FOCUS
POLITICA SANITARIA 4-23

Mantenere snello l'EFAS!
Nuova tariffa verso l'approvazione
Fornitore di servizi SASIS SA

Una tariffa medica ambulatoriale che fa ben sperare

La nuova tariffa medica ambulatoriale è pronta per l'approvazione del Consiglio federale. Un segnale positivo per la nuova legislatura.

Dopo tanti anni di attesa, siamo finalmente a un passo dall'adeguare ai tempi la tariffa ambulatoriale. Dopo aver sviluppato congiuntamente la tariffa per i forfait ambulatoriali, santésuisse e «H+ Gli Ospedali Svizzeri» hanno approvato anche il pacchetto complessivo che, oltre all'impiego degli importi forfettari, prevede l'integrazione della tariffa per singola prestazione TARDOC. Le decisioni prese dalle due associazioni sottolineano la loro disponibilità al compromesso, ovvero a coniugare gli elementi più validi dei due approcci tariffali, per assecondare la volontà del Parlamento e del Consiglio federale e gettare le basi per introdurre gli importi forfettari su vasta scala. Una prima tappa fondamentale per il sistema sanitario del domani e alla quale dovranno seguire molte altre ancora. Il Parlamento è chiamato ad agire: deve finalmente approvare misure utili a contenere i costi e respingere nuove prestazioni che vanno a gravare ulteriormente sull'assicurazione base.

santésuisse

Nuova legislatura: un'opportunità da non perdere!

Alla Svizzera servono disperatamente nuove idee per la sanità. Solo se agiremo compatti e senza preclusioni politiche riusciremo ad arginare i costi e mantenere efficiente il nostro sistema sanitario anche in prospettiva futura. santésuisse intende agire da mediatore in questo senso. Insieme a voi, onorevoli parlamentari, vogliamo promuovere e portare finalmente a compimento una serie di importanti riforme. La nuova legislatura ci offre una grandiosa opportunità: non lasciamocela sfuggire. Dobbiamo agire per tutelare chi paga i premi e perché tutti possano continuare a godere di un'assicurazione malattie sociale a un prezzo accessibile anche in un domani.

Martin Landolt
Presidente di santésuisse

Senza correttivi l'EFAS è a rischio fallimento

Il finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS), come proposto dal Consiglio degli Stati, avrà ripercussioni pesanti per chi paga i premi. L'integrazione delle cure farà impennare i costi e la doppia verifica delle fatture altro non è che una mostruosa pastoia burocratica.

Il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS) ha tutte le potenzialità per conferire maggiore efficienza al sistema sanitario. Oggi gli assicuratori malattia si fanno interamente carico delle prestazioni ambulatoriali, mentre quelle ospedaliere vengono assunte in parte dagli assicuratori malattia (45 per cento) e in parte dai Cantoni (55 per cento). Questo fa sì che ai Cantoni vengano a mancare gli incentivi utili per organizzare con efficienza le prestazioni nel settore ambulatoriale e ridurre i costi. L'EFAS potrà contribuire a considerare le prestazioni in modo più integrato, a prescindere dalle categorie ambulatoriali e stazionarie. Pertanto santésuisse appoggia l'EFAS, a condizione però che lo si attui in modo snello. L'EFAS si dimostrerà del tutto inadatto qualora si integrassero in modo non pertinente le cure e se si conferisse ai Cantoni la facoltà di controllare le fatture. santésuisse si oppone decisamente a una simile proposta esagerata e penalizzante per gli assicurati.

Interessi particolari inutili e onerosi

Secondo la volontà dei Cantoni e del Consiglio degli Stati, le cure vanno integrate incondizionatamente nell'EFAS. Una decisione che comporterà costi supplementari quantificabili in alcuni miliardi per gli assicurati, come dimostra uno studio condotto da santésuisse. Nel giro di pochi anni, gli effetti benefici prodotti dall'EFAS verranno vanificati in seguito all'accelerarsi della dinamica dei costi di cura che sfocerà inevitabilmente in un aumento di premi. Inoltre i Cantoni chiedono di aver la facoltà di verificare le fatture e negarne il pagamento. Questa facoltà è la competenza primaria degli assicuratori malattia, che da anni adempiono a questo compito con la massima qualità. Un simile duplice ruolo assunto dai Cantoni comporterà un onere burocratico eccessivo, anche perché per ogni incongruenza nelle valutazioni si rischierà di finire in tribunale.

