

Neutralità dei costi dinamica

Allegato E 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.

Preambolo

- ¹ Il presente allegato disciplina, secondo la sezione IX cifra 2 della convenzione tariffale, la neutralità dei costi dinamica ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal a partire dall'entrata in vigore delle strutture tariffarie sulla tariffa medica ambulatoriale per singola prestazione e la tariffa medica ambulatoriale forfettaria per paziente.
- ² L'introduzione delle strutture tariffarie sulla tariffa medica ambulatoriale per singola prestazione e la tariffa medica ambulatoriale forfettaria per paziente è considerata neutrale dal punto di vista dei costi se, durante la fase di neutralità dei costi, i valori dell'indice concordati a livello nazionale rimangono al di sotto del limite superiore rispettivamente al di sopra del limite inferiore dei valori dell'indice.
- ³ Se il valore dell'indice calcolato risulta essere al di sopra del limite superiore rispettivamente al di sotto del limite inferiore, le parti contraenti garantiscono che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori attuino le misure definite nel presente allegato.
- ⁴ Secondo quanto previsto dall'allegato D, per determinare la necessità di intervenire si ricorre a parametri relativi all'intero settore medico ambulatoriale a livello nazionale. L'entità della misura viene stabilita a livello delle grandi regioni (livello regionale) e in modo differenziato per categoria di fornitori di prestazioni e per categoria di assistenza - nella misura in cui i criteri di cui alle cifre 5.2 e 5.6 5 siano soddisfatti.
- ⁵ I parametri per valutare se gli indici si attestano su valori superiori al limite della banda di oscillazione, nonché per la determinazione delle relative misure vengono depurati mediante un aggiustamento del rischio secondo quanto previsto dall'allegato D. Le parti contraenti si impegnano a non effettuare alcun ulteriore aggiustamento del rischio nell'ambito del concetto per la neutralità dei costi e a calcolare un'eventuale compensazione sulla base dei parametri definiti nell'allegato D.
- ⁶ Le misure determinate matematicamente costituiscono parte integrante della struttura tariffaria e sono giuridicamente vincolanti per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono tenuti ad attuare le misure.

1. Inizio e fine delle varie fasi

1.1. Fase della neutralità dei costi

- ¹ La fase di neutralità dei costi comprenderà, come minimo, gli anni di prestazioni 2026, 2027 e 2028.
- ² Una volta terminato il periodo di durata minima, la neutralità dei costi dinamica verrà portata avanti finché il Consiglio federale non vi porrà fine. Ciò avverrà quando saranno state soddisfatte le condizioni indicate dal Consiglio federale stesso:
 - a. approvazione da parte del Consiglio federale e introduzione di una tariffa forfettaria per paziente che comprenda almeno il 34% delle prestazioni lorde (corrisponde alla versione 0.3). Le prestazioni lorde rilevanti (100%) comprendono le prestazioni fatturate nell'anno in questione secondo i forfait per paziente e la TARDOC, ivi inclusi i farmaci somministrati, i materiali di consumo e gli impianti, nonché le analisi fatturate o prescritte da medici/ambulatori ospedalieri;
 - b. attuazione nell'ambito della OTMA dei seguenti concetti concernenti la TARDOC secondo il rapporto di perizia dell'UFSP:

- o rilevazione dei minutaggi, delle ore di lavoro e della produttività;
 - o adeguamento del reddito di riferimento;
 - o considerazione dell'economicità per quanto concerne i tempi di esercizio delle unità funzionali utilizzati nel modello di costi KOREG;
 - o determinazione empirica dell'aliquota SUK (aliquota dei costi per i materiali e degli oneri ripartiti);
- c. approvazione da parte del Consiglio federale di una convenzione per il monitoraggio a lungo termine dei costi secondo l'articolo 47c LAMal.

1.2. Fase di misurazione

- ¹ La fase di misurazione inizia con l'anno di prestazioni 2025 e termina con la fase di neutralità dei costi.

1.3. Fase di compensazione

- ¹ La fase di compensazione inizia con l'anno di prestazioni 2028 e termina due anni dopo la fase di neutralità dei costi.

