

Presa di posizione

Revisione LAMal: progetto finanziamento ospedaliero

Stato: Il modello è entrato in vigore il 1° gennaio 2009. Le novità essenziali entreranno in vigore a inizio 2012, dopo un periodo transitorio di tre anni.

Punti chiave della revisione

La più importante innovazione consiste nella modifica del finanziamento delle prestazioni stazionarie. In futuro non saranno più coperti tutti i costi occorsi durante le degenze ospedaliere, bensì le prestazioni saranno saldate mediante un sistema di importi forfetari per caso, orientato alle diagnosi mediche (DRG). Il criterio fondamentale per la definizione del gruppo di caso è la diagnosi principale. Questo può essere accompagnato anche da criteri come diagnosi secondaria, complicazioni, cure/operazioni nonché età e sesso. Per definire la struttura tariffale è stata costituita l'organizzazione SwissDRG. Le tariffe comprendono sia le spese d'esercizio che i costi d'investimento .

Inoltre, a partire dal 1° gennaio 2012 la partecipazione ai costi dei Cantoni (55 per cento) e delle assicurazioni malattie (45 per cento) sarà disciplinata in modo unitario. I Cantoni con livelli di premio sotto la media possono abbassare la loro quota di partecipazione alla remunerazione e aumentarla fino al 55% nel corso dei prossimi 5 anni.

Un ulteriore punto della revisione prevede la futura parificazione degli ospedali pubblici e privati sugli elenchi cantonali degli ospedali e la libera scelta degli ospedali. In questo modo gli assicurati potranno scegliere liberamente in tutta la Svizzera tra gli ospedali che figurano sui rispettivi elenchi. In caso di trattamento ospedaliero extracantonale, il Cantone e l'assicurazione malattie rimborsano tuttavia al massimo la tariffa valida nel luogo di domicilio del paziente. Eventuali costi supplementari sono a carico dell'assicurato (o delle sue assicurazioni complementari ospedaliere).

Posizione di Visana in merito al nuovo finanziamento ospedaliero

Visana è in gran parte d'accordo con la revisione parziale della LAMal per quanto riguarda il finanziamento ospedaliero. In particolare Visana approva l'introduzione dei forfait per caso riferiti alle prestazioni e così anche il passaggio all'indennizzo della prestazione nonché il trattamento

finanziario equo di tutti gli ospedali sull'elenco. In questo modo gli assicurati potranno scegliere liberamente in tutta la Svizzera tra gli ospedali che figurano sugli elenchi.

Purtroppo il Parlamento ha omesso di eliminare il finanziamento divergente per le prestazioni stazionarie e per quelle ambulatoriali, facendo persistere falsi incentivi finanziari. Per questo motivo Visana sostiene il finanziamento delle prestazioni stazionarie da parte di un unico partner (monismo).

Con la ripartizione dei costi tra i Cantoni (55%) e le assicurazioni malattia (45%), la nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero comporta costi supplementari per gli assicuratori malattie. Questo è dovuto in particolar modo al periodo transitorio di cinque anni concesso ai Cantoni che presentano uno sviluppo dei premi inferiore alla media svizzera. Ciò che era stato pensato per non gravare eccessivamente sui Cantoni interessati, viene ora utilizzato da quest'ultimi per scaricare i costi sugli assicurati.

È importante sottolineare che la libertà di scelta aumenta la concorrenza tra gli ospedali. Visana spera che ciò comporti un freno dell'incremento dei costi, anche se per il momento il Parlamento ha rinunciato al necessario decentramento istituzionale dei diversi ruoli assunti dai Cantoni.

Fabian Baer, Comunicazione aziendale