Respingere la proposta unilaterale

Il Consiglio nazionale intende subordinare l'integrazione delle cure di lungodegenza perlomeno a condizioni precise: i Cantoni devono garantire la necessaria trasparenza dei costi nel settore delle cure e, soprattutto, occorre aver già attuato integralmente l'iniziativa sulle cure infermieristiche. Una volta soddisfatte queste condizioni, l'integrazione delle cure farà salire i costi e di conseguenza aumenteranno i premi per gli assicurati. Il Consiglio nazionale propone inoltre che i Cantoni possano ricevere sì delle singole fatture stazionarie, ma senza poterle sottoporre a una inefficace doppia verifica. Nel senso di un compromesso, tale soluzione può essere accettabile poiché i Cantoni, in quanto proprietari di ospedali, svolgono compiti di controllo e pianificazione. Adesso che l'EFAS entra nella fase decisiva non è certo il caso di accettare falsi compromessi solo per portare precipitosamente in porto il progetto. Occorre respingere energicamente una riforma costosa, e solo in apparenza utile.

Importi forfettari ambulatoriali

Finalmente a una svolta dopo 20 anni!

santésuisse approva il pacchetto che comprende forfait ambulatoriali e tariffa medica per singola prestazione. I forfait ambulatoriali per le costose cure specialistiche sono una misura efficace per contrastarne l'aumento quantitativo, introducono gli incentivi corretti e aiutano a ridurre gli oneri amministrativi.

Ai primi di novembre, il Consiglio di amministrazione di santésuisse ha ribadito all'unanimità il sostegno al compromesso tariffale e si è espresso a favore dell'introduzione di una tariffa che comprende i forfait ambulatoriali e la tariffa per singola prestazione TARDOC. Il compromesso, siglato negli scorsi mesi a favore di una tariffa medica sostenibile anche in futuro, permette di coniugare i vantaggi delle due tariffe. I forfait rispecchiano in particolare le cure altamente standardizzate e che richiedono l'impiego di molte risorse in una data giornata, mentre per esempio le consultazioni per le cure preliminari e successive vengono fatturate sulla base della tariffa per singola tariffa TARDOC.

Semplice e comprensibile

I forfait sono di facile comprensione e di semplice attuazione. Si fondano su regole vincolanti, su contenuti chiaramente definiti, su criteri verificabili e perciò riducono gli oneri amministrativi per tutti gli attori in gioco. Inoltre rimuovono i falsi incentivi insiti nell'attuale tariffa per singola prestazione: se ciascuna prestazione viene conteggiata singolarmente è quasi inevitabile che le fatture contengano degli errori che, in ultima istanza, sfociano in un aumento quantitativo delle prestazioni. Questo incentivo sbagliato viene a cadere con l'introduzione dei forfait. I forfait ambulatoriali rispecchiano l'intera giornata operativa: comprendono tutte le prestazioni, a iniziare dall'accettazione del paziente, passando dall'intervento per finire con le cure successive. Accanto ai costi salariali per il personale medico, il forfait comprende i costi dell'infrastruttura, il materiale di consumo, i medicamenti per l'intervento e i costi per l'anestesia. Le fatture, semplici da capire, facilitano il lavoro amministrativo dei medici e degli assicuratori malattia.

Premiare l'efficienza

Il nuovo sistema tariffale coerente, che combina importi forfettari e tariffa per singola prestazione, garantisce trasparenza per gli assicurati, aiuta a stabilizzare l'andamento dei costi e premia le prestazioni efficienti. Chi dispensa prestazioni al di sotto del prezzo dei forfait ne guadagna anche in termini finanziari. Per sviluppare i forfait ambulatoriali sono stati di grandissimo aiuto i dati riferiti alle prestazioni e ai costi di quasi un milione di casi messi a disposizione da una trentina di ospedali. Perciò, la nuova tariffa ambulatoriale può fare riferimento a una base di dati ampia e accurata come mai in passato. La prossima tappa fondamentale consisterà nel sottoporre la tariffa per approvazione al Consiglio federale da parte della nuova organizzazione tariffe mediche ambulatoriali (OTMA).

