

Monitoraggio

Allegato D alla Convenzione tariffale

Valido dal 1° gennaio 2027

Stato: Approvato dal gruppo di esperti addetti al monitoraggio (GE-M) il 23 gennaio 2026, approvato dal Consiglio di amministrazione della OTMA SA il 17 aprile 2026, non approvato dal Consiglio federale.

Non approvato

Parte introduttiva

- ¹ Ai sensi della parte IX della convenzione tariffale, il presente allegato disciplina l'istituzione di un gruppo di esperti di monitoraggio (GEM) e il monitoraggio a tempo indeterminato di costi riferiti alle prestazioni
 - della tariffa forfettaria medica ambulatoriale per paziente (allegato B, punto 6.1);
 - della tariffa medica ambulatoriale per singola prestazione (allegato B, punto 6.2);
 - di ulteriori tariffe mediche ambulatoriali (allegato B, punto 6.3);
 - di ulteriori tariffe.
- ² Il monitoraggio comprende unicamente prestazioni a carico dell'AOMS.

1. Gruppo di esperti monitoraggio

1.1. Creazione del gruppo di esperti monitoraggio

- ¹ Entro breve tempo dall'approvazione della presente convenzione tariffale da parte del Consiglio federale, sotto l'egida dell'OTMA, le parti contraenti nominano un gruppo di esperti monitoraggio.
- ² Tale gruppo di esperti monitoraggio deve tener conto in egual misura degli interessi dei fornitori di prestazioni e di quelli degli assicuratori. Nel gruppo di esperti monitoraggio gli enti finanziatori e i fornitori di prestazioni sono rappresentati in modo paritetico.

1.2. Compiti e competenze

- ¹ Il gruppo di esperti monitoraggio ha esclusivamente i seguenti compiti e competenze:
 - il gruppo di esperti monitoraggio accompagna i lavori dell'OTMA ed eventualmente del terzo incaricato e mette a disposizione una persona di riferimento a livello tecnico.
 - Il gruppo di esperti monitoraggio assieme alla segreteria dell'OTMA disciplina le modalità del rilevamento dei dati.
 - All'occorrenza, il gruppo di esperti monitoraggio per l'elaborazione dei dati propone alla segreteria dell'OTMA terzi adeguati.
 - Il gruppo di esperti monitoraggio può avanzare richieste per la delimitazione di prestazioni che non confluiscono nel monitoraggio delle prestazioni mediche ambulatoriali o nel monitoraggio di tutte le prestazioni ambulatoriali.
 - Il gruppo di esperti monitoraggio può completare le unità di misurazione per prestazioni mediche ambulatoriali nel campo di applicazione del TARDOC e dei forfait ambulatoriali (punto 5.4) e l'elenco dei criteri di differenziazione (punto 5.3).
 - Il gruppo di esperti monitoraggio ha la competenza di esprimere raccomandazioni su come l'external factor debba essere continuato o sostituito dopo la fase di correzione.

2. Mansioni OTMA

- ¹ Le parti contraenti s'impegnano a incaricare la segreteria dell'OTMA della rilevazione dei dati (compreso il regolamento per la rilevazione dei dati e la stipulazione di convenzioni con gli assicuratori o terzi che agiscono su mandato degli assicuratori), dell'elaborazione e dell'analisi dei dati.
- ² Per l'adempimento dei mandati ai sensi del capoverso 1, la segreteria dell'OTMA ha il diritto di coinvolgere dei terzi.

3. Fornitura ed elaborazione dei dati

- ¹ Gli assicuratori sono tenuti a fornire i dati necessari per il monitoraggio e a stipulare una convenzione con l'OTMA o a conferire il mandato di fornitura dei dati a un terzo che agisce su mandato degli assicuratori e a incaricare il terzo di stipulare una convenzione con l'OTMA.
- ² I fornitori di prestazioni sono tenuti a fornire i dati necessari al monitoraggio e di stipulare una convenzione con l'OTMA, nella misura in cui l'OTMA considera necessaria una fornitura di dati da parte dei fornitori di prestazioni.
- ³ La convenzione stipulata tra l'OTMA e gli assicuratori o il terzo incaricato dagli assicuratori e tra l'OTMA e i fornitori di prestazioni disciplina la fornitura e lo scopo dell'utilizzo dei dati necessari. Onde evitare rilevamenti plurimi di dati, le parti contraenti permettono alla segreteria dell'OTMA di estendere lo scopo dell'utilizzo dei dati rilevati ad altri scopi, in particolare alla manutenzione e allo sviluppo ulteriore delle strutture tariffali.
- ⁴ Le parti contraenti s'impegnano a incaricare la segreteria dell'OTMA, in accordo con il gruppo di esperti monitoraggio, di disciplinare all'interno di un regolamento le modalità concernenti l'estensione, il momento, il formato dei dati, la sollecitazione in caso di scadenza del termine ecc. e di pubblicare tale regolamento.
- ⁵ Le parti contraenti s'impegnano a incaricare la segreteria dell'OTMA di evitare forniture ridondanti di dati e, a pari qualità di dati, di preferire la fornitura dei dati da parte di un terzo che agisce su mandato degli assicuratori a una fornitura diretta dei dati da parte degli assicuratori.
- ⁶ Le parti contraenti s'impegnano a incaricare la segreteria dell'OTMA di allestire il regolamento per il primo rilevamento dei dati il prima possibile dopo l'approvazione della presente convenzione tariffale da parte del Consiglio federale e di pubblicarlo.

