

Richieste inaccettabili dei cantoni

Le cure di lunga durata e le cure agli anziani non rientrano nel finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie



Cartellino giallo per i cantoni

I cantoni vogliono contribuire al finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS) solo se vi si includono le spese di cura. I cantoni desiderano cogliere l'occasione per distrarre dagli errori della pianificazione e addossare più spese di cura a chi paga i premi. •

Heinz Brand, presidente di santésuisse

La proposta dei cantoni di includere le spese di cura nell'EFAS non è pertinente, perché va a gravare ancora di più gli assicurati.

Il finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS) vincola i cantoni, che governano e regolano l'offerta determinante nel settore ambulatoriale, a partecipare ai costi che ne derivano. Inoltre rafforza il trasferimento delle prestazioni stazionarie a quelle ambulatoriali, cosa spesso utile sotto il profilo medico ed economico. Tuttavia, l'inclusione delle cure di lunga durata e delle cure agli anziani nell'EFAS non è pertinente, perché non genera una maggiore efficienza. I cantoni vogliono semplicemente cogliere l'occasione per addossare più costi a chi paga i premi. Una misura che va a colpire in particolare il ceto medio e le famiglie perché, di regola, non beneficiano di riduzioni di premio e devono accollarsi i premi per più persone. Con il nuovo ordinamento per il finanziamento delle cure, introdotto nel 2011, il legislatore voleva evitare che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) si

trasformasse a poco a poco in un'assicurazione di cure. Sta di fatto che l'AOMS contribuisce in misura crescente alle cure di lunga durata provocate dall'invecchiamento demografico della popolazione. La richiesta dei cantoni di includere le spese di cura nell'EFAS e di gravare ancora di più gli assicurati è decisamente fuori luogo.

L'EFAS obbliga i cantoni ad assumersi le responsabilità

L'EFAS è uno strumento indispensabile per accrescere l'efficienza nella sanità e per garantirne il finanziamento equo. L'EFAS permetterà ai cantoni di ritrovare il giusto equilibrio tra gestione delle autorizzazioni e responsabilità dei costi. In futuro i cantoni dovranno usare maggiore prudenza specie in materia di nuove autorizzazioni dei medici. •

INDICE

Richieste speciali onerose	2
Gestione delle autorizzazioni	3

Richieste speciali onerose

Sempre più richieste a scapito degli assicurati



Lista dei desideri

- 1) Migliorare le condizioni
- 2) Terapia gen...
- 3) Tariffe...

L'elenco delle nuove richieste onerose nella sanità non smette di ampliarsi e rischia di provocare un ulteriore aumento quantificabile in parecchi miliardi. Per tutelare gli assicurati, santésuisse chiede di impiegare i mezzi con parsimonia. Soddisfare queste richieste onerose comporterà premi assicurativi proibitivi, col rischio di dover introdurre limitazioni e generare una medicina a due velocità. santésuisse continua a mantenere vivo il principio di solidarietà nell'assicurazione malattia.

Nella trasmissione radiofonica SRF-Samstagsrundschau del 10 agosto 2019 il presidente di santésuisse, Heinz Brand, ha ribadito che i pazienti devono poter beneficiare anche in futuro dei progressi della medicina, senza per questo sacrificare il sistema di assicurazione sociale. In caso contrario rischiamo di avere una medicina a due velocità. L'accesso garantito alle prestazioni mediche per tutti gli assicurati è una conquista fondamentale del nostro sistema sanitario per evitare che si arrivi ad avere pazienti di serie A e di serie B. A tale scopo, occorre evitare che i premi assicurativi aumentino in modo proibitivo. Dando seguito alle richieste speciali, si rischia invece un incremento dei costi a medio termine fino a 10 miliardi di franchi. Ogni anno, notabene!

Richieste speciali a non finire: cure, tariffe mediche, ospedali pediatrici, medicinali, psicologi, interpreti ecc.

L'iniziativa sulle cure infermieristiche forti si prefigge di migliorare la condizione del personale infermieristico, sebbene il livello delle cure infermieristiche in Svizzera sia eccellente nel raffronto europeo. Infatti, il nostro Paese si piazza ai primissimi posti in Europa per numero di infermieri ogni mille abitanti. Inoltre, i salari nel settore delle cure si collocano nella media svizzera. Sulla base di dati concreti, santésuisse stima a quasi cinque miliardi di franchi i costi supplementari provocati dall'iniziativa. L'eventuale introduzione della nuova tariffa medica TARDOC provocherà – a seconda della variante scelta – un ulteriore incremento dei costi nell'ordine di due o tre miliardi di franchi l'anno per le prestazioni ambulatoriali.

