



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Posizioni 02.02.2017

Regole nel tariffario medico: poco gradite, ma utili ed efficaci

curafutura si impegna non solo per quanto concerne il tariffario medico esistente ma anche nei lavori alla nuova struttura tariffale medica ats-tms per delle regole fissate direttamente nel tariffario. Queste regole devono promuovere l'applicazione unitaria e trasparente e prevenire aumenti quantitativi ingiustificati. Nell'interesse degli assicurati contrastano gli aumenti dei premi non ulteriormente sostenibili.

Le proposte che curafutura ha presentato al Consiglio federale per un intervento sul tariffario medico ambulatoriale TARMED dell'ottobre 2016 comprendono perciò anche misure per fissare nella struttura tariffaria delle regole esistenti e nuove, valide per tutti i medici.

Le limitazioni nel tariffario medico favoriscono la correttezza e la trasparenza

Per far sì che una struttura tariffale funzioni senza problemi nell'uso quotidiano sia per i fornitori di prestazioni che per coloro che si fanno carico dei costi e sia comprensibile anche per i pazienti, sono necessarie delle regole. Proprio nel caso delle strutture tariffali, che si basano come il tariffario medico TARMED sulla possibilità di fatturare prestazioni singole, sono indispensabili regole per l'accertamento e la gestione di potenziali eccessi di cura o doppie fatturazioni. Con l'ausilio di riferimenti vincolanti deve essere individuata una misura per garantire dei trattamenti medici ragionevoli. Non vi deve essere spazio per prestazioni prive di vantaggi sostanziali per i pazienti.

Esempio delle prestazioni fornite in assenza del paziente

Come esempio di una prestazione con limitazione di quantità e tempo si può citare quello della «prestazione medica in assenza del paziente (incluso lo studio degli atti), ogni 5 min», che può essere fatturata non più di dodici volte in tre mesi (complessivamente un'ora).

Prestazioni in assenza del paziente possono essere conteggiate sia tra le «prestazioni di base» che tra le prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche. Il volume complessivo ammonta a 589 milioni di punti tariffali (1).

L'evoluzione della «prestazione medica in assenza del paziente» degli ultimi tre anni mostra un forte aumento quantitativo del 37 %, senza che si possano scorgere motivi comprensibili dal punto di vista medico. La «prestazione in assenza» non può essere controllata né dagli assicuratori né dai pazienti che del resto non erano presenti al momento della fornitura della prestazione.

Abolizione delle «regole speciali»

Una quantità di limitazioni quantitative e di tempo, in particolare nell'ambito voluminoso delle prestazioni di base, sono state abolite fin dall'introduzione del TARMED sulla base di una regolamentazione speciale per i fornitori di prestazioni che fatturano in modo elettronico. Poiché la fatturazione elettronica è diffusa, la regolamentazione speciale vale ormai per la maggioranza dei fornitori di prestazioni. La regolamentazione speciale vale anche per



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

l'esempio sopracitato della «prestazione in assenza».

curafutura e i suoi membri hanno valutato alcune prestazioni con un notevole volume di punti tariffali con delle limitazioni condizionali. È risultato che le limitazioni vengono rispettate per la maggior parte, ciò che indica un'entità della limitazione fondamentalmente sostenibile. Ciononostante i superamenti esistenti delle limitazioni si sommano a causa dell'elevato volume di fatturazione raggiungendo un valore complessivo rilevante. Per questo motivo è necessario arginare gli aumenti quantitativi potenzialmente inappropriati con l'applicazione dei limiti. Delle eccezioni indicate dal punto di vista medico sono possibili dopo aver sentito gli assicuratori.

Per questa ragione curafutura propone nell'ambito dell'intervento tariffale che le limitazioni quantitative e di tempo già inserite nel tariffario vengano applicate a tutti i medici in modo unitario e illimitato.

(1) Fonte dei dati: SASIS SA, Pool tariffale, dati mensili giugno 2016, estrapolazione in base al grado di copertura (totale voci di prestazioni 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) / valutazione curafutura