



Scheda informativa

Data:

7 ottobre 2024

Cure a domicilio e in casa di cura: finanziamento attuale e finanziamento uniforme

Finanziamento attuale delle prestazioni di cura

Oggi le prestazioni di cura, sia a domicilio che in casa di cura, sono finanziate da tre fonti: dall'assicurazione malattie (contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie [AOMS] per persona bisognosa di cure fissato dal Consiglio federale, l'importo dipende dal fabbisogno individuale di cure), dai Cantoni (finanziamento residuo) e dagli assicurati stessi (contributo dei pazienti per le prestazioni di cura, l'importo massimo è fissato dal Consiglio federale). I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo, ovvero i costi che rimangono una volta versati i contributi dell'assicuratore e dei beneficiari delle cure. Attualmente esistono notevoli differenze tra i Cantoni per quanto concerne le modalità di attuazione di questo finanziamento residuo. Dalla valutazione dell'attuale sistema di finanziamento delle cure è emerso che il finanziamento residuo è in parte insufficiente. Nel 2022 i contributi degli assicuratori (prestazioni nette, senza partecipazione ai costi) erano pari a circa 3,1 miliardi di franchi, mentre il finanziamento residuo dei Cantoni è stato stimato a circa 2,7 miliardi di franchi. L'entità del finanziamento residuo cantonale non si conosce con precisione, poiché non viene presentata separatamente dai Cantoni. Le stime si basano su uno studio¹ relativo al finanziamento residuo dei Cantoni dal 2016 al 2019.

Poiché il contributo dell'AOMS fissato dal Consiglio federale è dovuto per ogni persona bisognosa di cure, l'AOMS, e quindi i pagatori di premi nel sistema attuale, cofinanziano completamente un aumento del numero di persone bisognose di cure, ad esempio a causa dell'invecchiamento della società. Se, ad esempio, il numero di persone bisognose di assistenza a lungo termine raddoppia, anche il contributo dell'AOMS e quindi dei pagatori di premi raddoppia, a patto che le altre condizioni rimangano invariate. Tuttavia, nel sistema attuale, l'AOMS non è influenzata dagli aumenti dei prezzi, ossia da costi più elevati per singola ora di cura, ad esempio a causa dell'inflazione, finché il Consiglio federale non adegua il contributo dell'AOMS.

Se lo desidera, il Cantone può farsi carico volontariamente dell'intero contributo degli assicurati o di una parte di esso. Molti Cantoni riducono il contributo che devono versare le persone non autosufficienti, soprattutto per le cure a domicilio.

¹ INFRAS 2021, *Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG*. Disponibile in tedesco al link www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung.

Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Media e comunicazione, www.ufsp.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e francese.

Esempio attuale per le case di cura

L'assicurazione malattie paga 9.60 franchi per livello di cure, definito come 20 minuti di assistenza al giorno (livello massimo 12, corrispondente a un bisogno di assistenza di oltre 220 minuti al giorno, ossia franchi 115.20 al giorno).

Il residente paga al massimo 23.00 franchi al giorno per i costi delle cure. Il Comune / Cantone si fa carico del finanziamento residuo dei costi delle cure. Questo principio dovrebbe permettere di finanziare il totale dei costi delle cure riconosciuti e giustificati.

Esempio attuale per le cure a domicilio

L'assicurazione malattie paga, a seconda della prestazione, tra i 52.60 e i 76.90 franchi all'ora.

Il paziente partecipa con un massimo di 15.35 franchi al giorno ai costi delle cure. Il Cantone / Comune si fa carico del finanziamento residuo.

Cosa cambierà con il finanziamento uniforme

Con il finanziamento uniforme, l'attuale sistema di contributi dell'AOMS e di finanziamento residuo dei Cantoni verrà sostituito da tariffe per le prestazioni di cura. I fornitori di prestazioni, inclusi gli infermieri che esercitano a titolo indipendente, gli assicuratori e i Cantoni, saranno rappresentati nell'organizzazione tariffaria competente per la struttura tariffaria. I fornitori di prestazioni potranno negoziare le tariffe con gli assicuratori e sottoporle, a seconda del campo di applicazione, ai Cantoni o alla Confederazione per approvazione. Le nuove tariffe di remunerazione delle prestazioni di cura dovranno rispettare i requisiti previsti dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). Le tariffe dovranno quindi essere determinate sulla base dei costi di una fornitura efficiente delle prestazioni.

Questi due aspetti sono vantaggiosi per gli istituti di cura e, pertanto, anche per il personale infermieristico. In futuro, infatti, essi avranno una maggiore influenza sulla definizione delle tariffe e potranno far valere direttamente i propri interessi. Inoltre, rispetto a quanto avviene con l'attuale finanziamento residuo da parte dei Cantoni, il quadro giuridico per le tariffe dell'assicurazione malattie sarà più chiaro e garantirà più stabilità e prevedibilità agli istituti di cura come pure, di conseguenza, al personale infermieristico.

Le persone bisognose di cure continueranno a versare un contributo ai costi delle prestazioni di cura il cui importo sarà fissato dal Consiglio federale, come avviene attualmente. Al momento del passaggio alla nuova modalità di finanziamento, il Consiglio federale dovrà definire un importo che non sia superiore a quello precedente e che non potrà aumentare per almeno quattro anni. Come avviene oggi, i Cantoni continueranno ad avere la possibilità di pagare su base volontaria tutto o parte del contributo dei pazienti per i servizi di assistenza.

Perché un termine più lungo per integrare le cure di lunga durata?

L'integrazione delle prestazioni di cura avverrà quattro anni dopo l'introduzione del finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (2028). Il motivo è che i partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori) devono prima concordare le tariffe per le prestazioni di cura, che sostituiranno gli attuali contributi dell'AOMS e il finanziamento residuo dei Cantoni. Per fissare le tariffe, hanno bisogno di una banca dati trasparente con i costi delle varie prestazioni. Per garantire che essa possa essere realizzata, i costi dei servizi di cure saranno registrati in modo uniforme in tutta la Svizzera a partire dal 2028. Questo creerà la base necessaria affinché i partner tariffali possano concordare le tariffe entro il 2032.

Maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Media e comunicazione, www.ufsp.admin.ch

La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e francese.