



Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: posto in consultazione il pacchetto 2

Data: 19 agosto 2020

Nel 2018 il Consiglio federale ha adottato un programma di contenimento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) basato sulle misure proposte in un rapporto di esperti internazionali e volto a frenare la crescita delle prestazioni ingiustificata sotto il profilo medico e di riflesso l'aumento dei costi dell'AOMS. Dopo aver incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di verificare e attuare le nuove misure sotto forma di due pacchetti distinti, il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente il primo pacchetto di misure nell'agosto 2019 e ha avviato la procedura di consultazione sul secondo il 19 agosto 2020.

Obiettivo di contenimento dei costi dell'AOMS – M01¹

L'obiettivo comprende obiettivi di costo e misure correttive in caso di superamento dell'obiettivo. I pazienti hanno accesso alle prestazioni dell'AOMS in ogni momento.

Obiettivi di costo

Il Consiglio federale stabilisce un obiettivo di costo nazionale globale. Inoltre raccomanda ai Cantoni un obiettivo di costo cantonale globale nonché la relativa ripartizione tra le singole categorie di costi (ospedale stazionario e ambulatoriale, medico ambulatoriale, medicinali e altre categorie di costi a carico dell'AOMS). I Cantoni possono suddividere ulteriormente le categorie di costi. Nello stabilire gli obiettivi di costo, la Confederazione e i Cantoni coinvolgono i principali attori del settore sanitario.

Misure correttive

Spetta anzitutto ai partner tariffali convenire misure per rispettare gli obiettivi di costo. Se questi ultimi non sono rispettati, possono essere adottate misure correttive, ad esempio riduzioni delle tariffe.

Il progetto posto in consultazione prevede due varianti: nella prima, se gli obiettivi non sono rispettati i Cantoni possono adottare misure, ma non sono tenuti a farlo. Nella seconda variante, invece, i Cantoni sono tenuti ad adottare misure.

Prima consulenza – M27

Tutti gli assicurati designano un fornitore di prestazioni, a cui rivolgersi per primo in caso di problemi di salute, scegliendolo da un elenco di medici di famiglia, centri di telemedicina, studi medici associati o reti di cure coordinate. Le prime consulenze consigliano i pazienti, li curano direttamente o li inviano ad altri fornitori di prestazioni. Per ogni persona per cui svolge questa funzione, la prima consulenza riceve dall'assicuratore un importo forfettario, anche se l'assicurato non ricorre alle sue prestazioni.

¹ Numero della misura corrispondente proposta nel rapporto di esperti «Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)».

Per principio, gli assicuratori remunerano solo le prestazioni fornite dalla prima consulenza o da un fornitore di prestazioni a cui quest'ultima ha inviato l'assicurato. Il Consiglio federale può prevedere deroghe, in particolare per i casi d'urgenza e per l'accesso a oftalmologi, ginecologi e ostetrici.

Reti di cure coordinate – M10

Una rete di cure coordinate raggruppa professionisti della salute di varie discipline e offre assistenza medica «da un'unica fonte». Garantisce pertanto il coordinamento lungo tutta la catena delle cure, ad esempio nell'ambito del trattamento, da parte di specialisti o di Spitex, di anziani affetti da malattie croniche multiple o del posttrattamento, da parte del medico di famiglia o di Spitex, di pazienti dimessi dall'ospedale.

Le reti di cure coordinate sono aggiunte all'elenco dei fornitori di prestazioni (di cui all'art. 35 LAMal). Questo fornitore di prestazioni comprende il centro di coordinamento nonché i fornitori di prestazioni affiliati a esso in virtù di un contratto. Fattura agli assicuratori tutte le prestazioni dispensate dalla rete come se fosse un unico fornitore di prestazioni. Le prestazioni sono remunerate mediante importi forfettari. Gli assicuratori remunerano anche l'onere di coordinamento.

Programmi di assistenza ai pazienti – M10

Programmi terapeutici con la partecipazione di vari fornitori di prestazioni durante l'intero processo di assistenza producono risultati migliori rispetto a singole misure non strutturate. Sono utili nella cura di malattie croniche come pure nell'ambito della prevenzione e della riabilitazione.

Esame differenziato dei criteri EAE secondo l'articolo 32 LAMal e remunerazione conveniente – proposta DFI, M29

Al Consiglio federale è attribuita la competenza di stabilire le modalità e i tempi del riesame periodico delle prestazioni in base ai criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE). Si tratta in particolare di definire i principi per il calcolo di una remunerazione il più conveniente possibile dei medicinali, delle analisi nonché dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

Modelli di prezzo e restituzioni – proposta DFI

I modelli di prezzo sono accordi che consentono un accesso rapido e il più conveniente possibile a terapie e medicinali innovativi e costosi. Le imprese farmaceutiche devono così restituire agli assicuratori una parte dei costi. Sono stabiliti in particolare modelli di prezzo con restituzioni in base al prezzo o al volume del fatturato oppure in caso di inefficacia.

Già oggi in Svizzera si applicano modelli di prezzo. Per aumentare la certezza del diritto, il Consiglio federale propone di disciplinare le basi giuridiche esistenti a livello di legge. Il disciplinamento non si limita ai medicinali, ma comprende anche tutti gli altri settori in cui si applicano modelli di prezzo (EMAp, elenco delle analisi).

Deroga all'accesso secondo la LTras nell'ambito dei modelli di prezzo – proposta DFI

Occorre prevedere la possibilità di negare l'accesso, secondo la legge sulla trasparenza (LTras), ai documenti ufficiali nell'ambito dei modelli di prezzo. La disposizione derogatoria è indispensabile viste le disposizioni previste sui modelli di prezzo e le restituzioni: senza di essa, vi è il rischio che i titolari dell'omologazione non saranno più disposti ad accettare modelli di prezzo o rinunceranno a presentare una domanda di ammissione nell'elenco delle specialità.

In cambio, per tener conto dell'interesse pubblico per le decisioni dell'UFSP, il Consiglio federale intende aumentare la trasparenza ampliando l'elenco delle decisioni e delle basi decisionali dell'UFSP pubblicate.

Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera – proposta DFI

I governi cantonali devono stabilire tariffe di riferimento per le cure stazionarie dispensate al di fuori del Cantone, basandosi sulla tariffa applicata per un trattamento analogo in uno degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio. Gli assicuratori e il Cantone di domicilio assumono i costi secondo la tariffa di riferimento, ma al massimo secondo la tariffa dell'ospedale curante. Questa misura promuove la concorrenza intercantonale tra gli ospedali, frenando la crescita dei costi. Inoltre offre agli assicurati la possibilità di scegliere l'ospedale liberamente in tutta la Svizzera, senza doversi addossare spese eccessive.

Trasmissione elettronica delle fatture – proposta DFI

I fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono tenuti a trasmettere le fatture per via elettronica e in base a standard uniformi. Ciò consentirà di controllare meglio le fatture ed evitare il finanziamento di prestazioni inutili.

Le modalità esatte della trasmissione elettronica sono delegate ai partner tariffali. L'assicurato ha la possibilità di ricevere gratuitamente le fatture in forma cartacea.