Con lo sviluppo di nuovi medicinali, l'industria farmaceutica promette di guarire malattie rare. Ma per farlo chiede prezzi sempre più elevati, che non trovano riscontro nella realtà. Questi medicinali rischiano di provocare altri costi supplementari pari a un miliardo l'anno nei prossimi cinque anni. Non dimentichiamo, poi, i rincari indotti dall'aumento delle tariffe mediche in singoli cantoni, dagli ospedali pediatrici, dagli psicologi o dagli interpreti.

Urgono riforme rapide

In collaborazione con l'Associazione delle discipline mediche chirurgiche e invasive FMCH, santésuisse sta approntando una proposta tariffale basata sugli importi forfettari che svincola

la remunerazione dal fattore tempo e la calcola invece in funzione della prestazione dispensata. In questo modo si evita l'accumulo arbitrario di singole prestazioni e nello stesso tempo si migliora la qualità.

santésuisse si aspetta ulteriori benefici dal progetto qualità approvato dal Parlamento la scorsa primavera, che finalmente permette di quantificare e differenziare le prestazioni. L'obiettivo è di arrivare gradualmente ad autorizzare, e far remunerare, solamente le prestazioni efficaci. santésuisse continuerà il suo impegno contro i prezzi eccessivi dei medicinali, contro l'offerta eccedentaria e contro le prestazioni non idonee che provocano un inutile incremento dei costi. •

”
I pazienti devono poter beneficiare anche in futuro dei progressi della medicina, senza per questo sacrificare il sistema di assicurazione sociale

Evitare una ricaduta

È ora che i cantoni gestiscano con efficienza le autorizzazioni mediche



L'incarico affidato al Parlamento di formulare una nuova disciplina per limitare le autorizzazioni dei medici rischia di insabbiarsi. Dopo che il Consiglio degli Stati ha rintuzzato il progetto (vedi NZZ del 4 giugno 2019), spetta al Nazionale tentare di salvarlo.

Per quanto riguarda la gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale, i cantoni sono riusciti a spuntarla: spetta loro l'ultima parola nell'autorizzazione dei medici. Il che non è di per sé grave. Ma, per coerenza, i cantoni devono garantire di riuscire effettivamente a gestire e limitare le autorizzazioni dei medici e devono intervenire quando i costi di determinate categorie di fornitori di prestazioni sfuggono al controllo.

Il «blocco delle autorizzazioni» si è dimostrato poco efficace

A tutt'oggi, le differenti versioni della gestione strategica delle autorizzazioni correlata al fabbisogno non sono state applicate o lo sono state in misura insufficiente. Al fine di contenere i costi non ha quindi molto senso vietare ai medici stranieri di aprire un proprio studio e di assumerli, invece, negli ospedali, dove una consultazione costa in media il doppio. Non solo: dopo tre anni come dipendente in «clinica» il medico straniero acquista il diritto di aprire un proprio studio. Inoltre, la gestione delle autorizzazioni si rivela poco utile se un cantone la applica e un altro no: dal momento che l'offerta condiziona la domanda e i pazienti

varcano sempre più spesso i confini cantonali, l'inattività di alcuni cantoni si ripercuote anche su quei cantoni che invece limitano l'eccesso di medici.

Regolamentazione a discrezione dei cantoni?

Il Nazionale ha imparato la lezione dalla «situazione di laissez-faire» tollerata finora e ha presentato una soluzione che promette di essere efficace: ai cantoni compete definitivamente la gestione delle autorizzazioni, a condizione di garantirne l'efficacia. La soluzione proposta dal Consiglio degli Stati, invece, si rivela poco incisiva: ai cantoni si accordano definitivamente le ulteriori competenze richieste, ma senza chiedere loro di assumersi responsabilità e fornire giustificazioni. Stando al Consiglio degli Stati, nessuno potrà intervenire in caso di offerta eccedentaria e relativi costi. Il diritto di ricorso spetterà esclusivamente ai fornitori di prestazioni non autorizzati. Se dovesse prevalere la versione del tutto inadeguata del Consiglio degli Stati, acquisterebbe ancora maggiore enfasi quanto affermato da una personalità politica esperta in materia sanitaria: «Il campanilismo cantonale è il fattore che più di ogni altro fa lievitare i costi dell'assicurazione malattia». •

Finanziamento degli ospedali pediatrici: tariffe troppo basse oppure ospedali poco efficienti?

Gli ospedali pediatrici lamentano tariffe insufficienti a coprire i costi. Tuttavia, esaminare le attuali tariffe aiuta a ridimensionare le richieste. E non dimentichiamo la questione efficienza!

I media hanno dato grande rilievo all'allarme lanciato dagli ospedali pediatrici, secondo cui le tariffe non coprono le spese, mettendo così a rischio l'assistenza ai piccoli pazienti. La legge sull'assicurazione malattie prevede che le prestazioni vadano remunerate in modo adeguato e i costi vadano coperti. Ma a una condizione essenziale: le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche. Non devono essere gli assicurati a dover sanare le inefficienze aziendali e i costi troppo elevati e scoperti. Di questo parere è anche il Consiglio federale.

