



Scheda informativa

Data:

16 agosto 2017

Adeguamento del tariffario medico TARMED

Situazione iniziale

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

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

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

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

Competenza sussidiaria del Consiglio federale

Nell'ambito della sua competenza di autorità che approva secondo l'articolo 46 capoverso 4 LAMaI, il Consiglio federale ha esortato più volte i partner tariffali a elaborare una revisione completa della struttura tariffale TARMED. Finora i partner tariffali non hanno dato seguito a tale esortazione.

Con l'introduzione della competenza sussidiaria secondo l'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMaI, dal 2013 il Consiglio federale ha la competenza di adeguare le strutture tariffali per singola prestazione se queste

Maggiori informazioni:

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

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

si rivelano inadeguate o se i partner tariffali non riescono ad accordarsi su una loro revisione. Il senso della competenza sussidiaria è che il Consiglio federale interviene solo quanto basta per garantire l'esistenza di una struttura, tenendo conto nel limite del possibile della preminenza dell'autonomia tariffale.

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

Lo scopo di questo adeguamento era una maggiore considerazione delle prestazioni mediche intellettuali rispetto alle prestazioni tecniche. Gli adeguamenti ai sensi dell'articolo 43 capoverso 6 in combinato disposto con l'articolo 46 capoverso 4 LAMal sono stati realizzati rispettando la neutralità dei costi. Inoltre, con l'adozione dell'ordinanza il Consiglio federale puntava a sbloccare le trattative tariffali tra i partner tariffali. Ad oggi, tuttavia, queste trattative rimangono bloccate. Il Consiglio federale dovrà esercitare, **per la seconda volta**, la sua competenza sussidiaria per adeguare la struttura tariffale TARMED altrimenti, a partire dal 2018 non vi sarà più una struttura tariffale comune dei partner tariffali e, quindi, si creerà una lacuna.

Adeguamenti del TARMED per il 1° gennaio 2018

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

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

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

- Fattore del valore intrinseco uniforme per tutte le prestazioni

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

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

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

Maggiori informazioni:

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

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

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

- Riduzione delle aliquote di costo per alcune unità funzionali (maggiore economicità)

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

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

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

- Riduzione dei minutaggi per posizioni tariffali selezionate

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

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

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

Maggiori informazioni:

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

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

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

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

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

Questa misura, ad esempio, limita la fatturazione delle posizioni per la consultazione di base per tutti i medici a 20 minuti, portati a 30 minuti nel caso di bambini e persone anziane. I fornitori di prestazioni, d'intesa con gli assicuratori, possono aumentare tali limitazioni a 30 minuti anche per altri pazienti particolarmente bisognosi di cure. Oltre a questa posizione per la consultazione di base, i fornitori di prestazioni possono fatturare, ad esempio, posizioni per esami, accertamenti e consulenze. Di conseguenza, non si può sostenere che la fatturazione o il trattamento sono limitati a 20 minuti.

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

La possibilità di fatturare queste posizioni tariffali dovrà essere limitata con varie modifiche. La modifica prevede l'introduzione di una posizione tariffale separata per ogni possibile prestazione in assenza del paziente (p. es. studio degli atti, informazioni presso terzi), al fine di chiarire esattamente l'attività svolta dal fornitore di prestazioni. Questo ampliamento delle posizioni tariffali aumenta la trasparenza e la possibilità di controllo soprattutto per la persona assicurata e riduce l'incentivo del fornitore di prestazioni a fatturare questa posizione tariffale senza riflettere. Le limitazioni previste oggi per queste posizioni tariffali vengono dimezzate da 60 a 30 minuti per trimestre, per contrastare il forte aumento quantitativo di queste prestazioni verificatosi negli ultimi anni. Questa misura è in linea di massima mantenuta. Secondo i pareri emersi dalla procedura di consultazione, tuttavia, bisogna allentare le limitazioni per singoli gruppi di pazienti, in particolare per i bambini di età inferiore ai 6 anni e per le persone ultrasettantacinquenni che, per esperienza, sono più bisognosi di cure. Per tali pazienti dunque la limitazione resta a 60 minuti per trimestre. Per altri pazienti, come quelli affetti da malattie tumorali complesse, le limitazioni possono essere raddoppiate d'intesa con gli assicuratori.

Per il trattamento di persone affette da malattie mentali i valori della limitazione della prestazione in assenza del paziente restano quelli iniziali, ossia 180 minuti ogni 3 mesi o 240 minuti ogni 6 mesi.

- Supplementi per inconvenienza-urgenza per istituti secondo l'articolo 36a LAMal

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

Maggiori informazioni:

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

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.