



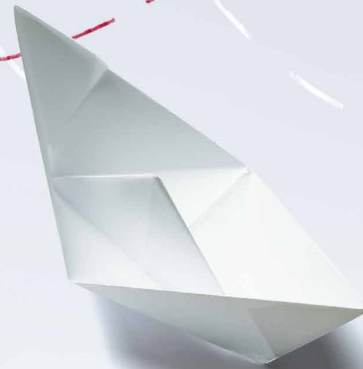
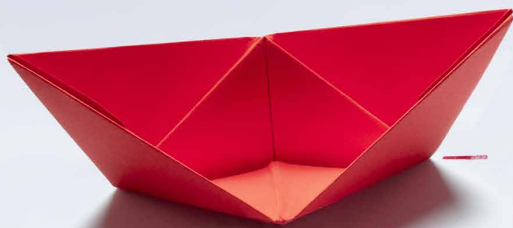
# FOCUS

2 | 2019

## POLITICA SANITARIA

### Impedire che i Cantoni possano continuare ad agire a propria discrezione

**Gestione del settore ambulatoriale: serve un approccio coordinato tra i Cantoni**



#### Basta agire da soli !

Troppi medici costano troppo: l'eccessiva offerta a livello di medici e ospedali constatata in molti posti ne è la prova lampante. Solo una gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale che obblighi i Cantoni ad agire in modo coerente e coordinato può calmierare i costi a favore degli assicurati. •

Heinz Brand, presidente di santésuisse

**La gestione strategica delle autorizzazioni da parte dei Cantoni deve garantire il contenimento dei costi. Perciò i Cantoni devono intervenire d'obbligo in caso di offerta eccedentaria o inadeguata.**

Pensavamo che finalmente i Cantoni fossero stati obbligati per legge ad intervenire in caso di offerta eccedentaria o inadeguata di prestazioni ambulatoriali. Tutti i miglioramenti apportati in varie tappe dal Consiglio nazionale nel campo della gestione strategica delle autorizzazioni rischiano di essere annullati dalle decisioni della seconda Camera.

#### L'efficacia della nuova legge è messa a rischio

Da molto tempo ormai i pazienti non rispettano più i confini cantonali, specie quando consultano un medico specialista. L'offerta eccedentaria in un Cantone si ripercuote anche su quello confinante. I Cantoni devono perciò intervenire in caso di offerta eccedentaria o inadeguata. La gestione strategica delle autorizzazioni da parte dei Cantoni deve inoltre garantire il contenimento dei costi anche negli ambulatori ospedalieri. Questi

ultimi sono da decenni i primi responsabili della lievitazione dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

#### La Commissione del Consiglio degli Stati penalizza gli assicurati

Lo scorso dicembre il Consiglio nazionale aveva approvato un progetto solido che avrebbe trasformato il progetto definitivo sulla gestione strategica delle autorizzazioni in qualcosa di più efficace di un semplice placebo politico. Di segno totalmente opposto il giudizio formulato a metà maggio dalla Commissione del Consiglio degli Stati in merito al progetto: la Commissione pone lo «spirito campanilistico dei Cantoni» al di sopra di ogni considerazione idonea a contenere efficacemente l'aumento dei costi. Con il risultato che adesso i Cantoni potranno attuare più o meno a propria discrezione la gestione delle autorizzazioni senza dover necessariamente finanziare i costi che ne conseguono. A trarre vantaggio da questa politica saranno i fornitori di prestazioni, mentre a pagarne le conseguenze finanziarie saranno soltanto gli assicurati. •

# Contenere i costi, incrementare qualità e sicurezza

Gestire le autorizzazioni nel settore ambulatoriale con norme vincolanti

I Cantoni devono fissare un limite massimo per i medici che svolgono attività ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Inoltre devono intervenire in modo mirato quando l'aumento dei costi delle prestazioni supera la media in determinati settori. Dobbiamo migliorare il coordinamento tra i Cantoni per obbligarli ad abbandonare la loro «ottica campanilistica» e capire che i pazienti si attengono sempre di meno ai confini cantonali quando devono consultare un medico.

I Cantoni hanno attuato e continuano tuttora ad attuare la gestione delle autorizzazioni in maniera discordante. Alcuni l'hanno già applicata, altri non fanno nulla. Ed altri ancora non chiudono le scappatoie: e così si arriva a situazioni paradossali in cui i Cantoni impediscono ai medici stranieri di aprire uno studio, però li assumono negli ambulatori ospedalieri in cui una consultazione costa due volte di più che nello studio medico. Sul mercato dell'offerta medica l'eccesso di offerta incide negativamente sull'intera regione sanitaria, ossia anche sui premi dei pazienti dei Cantoni che invece limitano l'offerta. E questo per il semplice fatto che i pazienti in una data regione, ad esempio «l'Arc Lémanique», l'Espace Mittelland o la Regione della Svizzera orientale, si recano sempre più spesso da un medico che esercita in un altro Cantone.

