VERIFICA

Verifica dei processi volti a garantire la realtà dei costi nel sistema tariffario medico

Ufficio federale della sanità pubblica

L'ESSENZIALE IN BREVE

Le uscite dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) ammontano a circa 40 miliardi di franchi all'anno. In Svizzera, l'importo che uno studio medico o un ospedale può fatturare a carico dell'AOMS per una determinata prestazione è regolamentato. La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) prevede che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattie concordino tra di loro la rimunerazione, la stabiliscano contrattualmente nelle strutture tariffali e la facciano approvare da un'autorità. Le cosiddette tariffe ufficiali costituiscono un'eccezione: per medicamenti, analisi di laboratorio e mezzi ausiliari è l'ufficio o il dipartimento competente a determinare la rimunerazione.

Simili processi sono riscontrabili anche al di fuori dell'ambito dell'AOMS, ad esempio nell'assicurazione contro gli infortuni o per l'invalidità, per le quali si applicano anche tariffe. Nel complesso vi sono più di 30 strutture tariffali diverse. La LAMal prevede che le tariffe possono coprire al massimo i costi effettivi e necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni. Si tratta di un requisito centrale che viene riassunto nel presente rapporto con il termine «realtà dei costi». A tal fine, le tariffe devono essere regolarmente sviluppate e adattate alle circostanze attuali.

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha esaminato, sulla base di tariffe selezionate, i processi nell'ambito dell'AOMS volti a garantire la realtà dei costi. L'obiettivo della verifica era valutare se la Confederazione dispone e utilizza gli strumenti necessari per garantire la realtà dei costi nell'ambito dell'AOMS. La verifica ha rivelato la mancanza di meccanismi vincolanti per lo sviluppo delle strutture tariffali nel settore ambulatoriale. La Confederazione può influire su questo aspetto solo in misura limitata, dato che la LAMal lascia molta libertà alle parti contraenti. Ciò non costituisce un problema, purché entrambe le parti siano interessate a trovare una soluzione. I diversi interessi, tuttavia, comportano spesso ritardi o persino blocchi. Questo può comportare che determinate prestazioni vengano fatturate a prezzi eccessivi: ad esempio, dall'introduzione della struttura tariffale, il tempo necessario per il trattamento potrebbe essere diminuito in modo significativo grazie ai progressi tecnici. Il CDF constata che, sebbene negli ultimi anni la Confederazione eserciti una maggiore influenza, essa non sfrutta appieno le sue competenze per garantire la realtà dei costi.

Ad oggi non esistono processi affidabili nel settore ambulatoriale

Le basi di dati di numerose strutture tariffali non sono state più aggiornate dall'entrata in vigore della LAMal nel 1996. Secondo i principi di tariffazione prescritti dal Consiglio federale, le parti contraenti dovrebbero riesaminare e adeguare regolarmente le tariffe nel momento in cui queste non riflettono più la realtà dei costi. Inoltre, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) dovrebbe essere informato dei risultati del riesame, cosa che in realtà non avviene. Dal 2024, la LAMal ha imposto requisiti più severi alle parti contraenti, note anche come partner tariffali, e le obbliga a sorvegliare le quantità, i volumi e i costi. Con questo monitoraggio, in futuro, gli sviluppi anomali dovrebbero essere sottoposti a verifica più rapidamente. Se invece tali parametri restano costanti, una struttura tariffale obsoleta o che non rifletteva i costi già al momento della sua introduzione può continuare a esistere senza essere riesaminata. Un riesame periodico complementare, come previsto da legge e ordinanza, non è quindi ancora garantito.

Se è necessario adeguare la struttura tariffale, i partner tariffali avviano le trattative per la prossima revisione. Negli ultimi decenni si sono verificati diversi ritardi perché i partner tariffali non sono riusciti a trovare un accordo su come affrontare la revisione. Spesso le trattative si sono protratte per anni e hanno messo a dura prova le risorse di tutte le parti coinvolte. I dati da raccogliere presentano un grande potenziale di conflitto. Esistono pochi punti di riferimento per procedere in modo strutturato. Dal punto di vista degli assicuratori malattie, i partner tariffali dovrebbero idealmente concordare all'inizio i parametri chiave. Spesso, però, i fornitori di prestazioni raccoglierebbero già i dati, senza aver concordato in anticipo il metodo di raccolta con gli assicuratori.

