



## Misure di contenimento dei costi – pacchetto 1: panoramica

Data: 21.08.2019

Il 28 marzo 2018 il Consiglio federale ha adottato un programma di contenimento dei costi basato sulle misure proposte in un rapporto di esperti internazionali. L'evoluzione quantitativa delle prestazioni ingiustificata sotto il profilo medico e l'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) vanno frenati. Il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di verificare le nuove misure in due tappe e di attuarle sotto forma di due pacchetti distinti, il primo entro l'autunno del 2018 e il secondo entro la fine del 2019. Il 21 agosto 2019 il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente il primo pacchetto di misure. Le nuove misure richiamano tutti gli attori del settore sanitario alle loro responsabilità, conferendo loro ulteriori strumenti per contenere i costi dell'AOMS.

### **1. Articolo sulla sperimentazione – M02<sup>1</sup>**

---

Un articolo sulla sperimentazione sarà introdotto per permettere ai Cantoni e ai partner tariffali di svolgere progetti pilota innovativi di contenimento dei costi al di fuori del quadro della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Sono ad esempio ipotizzabili progetti pilota concernenti nuovi modelli assicurativi o l'ambito delle cure integrate. I progetti saranno limitati nei loro obiettivi, nella durata e nell'applicazione territoriale. Il Consiglio federale disciplinerà la procedura, le condizioni d'ammissione, la valutazione e il seguito dei progetti. La disposizione presentata creerà così la base legale necessaria affinché tali progetti pilota possano essere attuati nel quadro della LAMal.

### **2. Organizzazione nazionale delle tariffe – M34**

---

Analogamente al settore stazionario, i partner tariffali saranno tenuti per legge (art. 47a LAMal) a istituire un'organizzazione nazionale delle tariffe competente per le strutture tariffali per le prestazioni mediche ambulatoriali. L'istituzione di una simile organizzazione, in cui i partner tariffali dovranno essere equamente rappresentati, permetterà di rafforzare il partenariato per risolvere le situazioni di stallo nel settore ambulatoriale, come ad esempio quella venutasi a creare per la struttura tariffale TARMED. Sono inoltre attesi miglioramenti dell'efficienza grazie all'aggiornamento delle strutture tariffali. I partner tariffali avranno due anni di tempo per istituire l'organizzazione delle tariffe dopodiché, in caso d'insuccesso, sarà il Consiglio federale ad istituirne una d'autorità.

I fornitori di prestazioni saranno tenuti a fornire gratuitamente all'organizzazione i dati di cui ha bisogno per svolgere i propri compiti. Su richiesta dell'organizzazione, il DFI, in qualità di dipartimento competente, potrà ammonire o multare i fornitori di prestazioni inadempienti.

---

<sup>1</sup> Abbreviazione per le misure numerate proposte nel rapporto di esperti «Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)».

### **3. Mantenere la struttura tariffale aggiornata – M25**

---

Per mantenere aggiornata la struttura tariffale, i partner tariffali e l'organizzazione delle tariffe proposta (cfr. M34) saranno tenuti per legge a fornire gratuitamente, su richiesta, al Consiglio federale o ai governi cantonali competenti i dati necessari alla fissazione, all'adeguamento e all'approvazione delle tariffe e dei prezzi. Questa misura dovrebbe contribuire a limitare l'evoluzione quantitativa delle prestazioni mediche negli studi medici e negli ambulatori ospedalieri a un livello necessario sotto il profilo medico. In caso di violazione dell'obbligo di comunicazione dei dati, il DFI in qualità di dipartimento competente o il governo cantonale competente potranno imporre sanzioni.

### **4. Promuovere importi forfettari nel settore ambulatoriale – M15**

---

In futuro le tariffe forfettarie per paziente riferite alle cure ambulatoriali dovranno basarsi su una struttura tariffale uniforme stabilita per convenzione a livello nazionale, come già avviene per le tariffe per singola prestazione. Con l'obbligo di una struttura tariffale uniforme valida in tutta la Svizzera, le competenze sussidiarie del Consiglio federale saranno estese alle strutture tariffali per le tariffe forfettarie per paziente. L'approvazione di tali strutture nazionali sarà di competenza del Consiglio federale. Sarà così la nuova organizzazione delle tariffe a gestire le strutture tariffali forfettarie per paziente e quelle per singola prestazione. Il Consiglio federale potrà adeguare, a titolo sussidiario, queste strutture tariffali se le parti alla convenzione non si accorderanno su un loro aggiornamento. Se i partner tariffali non trovano alcun accordo, il Consiglio federale potrà stabilire l'intera struttura tariffale. Per determinate tariffe forfettarie, il Consiglio federale potrà prevedere deroghe alla necessità di uniformità.