## Registro centrale per combattere le pecore nere

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione da parte dei Cantoni è la condizione necessaria perché il medico possa svolgere attività indipendente. A quanto pare, molti Cantoni non sanno quale medico fattura come indipendente a carico dell'assicurazione base oppure esercita la professione come indipendente, né tanto meno si preoccupano di verificarlo, a meno di esserne costretti. Ciò non solleva soltanto interrogativi importanti in tema di qualità e sicurezza, ma comporta anche problemi finanziari: per legge le casse malati non possono remunerare le prestazioni se il medico non ha l'autorizzazione ad esercitare. Il pagamento ricade perciò sulle spalle del paziente che, nel peggiore dei casi, deve ricorrere alle vie legali. Il paziente deve poter fare affidamento sul fatto che il Cantone competente si assuma le proprie responsabilità in materia di polizia sanitaria. Perciò serve un registro centrale completo che possa – anzi debba – essere consultato da tutti gli uffici competenti sia per assunzioni sia per provvedimenti di polizia sanitaria.

”

**Il paziente deve poter far affidamento che il Cantone competente si assuma le proprie responsabilità in materia di polizia sanitaria.**



## Diritto di ricorso per garantire l'attuazione della legge

Bisogna poter intervenire per vie legali se si viene a creare una situazione di evidente offerta eccedentaria o inadeguata perché un Cantone non applica a dovere la legge federale. Cosa che l'attuale giurisprudenza dei tribunali non permette di fare. Sono legittimati ad agire in giudizio solo gli attori che desiderano ampliare l'offerta, sta a dire i fornitori di prestazioni, mentre di fatto non è legittimato a farlo chi intende combattere l'offerta eccedentaria o inadeguata. Né tanto meno sono legittimati gli assicuratori e i contribuenti che devono farsi carico delle conseguenze indotte dall'offerta eccedentaria e inidonea. E, come abbiamo visto in passato, la Confederazione non interviene contro i Cantoni con offerta eccedentaria nemmeno quando deve contribuire a finanziare le prestazioni superflue tramite la riduzione dei premi. Per attuare correttamente la gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale non si può prescindere dal conferire il diritto di ricorso agli assicuratori malattia. •

# Evitare decisioni affrettate

Non è necessario cambiare linea nel finanziamento delle cure

**Il finanziamento delle cure va posto su fondamenta più solide. Ma la soluzione non può consistere nel gravare ancora di più gli assicurati tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).**

In Svizzera sono gli assicuratori malattia, gli enti pubblici e i pazienti a finanziare le cure, sia quelle stazionarie nelle case di cura o negli ospedali che quelle ambulatoriali dispensate dallo Spitex. Considerato l'aumento del fabbisogno, servono ulteriori modelli per garantire a lungo termine le risorse per finanziare le cure di lungodegenza. Le decisioni affrettate non sono la ricetta adeguata.

## Centrati in prevalenza gli obiettivi del 2011

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure introdotto nel 2011 limita il contributo dell'assicurazione malattia alle spese di cura. In questo modo si vuole impedire che l'assicurazione malattia si trasformi a poco a poco in una assicurazione di cure prolungate. Nel 2017 i costi delle cure di lungodegenza (senza vitto, alloggio e cure generali) ammontavano a circa 5,2 miliardi di franchi. Attualmente tale importo è per il 55% a carico delle assicurazioni malattie, per il 32% della collettività e per il 13% dei residenti.

## I seguenti punti centrali caratterizzano il finanziamento delle cure:

- L'assicurazione malattie versa un contributo alle cure di lungodegenza stabilito a seconda della necessità delle cure.

- I pazienti contribuiscono al finanziamento. Anche in questo caso il legislatore ha provveduto a fissare un contributo massimo alle cure per impedire che i residenti debbano pagare un prezzo eccessivo.
- I Cantoni prendono a carico le spese di cura non coperte (cosiddetto finanziamento residuo).
- Altre spese correlate alla degenza in una casa di cura (vitto e alloggio, cure) restano a carico dei residenti che devono spesso fare ricorso al contributo di altre istituzioni di sicurezza sociale: prestazioni complementari (PC), assegno per grandi invalidi ecc.

Il rapporto di valutazione sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure pubblicato lo scorso anno dal Consiglio federale dimostra che gli obiettivi dell'ordinamento del finanziamento delle cure sono stati sostanzialmente raggiunti. Le uscite dell'AOMS nel settore delle cure si sono stabilizzate e la quota dei costi delle cure finanziata dai premi non è aumentata. In tal modo, come previsto dal legislatore, gli assicurati non sono stati ulteriormente gravati. Il Consiglio federale non ritiene necessario procedere a modifiche di legge, ma ritiene che sia necessario intervenire nel quadro dell'attuazione del finanziamento residuo delle cure assunto dai Cantoni.

## Non mettere il gioco la ripartizione equa delle spese di cura

santésuisse si oppone al cambiamento di linea nel campo del finanziamento delle cure. Innanzi tutto i Cantoni e i Comuni devono adempiere

ai loro compiti nel ruolo di finanziatori residui. Devono, per esempio, capire i motivi per cui non vengono sfruttate le potenzialità per ottenere una maggiore efficacia nelle cure di lungodegenza.

