consiglio federale. In questo modo hanno la possibilità di concludere convenzioni valide, per esempio a livello cantonale, sulla base di una convenzione tariffale e di una struttura tariffale riconosciute conformi alla legge. Per ragioni tecniche, inoltre, deve essere dato agli ospedali un lasso di tempo sufficiente per adeguare i loro sistemi informatici. Affinché il Consiglio federale abbia il tempo necessario per l'approvazione della convenzione, occorre prevedere un termine di almeno sei mesi a partire dal deposito della richiesta. Si tratta di un'indicazione minima, soprattutto nel caso in cui i partner tariffali dovessero presentare al Consiglio federale una richiesta di approvazione per ogni singolo settore. Bisogna inoltre prevedere che, in linea di massima, i partner tariffali negozieranno nel corso dell'anno T-1 le tariffe applicabili a partire dall'anno T sulla base dei costi e delle prestazioni dell'anno T-2, un'ipotesi confermata anche dalla giurisprudenza del Consiglio federale. Per lo svolgimento della procedura va pertanto previsto un periodo di 24 mesi.

In caso di cambiamento del modello tariffale, la LAMal prescrive il rispetto del principio della neutralità dei costi (articolo 59c cpv. 1 lett. c OAMal). La revisione del finanziamento ospedaliero comporta tuttavia molteplici cambiamenti, che vanno ben oltre la semplice introduzione di un nuovo modello tariffale. È pertanto impossibile, di fatto, garantire una neutralità dei costi in senso stretto come in occasione dell'introduzione di TARMED. Di conseguenza, i partner tariffali dovranno sviluppare e impiegare strumenti di sorveglianza dell'evoluzione dei costi e del volume delle prestazioni, a titolo di misure d'accompagnamento, nonché concordare misure correttive da applicare in caso di necessità. L'attuazione di questo sistema dovrà permettere, in particolare, di distinguere gli effetti dell'introduzione del modello tariffale in sé da quelli della modifica del modello di finanziamento. Si tratterà di valutare segnatamente gli effetti della nuova ripartizione del finanziamento tra i Cantoni e gli assicuratori, della parificazione tra gli ospedali pubblici e quelli privati, dell'inclusione degli investimenti nel calcolo degli importi forfettari e dell'introduzione della libertà di scelta dell'ospedale.

Capoverso 3: conformemente all'articolo 49 capoverso 2 LAMal, i partner tariffali potranno riscuotere per ogni caso fatturato un contributo per finanziare l'attività dell'organizzazione competente per l'elaborazione, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali uniformi. L'articolo 59e stabilisce le condizioni per l'approvazione del contributo da parte del Consiglio federale e le modalità del suo finanziamento. Il presente capoverso si riferisce alla prima richiesta di approvazione dell'importo.