Tempi di cura più lunghi per i bambini

Dopo l'intervento del Consiglio federale nella tariffa ambulatoriale TARMED nel 2014, per le cure dispensate ai bambini – e anche agli anziani – si conteggia un impegno di tempo maggiore che non per i pazienti adulti. Anche per il colloquio con i genitori, il fattore tempo è remunerato in modo più generoso rispetto a quello per gli adulti. L'impegno temporale previsto dalle tariffe per le prestazioni mediche dispensate ai bambini e agli adolescenti è calcolato in modo generalmente molto più generoso. Il medico può impiegare in parte fino a 45 minuti per gli esami profilattici necessari per un bambino. In combinazione con le altre prestazioni imputabili TARMED, è fuori luogo affermare che si fanno economie a scapito dei più piccoli. Lo stesso discorso vale per il settore ospedaliero. Anche qui gli importi forfettari sono più elevati di quelli per gli adulti. •

In breve



Elenchi delle operazioni ambulatoriali: esito non ancora univoco

santésuisse ha raffrontato l'evoluzione dei costi nei cantoni con e senza elenco delle operazioni da effettuare ambulatorialmente.

Dagli interventi effettuati a livello ambulatoriale invece che stazionario ci si ripromette una riduzione dei costi. santésuisse ha raffrontato l'andamento dei costi nei cantoni con e senza elenco delle operazioni ambulatoriali. Alcuni elenchi sono entrati in vigore alla metà del 2017 o agli inizi del 2018. In teoria gli effetti del trasferimento si sarebbero dovuti manifestare già nel primo semestre 2018. A tale scopo, per i trattamenti dispensati nei primi semestri 2017 e 2018, si è tenuto conto dei ritardi nei pagamenti maturati ogni anno. Nei cantoni con elenco, l'incremento delle complessive prestazioni lorde nel settore della medicina somatica acuta, ossia finanziate sia dai cantoni che dagli assicuratori malattia, è leggermente più basso rispetto ai cantoni senza elenco. Ciò dimostra che il trasferimento al settore ambulatoriale permette di ridurre i costi. Complessivamente, però, il risparmio effettivo evidenziato dai dati è talmente esiguo – e le differenze tra i vari cantoni così elevate – che non si può (ancora) parlare di risparmi reali. •

santésuisse respinge il controprogetto all'iniziativa sulle cure infermieristiche

Un'accademizzazione inutile e dispendiosa che fa salire i prezzi, ma che non serve ai pazienti

Il controprogetto indiretto all'iniziativa sulle cure infermieristiche intende accordare uno status speciale al personale infermieristico che va a gravare ancora di più gli assicurati e i contribuenti. Possiamo senz'altro definire buone le condizioni quadro che caratterizzano attualmente il settore delle cure infermieristiche. Per contrastare la carenza di personale in un futuro prossimo servono adeguamenti puntuali nella formazione. In considerazione dell'incremento progressivo delle cure infermieristiche conseguente all'andamento demografico, santésuisse chiede di facilitare l'accesso alle professioni sanitarie a livello di formazione professionale di base. santésuisse respinge il controprogetto e condivide il parere del Consiglio federale sulla non necessità di intervenire a livello di legislazione. Gli eventuali miglioramenti pertinenti si possono introdurre facendo ricorso alle attuali basi legali. Abrogando di fatto la prescrizione medica per le cure a partire dal 1° gennaio 2020, il DFI è venuto incontro alle richieste dei promotori dell'iniziativa nella misura più ampia possibile. •

BLOG

Cure di lunga durata: si rischia il botto!

Una ricerca dell'Università San Gallo evidenzia che entro il 2040 i costi per le cure di lunga durata passeranno dagli attuali 15 ai 31 miliardi a seguito dell'andamento demografico. In occasione dell'assemblea generale di santésuisse si è discusso su come affrontare questa lievitazione dei costi. •

→ bit.ly/2XaRODm

Nel 2018 gli assicurati sono rimasti fedeli al proprio assicuratore

La compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattia verrà perfezionata ancora di più. D'ora in poi si terranno in considerazione anche i dati riferiti all'acquisto di medicinali. Utilizzando i dati riferiti ai costi del 2017 e 2018, la «istituzione comune LAMal» incaricata di attuare la compensazione dei rischi ha rilevato le affiliazioni e disdette degli assicurati. Si sono avvalorate le informazioni sul cambio di assicuratore raccolte finora solo tramite i sondaggi. Il 93 per cento delle persone considerate sono rimaste fedeli al proprio assicuratore, nonostante i premi siano saliti in media del quattro per cento nel 2018. Ne possiamo dedurre che la maggior parte degli assicurati è soddisfatta della propria cassa malati. •

→ santesu.is/se058