

Ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre)

Modifiche previste per il 1° agosto 2009 (altre modifiche) e per il 1° luglio 2010 (finanziamento delle cure)

Commento e testo delle modifiche

Berna, 10 giugno 2009

Indice

Ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre)

I. Finanziamento delle cure

1	Introduzione	3
11	Situazione iniziale	3
12	Prestazioni prescritte da chiropratici	3
13	Prestazioni di cura dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura	3
2	Disposizioni	4
21	Prestazioni prescritte da chiropratici (art. 4)	4
22	Titolo prima dell'articolo 7	4
23	Definizione delle cure (art. 7)	4
24	Contributi (art. 7a)	4
25	Assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie (art. 7b)	5
26	Prescrizione o mandato medico, valutazione dei bisogni (art. 8)	5
27	Procedura di controllo e di conciliazione (art. 8a)	5
28	Fatturazione (art. 9)	6
29	Trasparenza dei costi e limiti tariffali (art. 9a)	6

II. Altre modifiche

1	Fisioterapia (art.5 cpv. 1)	6
---	-----------------------------	---

I. Finanziamento dei costi

1 Introduzione

11 Situazione iniziale

Il 13 giugno 2008, le Camere federali hanno approvato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) per quanto attiene al finanziamento delle cure (FF 2008 4579). Tale revisione rende necessario anche l'adeguamento delle ordinanze interessate dalle modifiche e segnatamente dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31). Anche l'ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (OAVS; RS 831.101) deve essere adeguata, in particolare per quanto riguarda la definizione delle case di cura. La determinazione della data di entrata in vigore della legge concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure (in seguito denominata «la legge») è di competenza del Consiglio federale. L'entrata in vigore è prevista per il 1° luglio 2010.

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure prevede il versamento da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di un contributo in franchi che varia in funzione dei bisogni di cure. Gli importi sono fissati dal Consiglio federale e definiti uniformemente a livello nazionale. Tali contributi riguardano unicamente le prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 25a capoverso 1 LAMal, in quanto i costi di degenza e di assistenza rimangono come oggi a carico delle persone bisognose di cure o, in via sussidiaria, delle prestazioni complementari (PC) erogate in funzione del bisogno. I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati alle persone assicurate fino a un importo pari al massimo al 20 per cento del contributo massimo fissato dal Consiglio federale. Inoltre, gli assicurati sono tenuti a corrispondere la partecipazione ai costi conformemente all'articolo 64 LAMal anche sul contributo previsto per le cure. Il finanziamento residuo è disciplinato dai Cantoni. Tenuto conto della data prevista per l'entrata in vigore, i Cantoni sono invitati a elaborare quanto prima le disposizioni esecutive cantonali necessarie.

12 Prestazioni prescritte dai chiropratici

Con la revisione della legge (art. 25 cpv. 2 lett. a) anche le persone che effettuano prestazioni su prescrizione o mandato di un chiropratico possono esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Dal dibattito parlamentare (BU 2006 S 652 segg.) emerge chiaramente l'intenzione del legislatore di permettere ai chiropratici di prescrivere prestazioni fornite da fisioterapisti. Di conseguenza, è prevista un'estensione delle prestazioni prescritte dai chiropratici alle prestazioni fisioterapiche.

13 Prestazioni di cura dispensate ambulatorialmente o in una casa di cura

Il finanziamento delle cure dispensate ambulatorialmente o in una casa di cura è stato ridisciplinato. La legge riveduta non prevede un finanziamento uniforme di tutte le prestazioni di cura, bensì distingue tra finanziamento delle «prestazioni di cura» e finanziamento delle «prestazioni delle cure acute e transitorie». Riguardo alle «prestazioni di cura» l'accento è posto su un bisogno di cure di lunga durata. In futuro, l'assicurazione malattie obbligatoria verserà per tali cure un contributo in franchi stabilito dal Consiglio federale o, in virtù della norma di delega proposta nell'articolo 33 lettera h OAMal, dal Dipartimento. Di conseguenza, le disposizioni tariffali della LAMal non saranno più applicabili. Le «cure acute e transitorie» rispondono a un bisogno di cure limitato nel tempo consecutivo a un soggiorno ospedaliero e sono rimborsate secondo le regole del finanziamento ospedaliero. Per tali prestazioni, il cui contenuto corrisponde a quello delle prestazioni di cui all'articolo 7 OPre, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni devono concordare tariffe forfettarie. In questo modo, ci si può basare sulle disposizioni tariffali già presenti nella legge e non è necessario introdurre ulteriori disposizioni a livello di ordinanza.

Le prestazioni di cura sono già oggi definite nell'articolo 7 capoverso 2 OPre e la delimitazione del campo delle prestazioni nell'ordinanza è di principio mantenuta. Per quanto riguarda il campo delle prestazioni, quindi, non occorre operare alcuna distinzione tra prestazioni di cura e prestazioni delle

cure acute e transitorie. Di conseguenza, il rimborso cumulato di prestazioni di cura e di prestazioni delle cure acute e transitorie è escluso. Tuttavia, stante la diversa regolamentazione concernente il finanziamento, a livello di ordinanza sono necessarie alcune modifiche.