4. Definizioni statistiche

4.1. Unità statistica

- ¹ Quale unità statistica è considerata la persona (assicurata AOMS).

4.2. Collettività

- ¹ La collettività è composta da tutti gli assicurati AOMS con domicilio in Svizzera.

4.3. Periodi di riferimento

- ¹ Quale periodo di riferimento viene stabilito l'anno civile.

4.4. Riferimento temporale

- ¹ Il monitoraggio si basa sulla data della fornitura di prestazioni.

4.5. Durata e periodicità

- ¹ Il monitoraggio viene effettuato dall'anno civile 2018.
- ² Il monitoraggio viene effettuato a tempo indeterminato.
- ³ Il monitoraggio viene effettuato per ogni periodo di riferimento.

4.6. Campione

- ¹ Per svolgere il monitoraggio non è necessario un rilevamento completo. Il monitoraggio può essere effettuato sulla base di un campione selezionato (ingl. convenience sample).
- ² Se il monitoraggio viene effettuato sulla base di un campione selezionato, la somma dei dati impiegati deve coprire in maniera abbastanza rappresentativa la collettività.

4.7. Stratificazione e ponderazione

- ¹ Per contrastare una selettività del campione, esso viene aggiustato.
- ² La collettività viene ripartita negli strati dei gruppi di età, del sesso e della grande regione del luogo di domicilio.
- ³ Per ogni strato viene calcolata una ponderazione del campione, dividendo all'interno di ogni strato la grandezza della collettività per la grandezza del campione.
- ⁴ Come da prassi corrente, in seguito viene effettuata una ponderazione del campione per permettere conclusioni significative sulla collettività.

5. Unità di misurazione

5.1. Partizione dei dati di fatturazione in cure ambulatoriali

- ¹ Sulla base delle definizioni contenute nell'allegato B, i dati ambulatoriali riferiti alle prestazioni vengono raggruppati in cure ambulatoriali. Per ogni assicurato viene determinato il numero di cure ambulatoriali.

5.2. Classificazione delle cure ambulatoriali

- ¹ Mediante la classificazione dapprima vengono separate le cure mediche ambulatoriali da altre cure ambulatoriali. In seguito, per ogni cura medica ambulatoriale viene definito se quest'ultima si situa nel campo di applicazione della tariffa forfettaria per paziente, della tariffa per singola prestazione o di un'altra tariffa medica ambulatoriale (cfr. Allegato B, punto 6).

5.3. Differenziazione delle unità di misurazione

- ¹ Tutte le unità di misurazione elencate al punto 5.4 vengono raffigurate
 - sia separatamente per il settore studi medici e il settore ambulatoriale sia aggregate;

- sia a livello del settore studi medici separatamente per assistenza medica di base e assistenza specialistica conformemente alla definizione nell'allegato E sia aggregate;
- sia a livello nazionale sia secondo grandi regioni;
- sia separatamente secondo il sesso sia aggregate;
- sia secondo gruppi di età sia aggregate;
- con e senza aggiustamento del rischio ai sensi del punto 7.2 Aggiustamento del rischio;
- con e senza delimitazione delle prestazioni e modifiche dei prezzi ai sensi del punto 6 Delimitazione di prestazioni e modifiche dei prezzi;
- con e senza tener conto dei fattori esterni (external factor) ai sensi dell'allegato E.

² Per la differenziazione a livello regionale, ci si basa sulle sette grandi regioni ai sensi dell'Ufficio federale di statistica: Regione del lago Lemano, Espace Mittelland, Svizzera nord-occidentale, Zurigo, Svizzera orientale, Svizzera centrale e Ticino. Per l'attribuzione è determinante il Cantone di sede del fornitore di prestazioni.

5.4. Unità di misurazione per prestazioni mediche ambulatoriali

- ¹ Prestazioni mediche ambulatoriali (somma delle unità di misurazione corrispondenti secondo le marginali 2, 3 e 4 qui di seguito)
 - costi lordi;
 - numero di cure ambulatoriali.
- ² tariffa forfettaria per paziente (cure ambulatoriali ai sensi dell'allegato B, punto 6.1)
 - costi lordi di tutte le prestazioni (estensione della prestazione della cura ambulatoriale ai sensi dell'allegato B);
 - costi lordi delle prestazioni su base forfettaria (estensione della prestazione della posizione tariffale della tariffa forfettaria per paziente);
 - numero di cure ambulatoriali;
 - numero di punti;
 - prezzo.
- ³ Tariffa per singola prestazione (cure ambulatoriali ai sensi dell'allegato B, punto 6.2)
 - costi lordi di tutte le prestazioni (estensione della prestazione della cura ambulatoriale ai sensi dell'allegato B);
 - costi lordi delle prestazioni mediche (estensione della prestazione della posizione tariffale della tariffa forfettaria per prestazione singola);
 - numero di cure ambulatoriali;
 - numero di punti;
 - prezzo.
- ⁴ Ulteriori prestazioni mediche ambulatoriali (cure ambulatoriali ai sensi dell'allegato B, punto 6.3)
 - costi lordi;
 - numero di cure ambulatoriali.