2. Limite superiore e inferiore dei valori dell'indice

2.1. Limite superiore

- ¹ Il limite superiore e inferiore dei valori dell'indice viene stabilito sulla base di un tasso di crescita annuale consentito dell'1,5%.
- ² Valore dell'indice dell'anno di riferimento 2025 = 100.0.
- ³ Limite superiore 2026 = 101.5;
- ⁴ Limite superiore 2027 = 103.0;
- ⁵ Limite superiore 2028 = 104.5;
- ⁶ Il limite superiore per gli anni successivi aumenta di volta in volta di 1,5 punti percentuali.

2.2. Limite inferiore

- ¹ Il limite inferiore dei valori dell'indice per gli anni dal 2025 al 2028 viene stabilito sulla base di un tasso di crescita annuale consentito pari al -1%.
- ² Valore dell'indice dell'anno di riferimento 2025 = 100.0.
- ³ Limite inferiore 2026 = 99.0;
- ⁴ Limite inferiore 2027 = 98.0;
- ⁵ Limite inferiore 2028 = 97.0;

- ⁶ Il limite inferiore per gli anni a partire dal 2029 diminuisce di volta in volta di 1,0 punto percentuale.

3. Parametri utilizzati e considerazione dell'aggiustamento del rischio

- ¹ Vengono utilizzati i parametri definiti secondo l'allegato D per tutte le prestazioni mediche ambulatoriali a livello nazionale e regionale.
- ² Per valutare se il limite superiore del corridoio è stato superato al rialzo, nonché l'eventuale necessità di adottare misure, si utilizzano i parametri dopo l'aggiustamento del rischio e senza prendere in considerazione l'External Factor.
- ³ Per valutare se il limite inferiore del corridoio è stato superato al ribasso, nonché l'eventuale necessità di adottare misure, si utilizzano i parametri dopo l'aggiustamento del rischio e senza prendere in considerazione l'External Factor.

4. Necessità di misure

- ¹ Per ogni anno di prestazioni, durante la fase di misurazione viene calcolato un valore dell'indice per il parametro «costi medi per ogni persona assicurata - tutte le prestazioni mediche ambulatoriali» con valore dell'indice 100.0 per l'anno 2025.
- ² Se per un anno di prestazioni il valore dell'indice a livello nazionale si colloca tra il limite superiore e il limite inferiore del valore dell'indice, per l'anno di prestazioni in questione non vengono adottate misure.
- ³ *Se il valore dell'indice a livello nazionale si colloca sopra il limite superiore del valore dell'indice, per l'anno di prestazioni in questione vengono determinati valori indice regionali (grandi regioni) e - nella misura in cui i criteri di cui alla cifra 5.2 siano soddisfatti - settoriali (settori ambulatoriale ospedaliero e ambulatoriale degli studi medici) rispettivamente i valori indice categoriali (categorie di assistenza nel settore ambulatoriale degli studi medici) secondo la cifra 5.2 e relativi fattori di compensazione ed External Factor secondo le cifre 5.3, 5.4 e 5.5.*
- ⁴ *Se il valore dell'indice a livello nazionale si colloca al di sotto del limite inferiore del valore dell'indice, per l'anno di prestazioni in questione vengono determinati valori indice regionali (grandi regioni) e - nella misura in cui i criteri di cui alla cifra 5.6 siano soddisfatti - settoriali (settori ambulatoriale ospedaliero e ambulatoriale degli studi medici) rispettivamente i valori indice categoriali (categorie di assistenza nel settore ambulatoriale degli studi medici) secondo la cifra 5.6 e relativi fattori di compensazione ed External Factor secondo le cifre 5.7, 5.8 e 5.9.*

5. Estensione della misura

5.1. Determinazione dei valori dell'indice a livello regionale e valori dell'indice settoriali

- ¹ Per la modalità di osservazione regionale, ci si basa sulle sette grandi regioni definite dall'Ufficio federale di statistica (cfr. allegato D cifra 5.3).