In riferimento alla definizione e all'entità delle prestazioni va aggiunto che, in una fase successiva, si procederà a una verifica. In particolare, si dovrà chiarire se i bisogni delle persone che necessitano di cure palliative o di cure in caso di demenza sono adeguatamente considerati e se occorrono modifiche.

2 Disposizioni

21 Prestazioni prescritte dai chiropratici (art. 4)

La frase introduttiva è modificata e con l'introduzione della lettera e si permette ai chiropratici di prescrivere prestazioni fisioterapiche.

22 Titolo prima dell'articolo 7

Nella legge riveduta, i concetti di cure «dispensate a domicilio» o di prestazioni di cura «a domicilio» non sono più menzionati, in quanto si considerano inclusi nel concetto «ambulatoriale». Per questo motivo, il titolo della sezione 3 è stato accorciato in «Cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura».

23 Definizione delle cure (art. 7)

Il capoverso 1 precisa le prestazioni di cura menzionate all'articolo 33 OAMal. Il capoverso 2^{ter} è stato aggiunto in seguito all'introduzione nella legge del concetto di "strutture diurne o notturne".

Il capoverso 3 definisce le prestazioni delle cure acute e transitorie. Analogamente a quelle di cura, le prestazioni delle cure acute e transitorie corrispondono alle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre e i fornitori di prestazioni sono gli stessi menzionati all'articolo 7 capoverso 1 OPre. Di conseguenza, i Cantoni non devono più né designare i fornitori di prestazioni né conferire loro un mandato di prestazioni specifico.

Inoltre, l'ordinanza precisa che le prestazioni delle cure acute e transitorie possono essere effettuate solo direttamente a seguito di un soggiorno ospedaliero. Esse vengono prescritte da un medico dell'ospedale solo se necessarie dal punto di vista medico e in casi acuti, al fine di rimettere l'assicurato nelle condizioni in cui si trovava prima dell'ospedalizzazione. Le cure acute e transitorie rappresentano una componente della terapia e non sono in alcun caso destinate a finanziare eventuali tempi di attesa in vista di un ricovero in una clinica di riabilitazione o in una casa di cura.

24 Contributi (art. 7a)

Questo articolo quantifica i contributi che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovrà versare per le prestazioni di cura effettuate. L'attuale forma di rimborso rimane sostanzialmente invariata. In altre parole, i contributi per le prestazioni di cura ambulatoriali saranno ancora corrisposti su base oraria e quelli per le prestazioni di cura dispensate nelle case di cura lo saranno su base giornaliera.

I contributi sono fissati sulla base del principio della neutralità dei costi per l'assicurazione malattie obbligatoria sancito nel capoverso 1 delle disposizioni transitorie della legge. L'anno di riferimento è quello precedente l'entrata in vigore. Per le case di cura, ci si è serviti dei dati della statistica socio-medica per elaborare una struttura quantitativa attendibile sulla quale costruire un sistema di contributi scaglionato in modo lineare. Tale sistema è poi stato messo a confronto con i rimborsi stimati versati dall'assicurazione malattie nel 2007 per le prestazioni di cura (circa 1,6 miliardi di franchi, esclusi i rimborsi per prestazioni mediche, medicinali e altro). Gli importi così ottenuti sono stati successivamente proiettati al 2009 (anno di riferimento) in base all'indice dei prezzi al consumo rilevato negli anni 2007 e 2008 (= 3,1%).

Nel settore Spitex, la determinazione dei contributi neutrali dal profilo dei costi si è basata sull'indagine dell'istituto di ricerca e consulenza INFRAS (INFRAS, Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, 16 maggio 2007, Zurigo, disponibile solo in tedesco). Partendo da tale indagine è stato possibile calcolare i costi medi per ora di prestazione di cure e per tipo di prestazione. Tali costi sono

poi stati messi a confronto con il rimborso medio versato a ora (circa 57 franchi) dall'assicurazione malattie secondo la statistica Spitex 2007 per le prestazioni OPre. Gli importi così ottenuti sono stati successivamente proiettati al 2009 (anno di riferimento) in base all'indice dei prezzi al consumo rilevato negli anni 2007 e 2008 (= 3,1%).