5.5. Unità di misurazione a titolo di paragone

- ¹ Per valutare lo sviluppo dei costi si considerano ulteriori unità di misurazione relative a prestazioni ambulatoriali non mediche e prestazioni stazionarie.
- ² Fisioterapia
 - costi lordi.
- ³ Cure ambulatoriali: Spitex e infermieri ambulatoriali
 - costi lordi.
- ⁴ Ulteriori settori ambulatoriali: medicina dentaria, chiropratica, levatrici, ergoterapia, logopedia, consulenza alimentare, trasporto e soccorso ecc.
 - costi lordi.
- ⁵ Prestazioni stazionarie
 - costi lordi SwissDRG;
 - costi lordi ST Reha;
 - costi lordi TARPSY.

6. Delimitazione di prestazioni e modifiche dei prezzi

- ¹ Affinché eventuali sviluppi futuri dell'obbligo di prestazioni non pregiudichino la significatività del monitoraggio, le prestazioni seguenti vengono delimitate e monitorate separatamente e viene tenuto conto delle modifiche dei prezzi.

6.1. Modifiche nell'obbligo di prestazioni

- ¹ Le seguenti prestazioni non confluiscono nel monitoraggio delle prestazioni mediche ambulatoriali per la formazione di una serie temporale consistente:
 - Psicoterapia psicologica
- ² Le prestazioni dei seguenti fornitori di prestazioni non confluiscono nel monitoraggio di tutte le prestazioni ambulatoriali per la formazione di una serie temporale consistente:
 - Podologia
 - Psicoterapisti psicologici
- ³ In caso di adeguamenti dell'obbligo di prestazioni secondo l'OPre, la segreteria dell'OTMA verifica la delimitazione di prestazioni e su richiesta del gruppo di esperti monitoraggio può delimitare ulteriori prestazioni e monitorarle separatamente.

6.2. Prestazioni a carico di terzi

- ¹ Le prestazioni contenute nei dati di fatturazione, che tuttavia vengono remunerate da terzi (ad es. Confederazione), vanno monitorate separatamente.

6.3. Modifiche dei prezzi

- ¹ L'evoluzione dei costi delle prestazioni TARMED viene adeguata tramite eventuali modifiche dei prezzi (valore del punto VP). A tale scopo il VP dell'anno di base (2025) viene applicato ai volumi del punto degli anni 2018 a 2024.
- ² Lo sviluppo dei costi per le prestazioni nel campo di applicazione della tariffa per singola prestazione e della tariffa forfettaria per paziente viene adeguato con eventuali modifiche di prezzo (valore del punto VP). A tale scopo il VP di partenza dell'anno di base (2026) viene applicato ai volumi del punto degli anni successivi.

7. Formazione di unità di misurazione

7.1. Aggregazione a valori medi

- ¹ Le unità di misurazione vengono formate dall'aggregazione dei valori medi aritmetici tenendo conto delle ponderazioni dei campioni.
- ² Tutte le unità di misurazione vanno interpretate quali valori medi per persona assicurata.

7.2. Aggiustamento del rischio

- ¹ Nell'anno di base 2025, mediante l'aggiustamento del rischio, viene tenuta costante la struttura della popolazione e della morbilità.
- ² L'aggiustamento del rischio viene effettuato con le seguenti caratteristiche:
 - Demografia: Gruppi di età (definizione come da pool di dati della SASIS SA), sesso (m/f);
 - Comportamento del paziente e copertura assicurativa: Franchigia annua (elevata/bassa), copertura infortuni (sì/no), la persona ha avuto almeno una consultazione medica durante il periodo di riferimento (sì/no), la persona si è sottoposta ad almeno un trattamento d'urgenza ambulatoriale ospedaliero durante il periodo di riferimento (sì/no);
 - Indicatori della morbilità ai sensi della compensazione dei rischi: degenza ospedaliera l'anno precedente (sì/no), l'anno precedente (sì/no) [dati degli anni 2018 e 2019], 36 indicatori per gruppi di costi farmaceutici (PCG) (sì/no) [dati dall'anno 2020 in avanti];
 - Indicatore/i per pazienti che hanno subito un intervento chirurgico presente sull'elenco «ambulatoriale prima di stazionario» (APS).
- ³ Se tale aggiustamento del rischio porta a risultati evidentemente insostenibili, in chiaro contrasto con la situazione effettiva, spetta al Consiglio d'amministrazione dell'OTMA, nel concetto tecnico ai sensi del punto 3, ampliare l'aggiustamento del rischio con le caratteristiche necessarie.
- ⁴ L'aggiustamento del rischio avviene mediante Entropy Balancing (Hainmüller 2018).