- ² Per la modalità di osservazione settoriale, si fa distinzione tra le due categorie di fornitori di prestazioni «settore ambulatoriale ospedaliero» e «settore degli studi medici». Per l'individuazione della categoria di fornitori di prestazioni ci si basa sull'assegnazione secondo il Registro dei codici creditori della SASIS AG.
- ³ Per la modalità di osservazione categoriale, si fa distinzione tra le due categorie di assistenza «assistenza di base» e «assistenza specializzata». Per l'identificazione della categoria di assistenza ci si basa sui titoli di medico specialista e di perfezionamento professionale indicati nella convenzione accompagnatoria secondo il Registro delle professioni mediche MedReg.
- ⁴ Per gli anni di prestazioni individuati alla cifra 4, vengono calcolati valori dell'indice per il parametro «costi medi per ogni persona assicurata - tutte le prestazioni mediche ambulatoriali» per tutte le grandi regioni con valore dell'indice 100.0 per l'anno 2025.

5.2. Limite superiore dei valori dell'indice

- ¹ Se il valore dell'indice per un anno di prestazioni e una grande regione si colloca al di sotto del limite superiore del valore dell'indice dell'anno di prestazioni, per l'anno di prestazioni e la grande regione in questione non vengono adottate misure.
- ² Se il valore dell'indice per un anno di prestazioni e una grande regione si colloca al di sopra del limite superiore del valore dell'indice, per l'anno di prestazioni e la grande regione in questione vengono determinati i tassi di crescita degli indici settoriali.
- ³ Se i tassi di crescita annuali degli indici settoriali divergono di 1.5 punti indice o di un valore inferiore, vengono determinati i fattori di compensazione unitari secondo la cifra 5.3 e vengono adottate misure uniformi all'interno della grande regione.
- ⁴ Se i tassi di crescita annuali degli indici settoriali divergono di 1.5 punti indice o di un valore superiore, vengono determinati per il relativo anno di prestazioni e il settore ambulatoriale studi medici all'interno della grande regione i tassi di crescita degli indici categoriali.
- ⁵ Se i tassi di crescita annuali degli indici categoriali divergono di 1 punto indice o di un valore inferiore, vengono determinati i fattori di compensazione settoriali secondo la cifra 5.4 e vengono adottate misure uniformi all'interno della grande regione.
- ⁶ Se i tassi di crescita annuali degli indici categoriali divergono di più di 1 punto indice, vengono determinati fattori di compensazione categoriali secondo la cifra 5.5 e vengono adottate misure categoriali.

5.3. Limite superiore dei valori dell'indice: fattore di compensazione unitario ed External Factor unitario

- ¹ Il fattore di compensazione unitario all'interno di una grande regione viene stabilito mediante la seguente formula:

$$= \text{Fattore di compensazione}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} = 100 -$$

$$\text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazioni}-2)\text{Grande regione}}$$

- ² L'External Factor unitario di un anno di prestazioni all'interno di una grande regione viene stabilito nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{External Factor}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore}} \\ &= \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazioni}-2) \text{ Grande regione}}}{100} \end{aligned}$$

5.4. Limite superiore dei valori dell'indice: fattore di compensazione settoriale ed External Factor settoriale

- ¹ Il fattore di compensazione settoriale all'interno di una grande regione viene stabilito mediante la seguente formula:

$$\begin{aligned} & \text{Fattore di compensazione}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore}} \\ &= \text{MAX}(\text{Valore indice}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} \\ & \quad - \text{Limite superiore Valore indice}_{\text{Anno di prestazioni, 0}}) \end{aligned}$$

- ² Gli External Factor settoriale di un anno di prestazioni all'interno di una grande regione vengono stabiliti nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{External Factor}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} \\ &= \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazioni}-2) \text{ Grande regione}}}{100} \end{aligned}$$

5.5 Limite superiore dei valori dell'indice: fattori di compensazione ed External Factor categoriali

- ¹ I fattori di compensazione categoriali nel settore ambulatoriale degli studi medici di una grande regione vengono stabiliti mediante la seguente formula:

$$\begin{aligned} & \text{Fattore di compensazione}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}} \\ &= \text{MAX}(\text{Valore indice}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}} \\ & \quad - \text{Limite superiore Valore indice}_{\text{Anno di prestazioni, 0}}) \end{aligned}$$