Il capoverso 1 indica i contributi a ora per i fornitori di prestazioni, di cui all'articolo 7 capoverso 1, lettere a e b, con attività ambulatoriale in funzione delle categorie di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre. Il capoverso 2, tuttavia, stabilisce che il rimborso effettivo dei contributi deve essere effettuato per unità di tempo di 5 minuti. Dato che, in genere, i fornitori di prestazioni con attività ambulatoriale visitano e curano i pazienti a domicilio, è stata fissata una durata minima. Il rimborso, quindi, deve comprendere almeno 10 minuti per intervento. Per quanto riguarda un'eventuale limitazione delle ore da rimborsare, in linea di principio rimane valida la regola prevista all'articolo 8a capoverso 3 OPre (vedi anche punto 27). Il capoverso 3 indica i contributi per le case di cura suddivisi in funzione dei bisogni di cure. La suddivisione è lineare a intervalli di 20 minuti e persegue un duplice obiettivo: garantire una sufficiente differenziazione dei bisogni di cure e, grazie al conteggio in minuti, consentire l'unificazione sotto un unico denominatore dei sistemi attualmente in uso nonché il loro mantenimento malgrado la struttura diversa.

Il capoverso 4 precisa che, nel caso delle strutture diurne o notturne, per i costi delle prestazioni definite nell'articolo 7 capoverso 2, l'assicurazione malattie versa i contributi previsti al capoverso 3.

25 Assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie (art. 7b)

Questo articolo descrive l'assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie.

Si tratta qui unicamente delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre, ossia le prestazioni ambulatoriali. I costi alberghieri non sono a carico dell'assicurazione malattie.

Riguardo ai costi delle cure acute e transitorie assunti dai Cantoni, l'articolo 25a capoverso 2 LAMal fa riferimento direttamente all'articolo 49a LAMal; le disposizioni transitorie relative alla modifica di legge del 21 dicembre 2007 (finanziamento ospedaliero) non sono applicabili al nuovo regime di finanziamento per le cure acute e transitorie. Di conseguenza, i Cantoni sono tenuti a fissare direttamente la chiave di finanziamento per questo tipo di cure.

Il rimborso è definito ai capoversi 1 e 2 conformemente alle disposizioni di legge sul finanziamento ospedaliero.

26 Prescrizione o mandato medico, valutazione dei bisogni (art. 8)

Il capoverso 3^{bis} indica esplicitamente che anche per le prestazioni delle cure acute e transitorie occorre valutare i bisogni di cure sulla base di criteri uniformi e registrare i risultati in un formulario uniforme.

Il capoverso 4 rimanda ai bisogni di cure di cui al nuovo articolo 7a capoverso 3 OPre. Nel capoverso 6 è stata inserita l'esigenza legale della prescrizione medica per i pazienti che necessitano di cure acute e transitorie. Inoltre, nel capoverso 7 è stato necessario aggiungere che le prescrizioni mediche per questo tipo di cure non possono essere rinnovate.

27 Procedura di controllo e di conciliazione (art. 8a)

Vista l'introduzione della soluzione basata sui contributi per le prestazioni di cura, con l'entrata in vigore della legge i riferimenti nei capoversi 1 e 2 alle convenzioni tariffali o alla fissazione di tariffe devono essere stralciati. Inoltre, in seguito all'eliminazione del concetto «a domicilio» dalla legge, ossia dall'articolo 25 capoverso 2 LAMal, nel capoverso 1 le «cure dispensate **a domicilio**» hanno dovuto essere sostituite con «cure **ambulatoriali**». L'eliminazione citata ha altresì reso necessaria la precisazione nel capoverso 1 che l'articolo in questione riguarda i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b.

Il capoverso 3, inoltre, contempla una proposta inerente la competenza per la verifica delle prescrizioni mediche. Se tali prescrizioni prevedono oltre 60 ore per trimestre, il medico di fiducia può effettuare la verifica.

28 Fatturazione (art. 9)

Con l'entrata in vigore della legge e l'introduzione della soluzione basata sui contributi per le prestazioni di cura, le disposizioni tariffali di questo articolo devono essere eliminate. Per contro, al fine di garantire una fatturazione uniforme e comprensibile, nei capoversi 1 e 2 si precisa che le prestazioni devono essere fatturate secondo un sistema analogo a quello della differenziazione dei contributi. Per le altre prestazioni LAMal dispensate da case di cura e Spitex e per le tariffe da concordare (ad esempio cure acute e transitorie o prestazioni mediche in una casa di cura) si applicano le disposizioni concernenti le tariffe di cui all'articolo 43 segg. LAMal.

29 Trasparenza dei costi e limiti tariffali (art. 9a)

Con l'entrata in vigore della legge e l'introduzione della soluzione basata sui contributi per le prestazioni di cura, viene meno la necessità di fissare tariffe limite. Questo articolo deve essere di conseguenza abrogato.

II. Altre modifiche

1 Fisioterapia

Con l'introduzione nell'OAMal del nuovo articolo 52a che regola l'ammissione di organizzazioni di fisioterapia, l'articolo 5 capoverso 1 ha dovuto essere adattato in modo da introdurre un rinvio all'articolo 52a, ossia alle organizzazioni di fisioterapia in quanto fornitori di prestazioni atti a fornire le prestazioni enumerate.