DAL CONSIGLIO NAZIONALE

Migliorare le condizioni quadro per la CIP

Il finanziamento transitorio per la cartella informatizzata del paziente (CIP) introduce degli incentivi per accelerarne l'introduzione. Si vuole anche fornire ai pazienti la possibilità di aprire una CIP tramite il consenso elettronico. L'efficacia di questa misura resta tuttavia limitata per adesso, poiché l'obbligo di introdurre la CIP per i professionisti della salute attivi nel settore ambulatoriale sarà effettivo solo dopo la prevista revisione completa. L'introduzione di una CIP che esplichi in pieno la sua funzionalità e utilità su scala nazionale è un passo che andava da tempo compiuto per promuovere la digitalizzazione nella sanità svizzera.

DAL CONSIGLIO DEGLI STATI

Riconsiderare l'obbligo di contrarre

L'obbligo di contrarre impone agli assicuratori malattia di stipulare una convenzione con ciascun fornitore di prestazioni autorizzato. Una mozione, che santésuisse appoggia in pieno, chiede di riconsiderare l'imposizione del troppo rigido obbligo di contrarre. Mitigandolo si permetterà agli assicuratori di scegliere il fornitore con cui stipulare una convenzione sulla base di considerazioni quali la competizione, la qualità e il fabbisogno. Un sistema, questo, che da anni si dimostra valido per i modelli assicurativi alternativi.

Consultare gli oggetti online >

SCAN ME

La cooperazione con SASIS: una scelta vincente

SASIS SA, una società filiale di santésuisse, gestisce un centro di competenza per le statistiche settoriali trasversale a tutte le associazioni e promuove molti progetti di digitalizzazione. Inoltre mette a disposizione al prezzo di costo i pool di dati per i destinatari di prestazioni. Una mozione mette ora in discussione senza nessun motivo questa valida collaborazione.

La mozione 21.3779 del consigliere nazionale Vincent Maitre chiede un'analisi dei dati gratuita da parte degli assicuratori malattia. Non ci si limita all'analisi dei dati che la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie impone già per monitorare i costi e la qualità. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) acquista tali pool di dati da SASIS, una filiale di santésuisse, per integrare i dati richiesti direttamente agli assicuratori malattia. Secondo l'intervento, dovrà essere lo stesso UFSP a riprodurre tali pool con le proprie risorse, cosa che non ha molto senso sotto l'aspetto economico. L'ottima collaborazione è inoltre un esempio eccellente di come un'azienda privata possa operare con efficacia relativamente migliore.

SASIS non è solo una solida fonte per la statistica settoriale, ma è anche un valido promotore della digitalizzazione nella sanità. Con il perfezionamento dello standard SHIP (Swiss Health Information Processing) e la sua estensione ad altri ambiti di prestazione, SASIS svolge un ruolo di protagonista nel far progredire il sistema sanitario svizzero. Auspichiamo che in tutti questi settori il disbrigo dei processi amministrativi – a partire dalla prescrizione della cura fino alla chiusura del caso e relativa fatturazione – diventino una realtà entro la fine del 2023. SHIP facilita lo scambio digitale di informazioni e dati lungo processi definiti, soddisfa i massimi standard di sicurezza, incrementa la trasparenza, la qualità dei dati e l'efficienza del trattamento amministrativo dei casi per tutti gli attori della sanità.

IMPRESSUM santésuisse – Gli assicuratori malattia svizzeri, Römerstrasse 20, casella postale, 4502 Soletta, 032 625 41 41, mail@santesuisse.ch, **santesuisse.ch**

Informazioni d'attualità sulla sanità

santésuisse su Twitter

SCAN ME

santésuisse su LinkedIn

SCAN ME