- ² Gli External Factor categoriali di un anno di prestazioni nel settore ambulatoriale degli studi medici di una grande regione vengono stabiliti nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{External Factor}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}} \\ &= \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazione}-2) \text{ Grande regione Settore Categoria}}}{100} \end{aligned}$$

5.6. Limite inferiore dei valori dell'indice

- ¹ Se il valore dell'indice per un anno di prestazioni e una grande regione si colloca al di sopra del limite inferiore del valore dell'indice dell'anno di prestazioni, per l'anno di prestazioni e la grande regione in questione non vengono adottate misure.
- ² Se il valore dell'indice per un anno di prestazioni e una grande regione si colloca al di sotto del limite inferiore del valore dell'indice, per l'anno di prestazioni e la grande regione in questione vengono determinati i tassi di crescita degli indici settoriali.
- ³ Se i tassi di crescita annuali degli indici settoriali divergono di 1.5 punti indice o di un valore inferiore, vengono determinati i fattori di compensazione unitari secondo la cifra 5.7 e vengono adottate misure uniformi all'interno della grande regione.
- ⁴ Se i tassi di crescita annuali degli indici settoriali divergono di 1.5 punti indice o di un valore superiore, vengono determinati per il relativo anno di prestazioni e il settore ambulatoriale studi medici all'interno della grande regione i tassi di crescita degli indici categoriali.
- ⁵ Se i tassi di crescita annuali degli indici categoriali divergono di 1 punto indice o di un valore inferiore, vengono determinati i fattori di compensazione settoriali secondo la cifra 5.8 e vengono adottate misure uniformi all'interno della grande regione.
- ⁶ Se i tassi di crescita annuali degli indici categoriali divergono di più di 1 punto indice, vengono determinati fattori di compensazione categoriali secondo la cifra 5.9 e vengono adottate misure categoriali.

5.7 Limite inferiore dei valori dell'indice: fattore di compensazione unitario ed External Factor unitario

- ¹ Il fattore di compensazione unitario all'interno di una grande regione viene stabilito mediante la seguente formula:

$$\begin{aligned} & \text{Fattore di compensazione}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} \\ &= \text{Valore indice}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} - \text{Limite inferiore valore indice}_{\text{Anno di prestazioni}} \end{aligned}$$

=

- ² L'External Factor unitario di un anno di prestazioni all'interno di una grande regione viene stabilito nel modo seguente:

$$\begin{aligned} & \text{External Factor}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione}} \\ &= \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazioni}-2)\text{Grande regione}}}{100} \end{aligned}$$

5.8 Limite inferiore dei valori dell'indice: fattori di compensazione settoriali ed External Factor settoriali

- ¹ I fattori di compensazione settoriali all'interno di una grande regione vengono stabiliti mediante la seguente formula:

*Fattore di compensazione*_{Anno di prestazioni Grande regione}

= MIN (Valore indice_{Anno di prestazioni Grande regione Settore}

– Limite inferiore Valore indice_{Anno di prestazioni , 0})

- ² Gli External Factor settoriali di un anno di prestazioni all'interno di una grande regione vengono stabiliti nel modo seguente:

$$\text{External Factor}_{(\text{Anno di prestazioni}-2)\text{Grande regione Settore}} = \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{Anno di prestazioni}-2)\text{Grande regione}}}{100}$$

5.9 Limite inferiore dei valori dell'indice: fattori di compensazione categoriali ed External Factor categoriali

- ¹ I fattori di compensazione categoriali nel settore ambulatoriale degli studi medici di una grande regione vengono stabiliti mediante la seguente formula:

Fattori di compensazione_{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}

= MIN(Valore indice_{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}

– Limite inferiore Valore indice_{Anno di prestazioni , 0})

- ² Gli External Factor categoriali di un anno di prestazioni nel settore ambulatoriale degli studi medici di una grande regione vengono stabiliti nel modo seguente:

$$\text{External Factor}_{\text{Anno di prestazioni Grande regione Settore Categoria}} = \frac{100 - \text{Fattore di compensazione}_{(\text{L'Anno di prestazioni}-2)\text{Grande regione Settore Categoria}}}{100}$$

