

vin

Ordinanza
del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria
delle cure medico-sanitarie
(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)

Modifica del...

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI))

ordina:

I

L'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995¹ sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è modificata come segue:

Art. 7 cpv. 2 lett. a n. 1

² Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

- a. valutazione, consigli e coordinamento:
 - 1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari,

Art. 7a cpv. 1 e 3

¹ Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b, l'assicurazione versa, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti:

- a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 76.93 franchi all'ora;
- b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 63.05 franchi all'ora;
- c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: 52.63 franchi all'ora.

² Il rimborso dei contributi di cui al capoverso 1 è calcolato per unità di tempo di 5 minuti. Il rimborso minimo è di 10 minuti.

¹ RS 832.112.31

³ Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c, l'assicurazione versa, al giorno e per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti:

- a. per bisogni di cure fino a 20 minuti: 9.60 franchi;
- b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti: 19.21 franchi;
- c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti: 28.81 franchi;
- d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti: 38.41 franchi;
- e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti: 48.02 franchi;
- f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: 57.62 franchi;
- g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: 67.22 franchi;
- h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: 76.82 franchi;
- i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti: 86.43 franchi;
- j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti: 96.03 franchi;
- k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti: 105.63 franchi;
- l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: 115.24 franchi.

⁴ Nel caso delle strutture diurne o notturne di cui all'articolo 7 capoverso 2^{ter}, l'assicurazione versa per ogni giorno o per ogni notte, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi previsti al capoverso 3.

Art. 8 Prescrizione o mandato medico

¹ La prescrizione o il mandato medico determina:

- a. se il paziente necessita di cure;
- b. di quale delle seguenti categorie di cure necessita il paziente:
 1. prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a o c (valutazione, consigli, coordinamento o cure di base), o
 2. prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b (esami o cure).

² La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare:

- a. sei mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b;
- b. dodici mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c;
- c. due settimane per le cure acute e transitorie che si rivelano necessarie dopo un soggiorno ospedaliero e che sono prescritte da un medico dell'ospedale.

³ Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa

di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.

⁴ Nei casi di cui al capoverso 2 lettere a e b, la prescrizione o il mandato medico può essere rinnovato.

Art. 8a Valutazione dei bisogni

¹ I bisogni per attuare la prescrizione o il mandato medico sono valutati come segue:

- a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c: da un infermiere (art. 49 OAMal) in collaborazione con il paziente o i suoi familiari; l'esito è trasmesso per informazione al medico prescrivente;
- b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b o per le cure acute e transitorie: da un infermiere (art. 49 OAMal) in collaborazione con il medico prescrivente e il paziente o i suoi familiari.

² La valutazione dei bisogni comprende anche l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente sociale in cui vive.

³ La valutazione dei bisogni si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario standard che indica segnatamente il tempo necessario per fornire le prestazioni previste. Il formulario è approntato dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori.

⁴ L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati i dati della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

⁵ In caso di una nuova prescrizione, di un nuovo mandato medico o di un rinnovo, deve essere effettuata una nuova valutazione dei bisogni conformemente al capoverso 1.

Art. 8b Valutazione dei bisogni nelle case di cura

¹ Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni nelle case di cura deve distinguere tra le cure di cui all'articolo 33 lettera b OAMal e altre prestazioni.

² Nella valutazione dei bisogni, il bisogno di cure comprovato deve corrispondere in media alle cure effettivamente dispensate in minuti. Le cure effettivamente dispensate devono situarsi in media, per livello del bisogno di cure comprovato, nell'intervallo in minuti fissato per i 12 livelli dei bisogni di cure di cui all'articolo 7a capoverso 3. Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni nelle case di cura deve indicare la varianza delle cure effettivamente dispensate rispetto al bisogno di cure comprovato per ogni livello del bisogno di cure.

³ Lo strumento utilizzato per la valutazione del bisogno nelle case di cura deve stabilire le cure da dispensare sulla base di studi rappresentativi dei tempi condotti in Svizzera sulla totalità dei pazienti delle case di cura, che indicano le cure effettiva-

mente dispensate. Il metodo usato dagli studi dei tempi deve essere scientificamente riconosciuto e atto a distinguere tra cure e altre prestazioni.

⁴ Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni nelle case di cura deve consentire la rilevazione di dati per indicatori medici della qualità (art. 59a cpv. 1 lett. f LAMal).

Art. 8c Procedura di controllo e di conciliazione

¹ I fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 e gli assicuratori concordano una procedura di controllo e di conciliazione.

² In assenza di convenzione, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la procedura di controllo e di conciliazione.

³ La procedura di controllo serve alla verifica della valutazione dei bisogni e al controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni.

⁴ Se le cure dispensate da fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b prevedono oltre 60 ore per trimestre, il medico di fiducia (art. 57 LAMal²) può verificare la valutazione dei bisogni. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, il medico di fiducia effettua verifiche a saggio sistematiche.

Disposizioni transitorie della modifica del ...

La valutazione dei bisogni nelle case di cura può essere effettuata secondo il diritto anteriore fino alla fine del 2020.

II

La presente ordinanza entra in vigore il 1° luglio 2019.

² RS 832.10