

Allegato F: Ufficio di monitoraggio e concetto per il monitoraggio

1. Campo d'applicazione

- ¹ Ai sensi della parte VIII della convenzione sulla struttura tariffale, il presente allegato disciplina l'istituzione di un ufficio di monitoraggio e il monitoraggio a tempo indeterminato di costi riferiti alle prestazioni
 - della struttura tariffale concernente la tariffa per paziente ambulatoriale medica;
 - della struttura tariffale concernente la tariffa per singola prestazione medica ambulatoriale;
 - di ulteriori tariffe.
- ² Il monitoraggio comprende unicamente prestazioni a carico dell'AOMS.

2. Ufficio di monitoraggio

2.1. Istituzione di un ufficio di monitoraggio

- ¹ Al più tardi entro l'entrata in vigore della struttura tariffale le parti contraenti nominano e incaricano un ufficio di monitoraggio per effettuare un monitoraggio a tempo indeterminato ai sensi del presente allegato. Tale ufficio di monitoraggio deve tener conto in egual misura degli interessi dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori.
- ² Entro i medesimi termini, su raccomandazione dell'ufficio di monitoraggio, le parti contraenti incaricano inoltre un terzo idoneo dell'elaborazione dei dati.
- ³ I costi generati per il monitoraggio sono a carico delle parti contraenti in parti uguali.

2.2. Compiti e competenze

- ¹ L'ufficio di monitoraggio ha esclusivamente i seguenti compiti e competenze:
 - l'ufficio di monitoraggio propone alle parti contraenti dei terzi idonei per l'elaborazione dei dati;
 - l'ufficio di monitoraggio accompagna i lavori del terzo incaricato e mette a disposizione una persona di riferimento a livello tecnico/specialistico;
 - l'ufficio di monitoraggio richiede i dati agli assicuratori o può delegare tale mansione al terzo incaricato;
 - l'ufficio di monitoraggio calcola i valori dell'indice ai sensi delle metodologie prestabilite nell'allegato G. Essa può delegare tale mansione al terzo incaricato.
 - Entro il 25 settembre degli anni 2026, 2027 e 2028 l'ufficio di monitoraggio di volta in volta, all'attenzione delle parti contraenti, redige un rapporto concernente misure vincolanti di correzione ai sensi dell'allegato G, che si applicano dal 1° gennaio dell'anno successivo.
- ² Se, sulla base del monitoraggio ai sensi della parte VIII punto 1 cpv. 1 della Convenzione sulla struttura tariffale, di volta in volta nel primo semestre di ogni anno durante la fase triennale di neutralità dei costi per ogni grande regione si delineano delle misure di correzione ai sensi della parte VIII punto 2 cpv. 1, l'ufficio di monitoraggio informa preventivamente i fornitori di prestazioni che violano l'obbligo della neutralità dei costi di

adeguare la propria fornitura di prestazioni. Un'informazione mancante non dispensa però dalle misure di correzione.

3. Fornitura ed elaborazione dei dati ai sensi del concetto

- ¹ Gli assicuratori forniscono i dati necessari per il monitoraggio. Le modalità relative all'estensione, al momento, al formato dei dati, al sollecito in caso di scadenza del termine ecc. sono disciplinate in separata sede in un concetto tecnico.
- ² L'elaborazione dei dati dipende dalle prescrizioni ai sensi del concetto menzionato.
- ³ Le parti contraenti devono allestire il concetto tecnico entro il 31 gennaio 2024.

4. Definizioni statistiche

4.1. Unità statistica

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

4.2. Collettività

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

4.3. Periodi di riferimento

- ¹ Quali periodi di riferimento s'intendono l'anno civile e il trimestre.

4.4. Riferimento temporale

- ¹ Il monitoraggio si basa sulla data del trattamento.

4.5. Durata e periodicità

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

4.6. Campione

- ¹ Il monitoraggio viene effettuato sulla base di un campione selezionato (ingl. convenience sample).
- ² Si tratta di dati di diversi assicuratori che sommati coprono in modo possibilmente rappresentativo la collettività.

4.7. Stratificazione e ponderazione

- ¹ Per contrastare una selettività del campione viene effettuato un aggiustamento del campione.
- 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.

4.8. Regionalizzazione dei risultati

- ¹ Per ottenere indicazioni 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.

5. Unità di misurazione

5.1. Ripartizione dei dati relativi alla fatturazione sui contatti con il paziente

- ¹ Sulla base delle definizioni del contatto con il paziente contenuto nell'allegato B, i dati ambulatoriali riferiti alle prestazioni vengono raggruppati in contatti con il paziente. Per ogni assicurato viene determinato il numero di contatti con il paziente.