In un'ottica a lungo termine servono ulteriori modelli di finanziamento per finanziare in modo duraturo la lungodegenza. L'obiettivo è di evitare che i costi vadano a gravare in modo eccessivo da un lato sulla collettività, ossia su chi paga le imposte, e dall'altro sull'assicurazione di base e quindi su chi paga i premi. Molte persone ritengono troppo gravoso il loro contributo personale. Tra le varianti da prendere in considerazione vi sono una soluzione previdenziale individuale sulla base di un sistema di capitalizzazione oppure una soluzione assicurativa obbligatoria. •

”  
**L'assicurazione malattia non deve trasformarsi a poco a poco in un'assicurazione di cure prolungate.**



# In breve



## No alla disdetta unilaterale delle assicurazioni complementari

Durante la sessione estiva, il Consiglio nazionale ha preso due importanti decisioni in tema di revisione della legge sul contratto d'assicurazione (LCA). Le due decisioni a favore degli assicurati trovano il sostegno degli assicuratori malattia: nel campo delle assicurazioni malattia complementari l'assicuratore deve rinunciare al diritto di disdetta ordinaria e a quello in caso di sinistro. Gli assicuratori malattia hanno da sempre rinunciato al diritto di disdetta. Poiché le assicurazioni complementari stipulate con le casse malati hanno di norma una durata decennale, se l'assicuratore può disdirle unilateralmente o se le condizioni generali di assicurazione vengono modificate a svantaggio dell'assicurato, si va a minare fortemente il rapporto di fiducia. •

## Diritto di ricorso contro i prezzi eccessivi dei medicinali

Tenuto conto della situazione legislativa, gli assicuratori malattia – e in ultima analisi gli assicurati – non possono fare nulla contro i prezzi eccessivi dei medicinali che contravvengono ai requisiti di economicità della LAMal. santésuisse sostiene perciò un adeguamento della LAMal affinché gli assicuratori e le loro associazioni possano ricorrere contro le decisioni dell'UFSP in tema di elenco delle specialità che comprende i medicinali soggetti a obbligo di rimborso. Chi ha la competenza di far rispettare il criterio di economicità deve poterlo fare a tutti gli effetti. •

## Farmaci generici: prezzo doppio rispetto all'estero

In Svizzera i generici costano il doppio rispetto ai paesi presi in considerazione dall'UFSP per il raffronto dei medicinali protetti da brevetto. Un maggiore impiego dei generici permetterebbe un risparmio di centinaia di milioni di franchi senza perdita di qualità. santésuisse chiede perciò di introdurre un sistema di prezzi di riferimento per principio attivo. In altre parole: al paziente si prescrive una determinata sostanza e non un medicamento concreto, cosa che contribuisce a incrementare la diffusione dei generici al posto dei medicinali originali molto più costosi. •

## Una decisione per tutelare gli assicurati dal terrorismo telefonico

santésuisse approva che tutti gli assicuratori malattia debbano attenersi a norme vincolanti nell'acquisizione di clienti. Oltre agli aspetti qualitativi, ciò vale anche per la limitazione delle provvigioni nell'assicurazione base e nella complementare e il divieto di telefonate indesiderate. Una regolamentazione nell'interesse degli assicurati che si avvicina di molto alla convenzione settoriale promossa senza esserne costretta da santésuisse. Apprezziamo che sia il Nazionale che la competente Commissione del Consiglio degli Stati abbiano approvato questa soluzione. Ovviamente gli intermediari potranno continuare a fornire consulenza e proposte di vendita serie e informative. •

## BLOG

### Invecchiamento: un fattore di costi per ora sopravvalutato

È importante riuscire a quantificare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione per stimare in modo realistico l'evoluzione futura dei costi nella sanità. santésuisse lo ha fatto basandosi sulla statistica della compensazione dei rischi con il supporto della «istituzione comune LAMal». Si è raffrontata l'evoluzione effettiva con l'evoluzione ipotetica dei costi senza modificare la piramide delle età. La crescita della popolazione non svolge alcun ruolo in questa analisi, perché i costi sono stati calcolati pro capite. La situazione dovrebbe cambiare con rapidità nel momento in cui la generazione del baby boom raggiungerà l'età in cui dovrà ricorrere alle costose cure dispensate in ospedale e nelle case di cura.

### Gli anziani non causano un aumento dei costi

I risultati sono sorprendenti: tra il 2012 e il 2017 i costi della salute sono cresciuti di 572 franchi pro capite, passando da 3138 a 3710 franchi. Tuttavia, soltanto il 20 % di questi costi supplementari si spiega con l'invecchiamento della popolazione. Il restante 80% è dovuto ad altri fattori – che possiamo anche chiamare disfunzioni del sistema. Ricordiamo l'aumento quantitativo a livello delle prestazioni ambulatoriali mediche ed ospedaliere, l'eccessivo prezzo di nuovi medicinali, la verifica dei prezzi dei medicinali in uso eseguita con cadenza irregolare. •

→ [santesu.is/seyyu](https://santesu.is/seyyu)