

FOCUS

4 | 2017

POLITICA SANITARIA

Razionamento con budget globali

Trovare la quadratura del cerchio



Carenza di medici: un dolore fantasma?

La penuria di medici è diventata una litania quotidiana. Ma un'analisi di santésuisse giunge a conclusioni del tutto opposte: entro il 2030 avremo un eccesso di medici nel settore ambulatoriale. Perciò serve subito un piano sanitario basato su fatti concreti e senza vincoli di natura politica. •

Heinz Brand, presidente santésuisse

Limitare le spese con i budget globali non deve compromettere la qualità e provocare tempi d'attesa inaccettabili. Invece, è proprio quello che dobbiamo aspettarci a considerare le esperienze maturate all'estero. Le esperienze maturate in Svizzera non sono significative, perché riguardano soltanto il settore ospedaliero e si possono aggirare facilmente.

Molte delle misure che il gruppo di esperti internazionali ha proposto di recente al Consiglio federale per ridurre i costi vanno nella direzione giusta, ad esempio i medicinali o la pianificazione sanitaria sovracantonale. Secondo l'UFSP un quinto delle prestazioni sanitarie in Svizzera sono inefficaci o inutili. La raccomandazione degli esperti più gravida di conseguenze per la popolazione, ossia lo stanziamento globale di bilancio per plafonare i costi, potrebbe ripercuotersi negativamente sui pazienti senza adeguate misure di tutela e

potrebbe generare razionamento e medicina a due velocità al posto della tanto invocata efficienza.

Budget globali a scapito dei pazienti

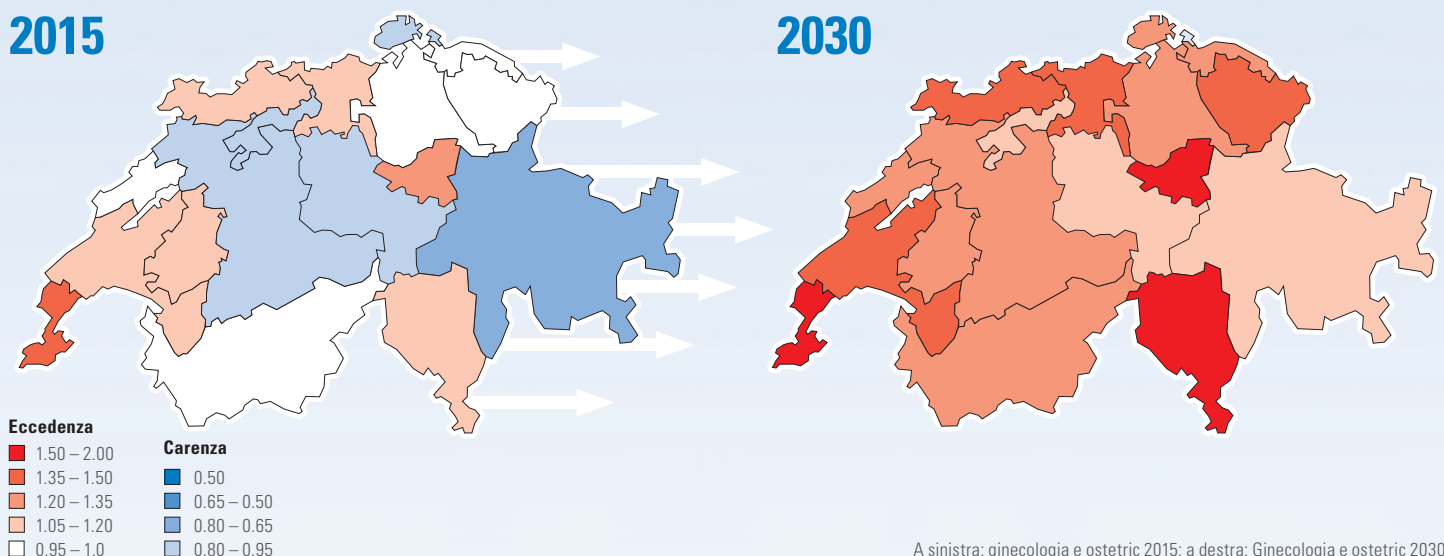
Nei Paesi Bassi e in Germania, due paesi che hanno introdotto almeno in parte i budget globali, la misura non è servita a frenare i costi. Anzi, si temono pesanti effetti collaterali: le prestazioni vengono rimandate nel tempo oppure trasferite in ambiti senza plafonamento. Questo razionamento occulto indebolirà i diritti dei pazienti nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. A farne le spese saranno in particolare i pazienti anziani, cronici e polipatologici. •

INDICE

Eccesso di medici nel settore ambulatoriale	2
Ambulatoriale prima di ospedaliero	3
In breve	4

Invece di una carenza dobbiamo aspettarci un eccesso di medici

Regioni sanitarie per superare il «campanilismo cantonale»



A sinistra: ginecologia e ostetricia 2015; a destra: Ginecologia e ostetricia 2030

Contro ogni allarmismo: una proiezione statistica di santésuisse sulla situazione sanitaria ambulatoriale prevede un eccesso e non una carenza di medici entro il 2030 nella maggior parte dei settori in Svizzera. L'allentamento dell'obbligo di contrarre e una pianificazione sanitaria che trascenda i confini cantonali sono ricette efficaci per contenere l'aumento dei costi.