6. Realizzazione

6.1. Principio fondamentale

- ¹ I fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono tenuti ad attuare misure per tutti gli anni di prestazioni, le grandi regioni, i settori coinvolti e le categorie di assistenza secondo quanto previsto alla cifra 5.
- ² Le misure vengono indicate nelle fatture del fornitore di prestazioni mediante l'External Factor (EF).
- ³ L'External Factor si applica alle posizioni tariffarie della tariffa per singola prestazione e di quella forfettaria per paziente.
- ⁴ Nell'anno di introduzione l'External Factor ha un valore di 1.00.
- ⁵ Le misure modulano l'External Factor separatamente in base alle grandi regioni e, nell'ambito dell'osservazione settoriale, in base alla categoria di fornitori di prestazioni.

7. Competenza, processo e termini

- ¹ Le parti contraenti si impegnano a incaricare la segreteria della OTMA di calcolare i valori dell'indice secondo i metodi indicati nel presente allegato. La segreteria della OTMA può delegare tale compito al terzo incaricato secondo l'allegato D cifra 2 capoverso 2.
- ² Le parti contraenti si impegnano a incaricare la segreteria della OTMA di informare entro la fine di agosto i membri del gruppo di esperti "Monitoraggio" in merito agli External Factor da applicare l'anno successivo e alla loro determinazione.
- ³ Con riferimento a eventuali compensazioni da effettuare entro la metà di settembre, le parti contraenti si impegnano a incaricare la segreteria della OTMA di concedere alle parti contraenti la possibilità di prendere visione del calcolo dei fattori di compensazione e della determinazione degli External Factor per l'anno successivo che esse devono applicare. Le parti contraenti hanno il diritto di mettere la documentazione a disposizione degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni operanti nelle grandi regioni in questione, rispettivamente dei soggetti da questi ultimi indicati, affinché ne possano prendere visione. Le parti contraenti garantiscono che gli assicuratori e i fornitori di prestazioni operanti nelle grandi regioni in questione, rispettivamente i soggetti da questi ultimi indicati possano plausibilizzare i risultati e che vengano messe a loro disposizione - solo per lo scopo previsto - le basi di dati e una documentazione sul modo di procedere.
- ⁴ Ciascuna parte contraente può richiedere un calcolo motivato sulla base dei dati da parte di un perito indipendente. I risultati del perito designato congiuntamente dalle parti contraenti devono essere disponibili entro la metà di ottobre. La parte contraente richiedente o le parti contraenti richiedenti si assumono i costi per il perito.
- ⁵ Le parti contraenti, sotto il mantello della OTMA e tenendo in considerazione eventuali risultati discordanti del perito esterno, approvano entro la fine di ottobre gli External Factor da applicare nell'anno successivo. Prima di approvare External Factor positivi, le parti contraenti si accertano che la determinazione degli External Factor non sia riconducibile a effetti correlati a un ritardo nella fatturazione.
- ⁶ Entro la fine di ottobre, le parti contraenti presentano al Consiglio federale per l'approvazione gli External Factor da applicare l'anno successivo già approvati sotto il mantello della OTMA.

8. External Factor dopo la fase di compensazione

- ¹ Per il periodo successivo alla fase di compensazione, le parti contraenti - tenendo in considerazione l'ammontare e le variazioni degli External Factor applicati nel corso del tempo (cfr. cifra 5) - si impegnano ad accordarsi su una delle seguenti opzioni che deve continuare a garantire una struttura tariffaria unitaria per tutta la Svizzera:
 - a) prosecuzione con un External Factor modulato;
 - b) adeguamento dei punti tariffari nell'ambito della normalizzazione ed eliminazione dell'External Factor;
 - c) adeguamento dei valori del punto tariffario ed eliminazione dell'External Factor.
- ² In relazione alle tre varianti sopraindicate, le parti contraenti si impegnano a incaricare la segreteria della OTMA di sottoporre alle parti contraenti una proposta su come procedere, previa consultazione con il gruppo di esperti "Monitoraggio".

- ³ Le parti contraenti si impegnano ad accordarsi, sotto il mantello della OTMA, su una delle tre varianti sopraindicate prima della fine della fase di neutralità dei costi.

Non approvato