



Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)

1° pacchetto di misure posto in consultazione

Data: 14.09.2018

Il 28 marzo 2018 il Consiglio federale ha adottato un rapporto di esperti internazionali e le misure in esso proposte per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). L'evoluzione quantitativa delle prestazioni ingiustificata sotto il profilo medico e l'aumento dei costi dell'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 DFI ha elaborato il primo pacchetto di misure e lo ha posto in consultazione. Le nuove misure conferiscono ai numerosi attori del settore sanitario ulteriori strumenti per assumersi le proprie responsabilità per il contenimento dei costi dell'AOMS.

Articolo sulla sperimentazione – M02

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 volti al finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali o stazionarie o a sperimentazioni nell'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.

Organizzazione nazionale delle tariffe – M34

I partner tariffali del settore delle prestazioni ambulatoriali saranno tenuti per legge (art. 47a LAMal) - analogamente al settore stazionario - a istituire un'organizzazione nazionale delle tariffe, con il compito di elaborare, sviluppare ulteriormente, adeguare e gestire le strutture tariffali per le prestazioni ambulatoriali. L'istituzione di una simile organizzazione delle tariffe con composizione paritetica permetterà di rafforzare i partner tariffali per risolvere, ad esempio, l'attuale situazione di stallo nel settore ambulatoriale, come quella venutasi a creare per la struttura tariffale TARMED. Sono inoltre attesi miglioramenti sul piano dell'efficienza dovuti all'aggiornamento delle strutture tariffali. I partner tariffali hanno due anni di tempo per istituire l'organizzazione delle tariffe dopodiché, in caso d'insuccesso, sarà il Consiglio federale ad istituirne una d'autorità.

Revisione della LAMal
La consultazione si concluderà entro dicembre 2018

Aggiornare la struttura tariffale – M25

Per mantenere aggiornata la struttura tariffale, i partner tariffali e l'organizzazione proposta (cfr. M 34) saranno tenuti per legge a fornire al Consiglio federale anche i dati relativi al settore ambulatoriale, 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. Se una federazione o l'organizzazione non adempie l'obbligo di comunicare, ovvero fornire, i dati al Consiglio federale, questi potrà pronunciare sanzioni.

Promuovere importi forfettari nel settore ambulatoriale – M15

La competenza sussidiaria del Consiglio federale in materia tariffale sarà estesa alle strutture tariffali per le tariffe forfettarie per paziente. 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. L'approvazione di una tale struttura nazionale è di competenza del Consiglio federale.

Sarà così l'organizzazione delle tariffe di nuova istituzione a gestire le strutture tariffali forfettarie per paziente e quelle per singola prestazione.

Il Consiglio federale potrà adeguare, a titolo sussidiario, questa struttura tariffale se le parti alla convenzione non si accorderanno su un suo aggiornamento. Se queste non trovano alcun accordo, il Consiglio federale potrà stabilire complessivamente una struttura tariffale.

Misure dei partner tariffali concernenti la gestione dei costi – (sulla base dell'lv. Pa. 17.402)

I fornitori di prestazioni e gli assicuratori, o le rispettive federazioni, saranno tenuti per legge a stabilire, in convenzioni tariffali valide per tutta la Svizzera, misure di gestione dei costi volte a 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.

Sistema di prezzi di riferimento nel settore dei 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 prezzi¹ di riferimento per medicinali con brevetto scaduto. In futuro, per i medicinali aventi il medesimo principio attivo dovrà essere fissato un prezzo di riferimento massimo, che sarebbe poi remunerato dall'AOMS. Prendendo ad esempio i sistemi dei prezzi di riferimento applicati all'estero, sono poste in discussione due varianti: il modello con sconto e il modello con sistema di notifica. L'introduzione del sistema di prezzi di riferimento incoraggia una maggiore dispensazione di generici e di preparati originali con brevetto scaduto.

¹ Vedi scheda informativa Sistema di prezzi di riferimento:

www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.htmlkrankenversicherung/kostendaempfung-kv.html

Copia della fattura agli assicurati

I fornitori di prestazioni saranno tenuti per legge a fornire agli assicurati, per ogni trattamento, una copia della fattura. Questa misura permetterà agli assicurati di verificare le loro fatture, rafforzando la propria consapevolezza in materia di costi. I fornitori di prestazioni che non rispetteranno questa regola potranno essere sanzionati secondo l'articolo 59 LAMal.

Potenziare il controllo delle fatture – M09

Per assicurare controlli sistematici delle prestazioni e verifiche delle fatture da parte degli assicuratori, il DFI/l'UFSP rafforzerà la vigilanza ed eseguirà un maggior numero di audit sul posto. Non saranno necessari adeguamenti legali per attuare queste misure.

Se il potenziamento del controllo delle fatture non dovesse produrre gli effetti auspicati, in una prossima fase si potrebbe considerare l'istituzione di un'autorità indipendente di controllo delle fatture (M35). A tale scopo bisognerebbe tuttavia creare le basi legali necessarie.

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 federazioni degli 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 alle federazioni degli assicuratori 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.