



Scheda informativa

Finanziamento delle cure

Data: 8 maggio 2024

Finanziamento delle cure

Contesto

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, in vigore dal 2010, prevede in particolare che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presti un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica. Ciò riguarda segnatamente le cure dispensate nelle strutture diurne o notturne e nelle case di cura (art. 25a cpv. 1 LAMal).

Spetta al Consiglio federale fissare l'ammontare dei contributi dell'assicurazione malattie differenziandoli in funzione del bisogno terapeutico. Oltre che dall'assicurazione malattie, le cure sono finanziate in parte dagli assicurati per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. Il finanziamento residuo è coperto dai Cantoni (art. 25a cpv. 5 LAMal).

Il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni, indipendentemente dal domicilio del paziente. Il diritto dell'assicurato alla degenza in una casa di cura è garantito senza limiti di tempo.

Definizione

I fornitori di prestazioni idonei a fornire prestazioni di cura sono definiti nell'articolo 7 capoverso 1 OPre. Si tratta di:

- infermieri (art. 49 OAMal);
- organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal);
- case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994 sull'assicurazione malattie; LAMal).

Le prestazioni di cura sono classificate in tre categorie (art. 7 cpv. 2 OPre), ossia:

- valutazione, consigli e coordinamento;
- esami e cure;
- cure di base.

Per informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Comunicazione, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Finanziamento

L'articolo 7a OPre definisce i contributi versati dall'assicurazione malattie per le prestazioni di cura. Questi contributi variano a seconda del fornitore di prestazioni. Per gli infermieri e le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le tariffe sono fissate all'ora e secondo la categoria di prestazioni (art. 7a cpv. 1 OPre) e, per le case di cura, al giorno e secondo i bisogni di cure (stabiliti in minuti) (art. 7a cpv. 3 OPre). I contributi a carico dell'AOMS così come la partecipazione degli assicurati e il finanziamento residuo dei Cantoni sono illustrati nell'allegato.

Dal 1° ottobre 2021, nella LAMal è sancita una remunerazione del materiale sanitario unitaria a livello nazionale. Gli assicuratori-malattie devono assumere i costi dei mezzi e degli apparecchi che figurano nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), indipendentemente dal fatto che siano utilizzati direttamente dall'assicurato, da una persona non professionista o dal personale infermieristico. La modifica della LAMal garantisce il finanziamento del materiale sanitario usato nelle cure ambulatoriali e nelle case di cura.

Procedura

Prima del 1° gennaio 2020

Il previgente articolo 8 capoverso 1 OPre stabiliva che la prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio andavano definiti in base alla valutazione dei bisogni e del piano comune dei provvedimenti necessari.

In pratica, anche se la legge prevedeva la presenza del medico, la valutazione dei bisogni era effettuata dagli infermieri o dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che, tuttavia, per tutte le categorie di prestazioni, avevano bisogno del visto del medico per poterle fornire a carico dell'AOMS. Senza la prescrizione o il mandato medico e senza il visto del medico apposto sulla valutazione dei bisogni, i costi delle prestazioni fornite non potevano essere assunti dall'AOMS.

Per quanto riguarda le case di cura, il previgente articolo 8 capoverso 4 OPre sanciva che la valutazione dei bisogni in queste strutture si basava sui livelli dei bisogni di cure e che il bisogno di cure stabilito dal medico equivaleva a una prescrizione o a un mandato medico. Anche in questo caso, per poter fornire le prestazioni a carico dell'AOMS la valutazione dei bisogni doveva essere approvata dal medico.

Il previgente articolo 8 capoverso 2 OPre specificava che la valutazione dei bisogni comprendeva l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui viveva, nonché delle cure e dell'assistenza necessarie.

Dopo il 1° gennaio 2020

Le modifiche dell'OPre entrate in vigore il 1° gennaio 2020 non hanno eliminato la richiesta della prescrizione o del mandato medico per poter fornire prestazioni di cure a carico dell'AOMS.

Una volta accertato il bisogno di cure, l'articolo 8a capoverso 1 OPre stabilisce che i bisogni di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 sono valutati da un infermiere in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico che ha emesso la prescrizione o il mandato. Secondo la legge, la valutazione dei bisogni non deve più essere fatta in presenza di un medico.

Per informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Comunicazione, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Dopo il 1° luglio 2024

Ora si distingue tra le prestazioni valutazione, consigli e coordinamento (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) ed esami e cure (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre). Le prestazioni valutazione, consigli e coordinamento e cure di base possono essere fornite a carico dell'AOMS senza prescrizione o mandato medico, conferendo così maggiore autonomia al personale infermieristico. Gli esami e le cure devono invece continuare a essere forniti su prescrizione o mandato medico, poiché sono prestazioni strettamente legate ai trattamenti medici.

La valutazione preliminare delle cure resta necessaria in tutti i casi. Deve essere trasmessa per informazione al medico curante.

Calcolo dei contributi dell'AOMS alle prestazioni di cura

Il DFI ha stabilito i contributi validi dal 1° gennaio 2011 separatamente per il settore delle case di cura e per quello delle cure a domicilio e li ha fissati nell'articolo 7a OPre. I contributi dell'AOMS alle prestazioni di cura sono stati determinati secondo il principio della neutralità dei costi, ovvero in modo che corrispondessero alla somma delle retribuzioni per le cure dispensate ambulatorialmente o in casa di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore della modifica della legge (cioè nel 2010). Le disposizioni transitorie della modifica del 13 giugno 2008 della legge federale sull'assicurazione malattie prevedevano in particolare che se la neutralità dei costi non poteva essere rispettata il Consiglio federale doveva procedere agli adeguamenti necessari negli anni successivi.

Per questo motivo, dal 1° gennaio 2020 questi contributi sono stati leggermente aumentati per le case di cura e leggermente ridotti per le cure a domicilio.

Il metodo di calcolo dei contributi e i dettagli del calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure sono consultabili nel [Commento e tenore delle modifiche dell'OPre concernenti la neutralità dei costi e la valutazione dei bisogni](#).

Eventuali futuri adeguamenti saranno di competenza del DFI. Nel sistema del finanziamento delle cure, ogni adeguamento dei contributi dell'AOMS comporta obbligatoriamente un adeguamento del finanziamento residuo dei Cantoni.

Per informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Comunicazione, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.