### **5. Misure dei partner tariffali concernenti la gestione dei costi**

---

Nei settori in cui devono concordare tariffe e prezzi, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, o le rispettive federazioni, saranno tenuti per legge a stabilire, in convenzioni tariffali valedici per tutta la Svizzera, misure di gestione dei costi. L'obiettivo è di correggere un'evoluzione quantitativa delle prestazioni e un aumento dei costi ingiustificati. Per essere valide, tali convenzioni dovranno essere approvate dal Consiglio federale.

Se entro due anni non dovesse essere raggiunto alcun accordo, le misure saranno stabilite dal Consiglio federale. Su richiesta, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori forniranno al Consiglio federale le informazioni necessarie per la fissazione delle misure. In caso d'inadempienza il DFI, in qualità di dipartimento competente, potrà imporre sanzioni. Il Consiglio federale potrà limitare i settori in cui devono essere concordate tali misure.

### **6. Sistema di prezzi di riferimento per i medicinali – M22**

---

I prezzi dei generici in Svizzera superano di più del doppio quelli nei Paesi europei di riferimento. Per questo motivo verrà introdotto un sistema di prezzi di riferimento<sup>2</sup> per i medicinali con brevetto scaduto. Se nell'elenco delle specialità figurano almeno tre medicinali con il medesimo principio attivo, per quest'ultimo sarà fissato un prezzo di riferimento, ossia il prezzo massimo remunerato dall'AOMS. Un eventuale importo che supera il prezzo di riferimento sarà a carico degli assicurati.

Il sistema di prezzi di riferimento è stato impostato in base al modello con sconto.

---

<sup>2</sup> Vedi scheda informativa Sistema di prezzi di riferimento:

[www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html](http://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html)

Quest'ultimo si ricollega principalmente al meccanismo del confronto con i prezzi praticati all'estero usato per la fissazione dei prezzi dei generici, compresa la deduzione di adeguate differenze di prezzo. L'introduzione del sistema di prezzi di riferimento incoraggia una maggiore dispensazione di generici e di preparati originali con brevetto scaduto.

## **7. Copia della fattura agli assicurati**

---

I fornitori di prestazioni saranno tenuti per legge (e non solo in virtù di un'ordinanza, come finora) a fornire agli assicurati, per ogni trattamento, una copia della fattura. Le copie delle fatture potranno essere trasmesse anche elettronicamente. Questa misura permetterà agli assicurati di verificare le loro fatture, rafforzando la loro consapevolezza in materia di costi. I fornitori di prestazioni che non rispetteranno questa regolamentazione potranno essere sanzionati secondo l'articolo 59 LAMal. Il Consiglio federale potrà prevedere la possibilità di trasmettere la copia della fattura all'assicurato anche in altro modo (p. es. attraverso gli assicuratori).

## **8. Importo massimo della multa secondo l'articolo 59 capoverso 1 lettera c LAMal**

---

L'articolo 59 capoverso 1 LAMal contiene un elenco esaustivo di sanzioni che possono essere inflitte ai fornitori di prestazioni che violano le condizioni legali o clausole contrattuali relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni nonché alla fatturazione. La legge stabilisce la possibilità di infliggere una multa fino a 20 000 franchi nei confronti dei fornitori di prestazioni inadempienti.

## **9. Diritto di ricorso degli assicuratori contro le decisioni dei governi cantonali in relazione alla pianificazione e agli elenchi degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura**

---

Le associazioni di assicuratori dovrebbero ottenere il diritto di ricorso contro le decisioni dei governi cantonali in relazione alla pianificazione e agli elenchi degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura. Il diritto di ricorso sarà esteso a tali associazioni per legge (art. 39 LAMal). In tal modo s'intende evitare un'offerta eccedentaria costosa, oltre a sgravare gli assicurati e i contribuenti. Finora il diritto di ricorso era riconosciuto unicamente ai fornitori di prestazioni coinvolti nella pianificazione.

## **Misure nelle leggi sull'assicurazione contro gli infortuni, sull'assicurazione militare e sull'assicurazione per l'invalidità**

---

In seguito agli adeguamenti della LAMal sono previsti adeguamenti analoghi nelle leggi sull'assicurazione contro gli infortuni, sull'assicurazione militare e sull'assicurazione per l'invalidità.