Per generare un'offerta medica più in linea con il reale fabbisogno servono regioni sanitarie che si sostituiscano ai confini cantonali. L'analisi di santésuisse sulle prestazioni sanitarie ambulatoriali e sui flussi di pazienti supporta questa rivendicazione, avanzata di recente anche dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM). L'assistenza specialistica ambulatoriale si sposta sempre di più nei centri urbani, e questo vale per la maggior parte delle specializzazioni. Si profila sempre più chiaramente la necessità di una struttura sanitaria sovracantonale, se non centrale. Un fenomeno analogo lo si osserva nel settore ospedaliero. A seconda del settore di prestazioni, per le cure somatiche acute è del tutto ragionevole avere tra 9 e 12

invece di 26 regioni sanitarie. All'assistenza medica di base si ricorre soprattutto nel luogo di domicilio o di lavoro.

Nel 2030 si rischia un'eccedenza di prestazioni ambulatoriali

Come si evolverà il fenomeno nei prossimi anni? L'analisi di santésuisse ha utilizzato come benchmark nazionale la densità dei medici 2015. Nel raffronto con l'OCSE, la Svizzera poteva contare già allora su un eccesso invece di una carenza di medici, anche se con nette differenze regionali. Per il 2030, la proiezione prevede un eccesso di medici, fatta eccezione per poche specializzazioni, e questo anche se la domanda di prestazioni mediche dovesse aumentare per ragioni sociodemografiche o medico-tecniche.

Istituire regioni sanitarie

Focalizzando l'attenzione sui Cantoni, l'attuale piano sanitario e l'attuale gestione strategica delle prestazioni sanitarie generano un'offerta eccedentaria sbagliata. La maggior parte dei Cantoni investe il denaro dei contribuenti nelle proprie infrastrutture sanitarie senza alcun coordinamento con i Cantoni limitrofi. Creano nuovi ambulatori

e pianificano costosi ampliamenti ospedalieri giustificandosi con il mandato attribuito loro dalla Costituzione in materia di assistenza sanitaria. Spesso il marketing strategico utile a preservare e promuovere le strutture sanitarie acquista un'importanza superiore all'efficienza e alla qualità. Per evitare un'offerta eccedentaria occorre guardare oltre i confini cantonali nel pianificare l'assistenza e creare regioni sanitarie sovracantonali. La pianificazione e la gestione strategica della sanità devono tenere obbligatoriamente conto dell'offerta di ambulatori ospedalieri. La Confederazione è chiamata a reclamare una definizione della densità di medici secondo il fabbisogno, con valori di riferimento o fasce per regioni sanitarie e gruppi di medici specialisti.

Allentamento dell'obbligo di contrarre

L'allentamento dell'obbligo di contrarre costituisce un'ulteriore misura efficace in caso di offerta eccedentaria di prestazioni sanitarie. Una misura, nota bene, che sarà esaminata anche dal gruppo di esperti nominato dal Consiglio federale e dal Parlamento, i quali le riconoscono un effetto calmierante sui costi e risvolti positivi sulla qualità delle prestazioni. •

Ambulatoriale prima di ospedaliero

Pianificazione sanitaria e finanziamento: due aspetti correlati



La tendenza futura verso le cure ambulatoriali e un elenco di operazioni da armonizzare a livello nazionale sono ulteriori motivi per introdurre quanto prima il finanziamento uniforme delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

La tendenza generale a praticare a livello ambulatoriale gli interventi chirurgici porta a un progressivo ampliamento degli ambulatori ospedalieri e del pronto soccorso. Il forte incremento indotto richiede che si intervenga a livello di offerta e di tariffe. Occorre evitare ulteriori premi nell'assicurazione di base a seguito del trasferimento.

Introdurre rapidamente il finanziamento uniforme delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali

Alcuni Cantoni hanno previsto o già introdotto un elenco degli interventi da praticare obbligatoriamente a livello ambulatoriale. Gli elenchi sono disuguali per entità e direttive di attuazione. santésuisse si oppone agli elenchi cantonali non unitari che oltretutto comporterebbero disu-

guaglianze di trattamento tra pazienti e chiede pertanto una regolamentazione omogenea a livello nazionale.

