



Berna, il 25 novembre 2020

Finanziamento delle cure: integrazione in un finanziamento unitario o adeguamento dei contributi dell'AOMS all'evoluzione dei costi

Rapporto del Consiglio federale

in adempimento dei postulati

16.3352 CSSS-CN del 13 maggio 2016

19.3002 CSSS-CN del 24 gennaio 2019

Compendio

Il presente rapporto del Consiglio federale dovrà soddisfare le richieste di due postulati. Il postulato della CSSS-CN 16.3352 incarica il Consiglio federale di illustrare come l'aumento dei costi delle prestazioni di cura possa essere finanziato in parti uguali da tutti i soggetti che li sostengono e come i contributi dell'AOMS alle prestazioni di cura possano essere adeguati regolarmente al rincaro. Il postulato 19.3002 invece incarica il Consiglio federale di esaminare mediante l'elaborazione di basi se le prestazioni di cura possano essere integrate nel finanziamento unitario.

La condizione fondamentale sia per integrare le prestazioni di cura secondo la LAMal in un finanziamento unitario sia per adeguare all'evoluzione dei costi i contributi dell'AOMS alle prestazioni di cura è la disponibilità di determinate basi, in particolare la trasparenza sull'ammontare dei costi delle prestazioni di cura. Per questo motivo, il presente rapporto tratta insieme i due postulati summenzionati. Oltre alle opzioni per il finanziamento descritte nel rapporto del Consiglio federale sulla situazione e le prospettive nel settore delle cure di lunga durata («Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege», «État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée»; non disponibile in italiano), il Parlamento dispone delle basi necessarie per poter decidere come organizzare in futuro il finanziamento delle cure.

Qualora l'organizzazione del finanziamento delle cure valida dal 2011 dovesse essere adeguata, potrebbero essere prese in considerazione diverse opzioni. Se si mantiene il sistema contributivo attuale, si pone la questione di come e se i contributi dell'AOMS alle cure saranno correlati con l'evoluzione dei costi. In alternativa si potrebbero integrare le prestazioni di cura secondo la LAMal nel finanziamento unitario oppure in futuro finanziare le prestazioni di cura in base a un'altra opzione percorribile quale un'assicurazione delle cure separata, un finanziamento pubblico diretto o conti di risparmio per le cure.

Un adeguamento regolare dei contributi dell'AOMS alle cure combinato con il mantenimento di un finanziamento differente delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie sarebbe l'opzione più costosa per l'AOMS, mentre un finanziamento unitario esclusivamente di prestazioni ambulatoriali e stazionarie combinato con un congelamento duraturo dei contributi alle cure dell'AOMS al livello attuale sarebbe il più vantaggioso. Per i Cantoni le ripercussioni finanziarie sono esattamente opposte. Un finanziamento unitario stabilizzerebbe le quote dell'AOMS e dei Cantoni per il finanziamento di tutte le prestazioni di cui alla LAMal.

Secondo il Consiglio federale, il finanziamento delle prestazioni di cura dovrebbe basarsi anche in futuro su una soluzione assicurativa, che presenta diversi vantaggi rispetto ad altri approcci come un conto di risparmio per le cure. Per evitare nuove interfacce e un ulteriore onere amministrativo, è necessario preferire una soluzione all'interno della LAMal rispetto a un'assicurazione delle cure separata. Sarebbe problematico adeguare regolarmente i contributi alle cure dell'AOMS all'evoluzione dei costi lasciando nel contempo la piena responsabilità ai Cantoni per la determinazione del finanziamento residuo, in quanto i Cantoni con il loro disciplinamento del finanziamento residuo, che possono determinare in ampia misura loro stessi, potrebbero intervenire nella definizione dell'ammontare dei contributi dell'AOMS, sebbene per l'AOMS sia competente la Confederazione. Pertanto il Consiglio federale reputa fondamentale integrare le prestazioni di cura in un finanziamento unitario, perché ciò permette di ridurre diversi falsi incentivi e di stabilizzare le quote di finanziamento dell'AOMS e dei Cantoni. Qualora questa soluzione non dovesse risultare attuabile a livello politico, il mantenimento della situazione attuale con contributi costanti dell'AOMS per le prestazioni di cura offrirebbe una sorta di contrappeso all'onere supplementare dell'AOMS che risulta dal trasferimento in corso delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Il Consiglio federale ritiene che l'integrazione delle prestazioni di cura in un finanziamento unitario rappresenti nel complesso un obiettivo difficile ma realizzabile e da perseguire, considerati i vantaggi attesi.

Finanziamento delle cure: integrazione in un finanziamento unitario o adeguamento dei contributi dell'AOMS all'evoluzione dei costi

Affinché le prestazioni di cura possano essere integrate in un finanziamento unitario o i contributi AOMS possano essere adeguati regolarmente all'evoluzione dei costi, è necessario migliorare la qualità della contabilità e dei dati sui costi soprattutto nel settore ambulatoriale, in modo che i costi totali delle prestazioni di cura secondo la LAMal possano essere definiti in modo più affidabile. Se si decide per una integrazione delle prestazioni di cura in un finanziamento unitario, le quote dei soggetti che sostengono i costi (AOMS, Cantoni/Comuni e assicurati) potrebbero essere valutate in modo approssimativo entro uno o due anni attraverso i dati oggi disponibili oppure stabilite entro almeno quattro o cinque anni sulla base di una maggiore trasparenza dei costi.

In caso di integrazione in un finanziamento unitario, la tariffazione dovrebbe essere disciplinata nuovamente, dato che il finanziamento residuo da parte dei Cantoni decade. Come soluzione transitoria, sulla base delle disposizioni vigenti potrebbero essere previste tariffe fissate o negoziate a livello normativo oppure basate su un benchmark efficiente; per l'attuazione di questa opzione servirebbero circa cinque anni. In questo ambito occorre esaminare se i livelli di contributi esistenti per le prestazioni delle case di cura debbano essere adeguati dai partner tariffali, visto che non sono pensati per remunerare integralmente le prestazioni, ma sono stati concepiti per un'interazione con il finanziamento residuo dei Cantoni che ha eventualmente l'obiettivo di una maggiore differenziazione. Inoltre bisognerebbe verificare se con gli strumenti disponibili negli ambiti della pianificazione e dell'obbligo di ammissione sia possibile evitare che un benchmark inappropriato abbia come conseguenza una selezione dei pazienti. Entro circa dieci anni si potrebbe cercare, basandosi sui dati, una struttura che crei il miglior rapporto possibile tra incentivi all'efficienza e incentivi per cure adeguate alle esigenze dei pazienti.

L'attuazione competerebbe innanzitutto ai partner tariffali ed eventualmente ai Cantoni, mentre la Confederazione potrebbe accompagnare i lavori e semmai facilitarli con l'adeguamento di prescrizioni sulla contabilità dei fornitori di prestazioni a livello di ordinanza. La questione della tariffazione può essere affrontata autonomamente dai partner tariffali. Per l'attuazione gli attori dovrebbero creare a livello nazionale uno strumento adeguato in cui siano rappresentati i gruppi d'interesse rilevanti e possano essere trattati i singoli ambiti tematici (trasparenza dei costi, tariffazione).