Tuttavia, il CDF osserva anche che, sebbene le strutture tariffali si basino nella migliore delle ipotesi su dati attuali, sono sempre il risultato di trattative. Molti fornitori di prestazioni possono fatturare le prestazioni anche tramite altre assicurazioni sociali, ad esempio l'assicurazione contro gli infortuni. In quel caso possono concordare strutture tariffali tendenzialmente più favorevoli, quindi una rimunerazione più elevata per la stessa posizione di prestazione. I fornitori di prestazioni sono pertanto incentivati a dialogare in primo luogo con i rappresentanti dell'assicurazione contro gli infortuni prima di concordare la struttura secondo la LAMal. Questa tattica può ritardare ulteriormente le revisioni delle tariffe nell'ambito della LAMal.

Il coordinamento riguardo alle strutture tariffali per i trattamenti stazionari funziona meglio. La responsabilità per il suo ulteriore sviluppo è stata trasferita per legge alla SwissDRG SA, fondata nel 2008. Il Parlamento ha discusso un modello simile per il settore ambulatoriale, ma per il momento lo ha limitato alle prestazioni mediche. Sul modello della SwissDRG SA, nel 2022 è stata fondata una nuova società, la OTMA SA, incaricata di trovare una soluzione che sostituisca l'obsoleta tariffa medica TARMED. Anche se molte questioni attuative sono ancora aperte, il CDF reputa il ricorso a una simile organizzazione tariffale nel settore ambulatoriale un'opportunità per rendere più efficiente l'aggiornamento delle tariffe, per le prestazioni mediche e non mediche.

La Confederazione potrebbe sfruttare meglio le sue competenze nonostante l'influenza limitata

Oltre a ricorrere a organizzazioni tariffali nazionali, l'UFSP potrebbe informare con maggiore chiarezza i partner tariffali sui criteri che applica per l'approvazione, in particolare sui requisiti per la raccolta dei dati. Negli ultimi anni l'Ufficio ha fornito loro un maggiore supporto nella revisione, al fine di chiarire le questioni già durante le trattative. Dare punti di riferimento concreti può andare a beneficio soprattutto delle piccole organizzazioni. Tuttavia, l'UFSP può imporre oneri vincolanti solo nell'ambito della procedura di approvazione. Inoltre, l'UFSP dovrebbe richiedere una revisione periodica di tutte le strutture tariffali di sua competenza.

Il Consiglio federale ha più possibilità di intervenire. L'Esecutivo può adeguare una struttura tariffale obsoleta se i partner tariffali non riescono a trovare un accordo su una revisione. A tal fine, dal 2023 può richiedere ai partner tariffali di fornire dati esaustivi. In passato, il Consiglio federale è intervenuto due volte per la tariffa per le prestazioni mediche ambulatoriali TARMED. Nel 2023 ha inoltre avviato una procedura di fissazione delle tariffe per le prestazioni di fisioterapia, che ha ritirato nel 2024 a condizione che i partner tariffali avanzino una proposta entro maggio 2025. Sempre nel 2023, all'UFSP sono state inoltre conferite ulteriori competenze per accedere ai dati nell'ambito dell'aggiornamento delle tariffe. Tuttavia, non esiste ancora un piano di attuazione concreto su come l'UFSP utilizzerà le sue nuove competenze per garantire la realtà dei costi delle strutture tariffali. Questo aspetto dovrà essere affrontato al momento dell'attuazione di progetti globali volti a migliorare l'utilizzo dei dati nel settore sanitario.

La negoziazione delle tariffe non garantisce un migliore aggiornamento delle tariffe rispetto alle tariffe ufficiali

Il CDF non ha riscontrato alcuna prova che la negoziazione delle tariffe consenta un migliore aggiornamento delle tariffe rispetto alle tariffe ufficiali. Tuttavia, un confronto con le tariffe ufficiali mostra che in questa area l'UFSP non può far uso delle sue nuove competenze per l'accesso ai dati. Sebbene la Confederazione definisca essa stessa le strutture tariffali, ha minore margine di manovra sui fornitori di prestazioni. Per una struttura adeguata e che rispecchi i costi, necessita della cooperazione dei fornitori di prestazioni. L'esempio delle analisi di laboratorio dimostra che in passato la struttura tariffale è stata aggiornata in modo insufficiente. Il progetto

di revisione globale transAL, avviato nel 2017 e tuttora in corso, richiederà molto tempo, ma promette miglioramenti sotto alcuni aspetti. Nella prossima revisione di legge, il Dipartimento federale dell'interno potrebbe adoperarsi per ottenere ulteriori competenze anche per le tariffe ufficiali, al fine di poter richiedere, se necessario, i dati necessari ai fornitori di prestazione.