”
Per una tale assistenza sanitaria occorre prima rimuovere gli incentivi tariffali sbagliati in uso.

Gli elenchi delle operazioni da soli non servono a creare un'offerta orientata al fabbisogno reale. Per una tale assistenza sanitaria occorre prima rimuovere gli incentivi sbagliati in uso. Sono soprattutto gli incentivi tariffali sbagliati a far sì che determinati interventi praticabili ambulatorialmente vengano invece praticati a livello stazionario. Nell'interesse del paziente, la decisione se procedere a una cura stazionaria o ambulatoriale va presa in base all'indicazione medica e non secondo incentivi tariffali. Per il

bene del paziente è quindi necessario finanziare in modo uniforme le prestazioni stazionarie e ambulatoriali. Finanziamento uniforme non significa semplicemente trasferire i costi, come afferma la CDS, ma esplica invece effetti positivi: in primo luogo tutela gli interessi di chi paga i premi, in modo che non vengano penalizzati con un aumento dei premi a seguito della tendenza alla «ambulatorializzazione» che si profila all'orizzonte. In secondo luogo, tutela gli interessi dei pazienti offrendo loro il trattamento medico ottimale nel luogo più adatto. Non devono essere i criteri di finanziamento, ma quelli medici a decidere se praticare un trattamento a livello ambulatoriale od ospedaliero. I Cantoni devono inoltre assumersi la responsabilità finanziaria per le loro politiche di espansione quantitativa prive di coordinamento alcuno nel settore ambulatoriale. •

In breve



Ripartizione delle regioni di premio a livello dei Comuni

La ripartizione delle regioni di premio dovrà continuare ad avvenire sulla base delle differenze di costi dei Comuni. santésuisse accoglie con favore l'intenzione della Commissione della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) di precisare le condizioni quadro per la definizione delle regioni di premio. Definire le regioni di premio sulla base dei distretti o, come proposto dall'UFSP, dei distretti e delle cosiddette regioni MS, è una soluzione meno equa di quella attuale, se considerata in termini di costi. La popolazione nei Comuni con costi sistematicamente più bassi si troverà a finanziare trasversalmente i Comuni con costi permanentemente più alti. È del tutto pertinente che le spese medie di malattia della popolazione dei Comuni restino determinanti nel calcolare le differenze di costo imputabili. Si potrebbe tenere conto del luogo in cui si trovano le case di cura ecc. senza grandi inconvenienti per il Comune di ubicazione. •

La riduzione dei prezzi EMap procede a rilento

Ogni anno gli assicuratori malattia rimborsano all'incirca 550 milioni di franchi per mezzi e apparecchi prescritti dai medici. Vi rientrano i materiali di medicazione, i mezzi ausiliari per l'incontinenza, i respiratori o le strisce reattive per la glicemia. Molti degli importi massimi rimborsabili che figurano nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) sono decisamente troppo elevati. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) si è impegnato nel dicembre 2016 a verificare entro la fine del 2017 i prezzi dei prodotti che complessivamente provocano i due terzi dei costi EMap. Di fatto, la verifica dei prezzi procede a rilento per i prodotti a elevato volume di fatturato ed è poco probabile che la revisione dell'EMAp entri in vigore il 1° gennaio 2018. Anzi, si teme che l'entrata in vigore slitti al 1° luglio 2018 o al 1° gennaio 2019. Secondo le dichiarazioni dell'UFSP la verifica completa dell'elenco dei mezzi ausiliari terminerà entro la fine del 2019. •

BLOG-TELEGRAMMA

Il mancato adeguamento dei prezzi dei medicinali costa milioni

L'ordinanza prescrive di verificare con cadenza almeno triennale i prezzi dei medicinali a carico dell'assicurazione obbligatoria di base. L'UFSP ha ripreso nel 2017 la verifica dei medicinali in elenco dopo una pausa di qualche anno. L'ordinanza del Consiglio federale prevede che gli adeguamenti dei prezzi vengano approvati entro il 1° dicembre 2017. Si suppone che i prezzi calino in modo significativo, anche a seguito del cambio oggi più favorevole (CHF 1.09) rispetto a quello del 2014 (CHF 1.29). L'UFSP comunica che i nuovi prezzi potranno essere approvati solo con effetto 1° gennaio 2018 e spiega il ritardo con il fatto che l'applicazione delle nuove «regole» per la verifica (in vigore dal 1° marzo 2017) richiedono molto più tempo di quanto preventivato. santésuisse stima che per ogni mese di ritardo i costi dei medicinali siano pari a 25 milioni di franchi. •

→ <http://santesu.is/sezdl>