5.2. Classificazione dei contatti con il paziente

- ¹ Mediante la classificazione dapprima vengono separati i contatti ambulatoriali medici con il paziente da altri contatti ambulatoriali con il paziente. Di seguito, per ogni contatto ambulatoriale medico con il paziente si determina se è possibile forfettizzarlo.

5.3. Simulazione dei dati relativi alla fatturazione prima dell'introduzione della struttura tariffale concernente la tariffa per paziente ambulatoriale medica

- ¹ I contatti con il paziente degli anni di prestazioni precedenti all'introduzione della struttura tariffale concernente la tariffa per paziente ambulatoriale medica vengono raggruppati nel settore di applicazione della struttura forfettaria per paziente con la versione 1.0.

5.4. Unità di misurazione per prestazioni mediche ambulatoriali nel settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente e della tariffa per singola prestazione (TARMED/TARDOC).

- ¹ Tutte le unità di misurazione successive vengono esposte secondo grandi regioni con e senza l'aggiustamento del rischio ai sensi del punto 7.2 e con e senza la delimitazione ai sensi del punto 6.
- ² Ambulatoriale in studio medico e ambulatoriale ospedaliero, totale
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
- ³ Ambulatoriale in studio medico e ambulatoriale ospedaliero, forfait
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
 - Case Mix
 - Prezzo
- ⁴ Ambulatoriale in studio medico e ambulatoriale ospedaliero, singole prestazioni
 - Costi lordi prestazioni mediche
 - Costi lordi di tutte le prestazioni
 - Contatti con il paziente
 - Prezzo
- ⁵ Ambulatoriale in studio medico e ambulatoriale ospedaliero, altri (forfait volontari tariffa 002/003, prestazioni FSA)

- Costi lordi
- Contatti con il paziente
- 6 Ambulatoriale in studio medico, totale
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
- 7 Ambulatoriale in studio medico, forfait
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
 - Case Mix
 - Prezzo
- 8 Ambulatoriale in studio medico, singole prestazioni
 - Costi lordi prestazioni mediche
 - Costi lordi di tutte le prestazioni
 - Contatti con il paziente
 - Prezzo
- 9 Ambulatoriale in studio medico, altri (forfait volontari tariffa 002/003, prestazioni FSA)
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
- 10 Ambulatoriale ospedaliero, totale
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
- 11 Ambulatoriale ospedaliero, forfait
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente
 - Case Mix
 - Prezzo
- 12 Ambulatoriale ospedaliero, singole prestazioni
 - Costi lordi prestazioni mediche
 - Costi lordi di tutte le prestazioni
 - Contatti con il paziente
 - Prezzo
- 13 Ambulatoriale ospedaliero, altri (forfait volontari tariffa 002/003, prestazioni FSA)
 - Costi lordi
 - Contatti con il paziente

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 mediche e non mediche.
- 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

6. Delimitazione di prestazioni e modifiche nei prezzi

6.1. Modifiche nell'obbligo di prestazioni

1 Psicoterapia psicologica

2 Podologia

3 Affinché sviluppi futuri dell'obbligo di prestazioni non pregiudichino la significatività del monitoraggio, su richiesta dell'ufficio di monitoraggio o di una parte contraente le parti contraenti possono concordare di delimitare ulteriori prestazioni e di monitorarle separatamente.

6.2. Modifiche nel settore di applicazione

1 Affinché modifiche nel settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente non pregiudichino la significatività del monitoraggio, su richiesta dell'ufficio di monitoraggio o di una parte contraente le parti contraenti possono concordare di delimitare delle prestazioni e di monitorarle separatamente.

6.3. Prestazioni a carico di terzi

1 Su richiesta dell'ufficio di monitoraggio o di una delle parti contraenti, le parti contraenti possono delimitare o monitorare separatamente prestazioni contenute nei dati di fatturazione, ma remunerati da terzi (ad es. dalla Confederazione).

6.4. 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 2018 viene applicato ai volumi del punto degli anni successivi.

7. Formazione di unità di misurazione

7.1. Aggregazione verso 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, 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), costi elevati per medicinali l'anno precedente (sì/no), 36 indicatori per gruppi di costi farmaceutici (sì/no);
 - 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, le parti contraenti possono concordare, nel concetto tecnico ai sensi del punto 3, di ampliare l'aggiustamento del rischio con le caratteristiche necessarie.
- ⁴ L'aggiustamento del rischio avviene mediante Entropy Balancing (Hainmüller 2018).