



FOCUS

2 | 2021

POLITICA SANITARIA

I Cantoni avanzano pretese pericolose

La riduzione forzata delle riserve nuoce alla stabilità dei premi



Gli importi forfettari ambulatoriali in dirittura d'arrivo

Insieme agli ospedali e ai medici interventisti, nell'estate 2021 santésuisse presenta una tariffa con importi forfettari ambulatoriali. Con questi importi contribuiremo a stabilizzare chiaramente l'andamento dei costi anche nel settore ambulatoriale. La prima pietra è stata posata: con i nostri partner H+ e FMCH abbiamo fondato in maggio la nostra organizzazione tariffaria comune «solutions tarifaires suisses sa». Con il primo pacchetto per il contenimento dei costi in discussione nella sessione estiva, il Parlamento sarà chiamato ad approvare finalmente l'oculata base legale per gli importi forfettari ambulatoriali. •

Heinz Brand, presidente di santésuisse

Le riserve degli assicuratori malattia – importante ammortizzatore in tempi di crisi – sono in pericolo: la riduzione delle riserve imposta dal Consiglio federale e le ulteriori richieste avanzate da vari Cantoni potrebbero causare una sgradita impennata dei costi. Durante la sessione estiva il Consiglio degli Stati deciderà sulle iniziative depositate dai Cantoni.

L'elevata qualità della sanità svizzera si fonda sull'affidabilità e sulla stabilità. Un importante contributo viene dagli assicuratori malattia sociale. Grazie alle riserve, gli assicuratori malattia mantengono la loro operatività anche in tempi di crisi senza dover ricorrere ad aumenti di premio. In considerazione dell'attuale situazione è del tutto fuori luogo che diversi Cantoni suscitino l'impressione – tramite iniziative cantonali – che le riserve degli assicuratori malattia siano troppo elevate. Così rischiano di provocare un effetto yo yo indesiderato a livello sociale ed economico. Un consistente aumento dei premi una tantum andrebbe quindi a gravare interamente sulle spalle degli assicurati. Cosa già accaduta nel 2008, allorché il consigliere federale Pascal

Couchevin obbligò gli assicuratori malattia a ridurre le riserve per mantenere artificialmente bassi i premi. L'anno susseguente si assistette a un'impennata dei premi. Nella stessa direzione sta andando la modifica della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie decisa dal Consiglio federale, la quale permetterà agli assicuratori di ridurre le loro riserve al minimo consentito per legge. Il futuro ci dirà come questa riduzione forzata delle riserve si ripercuoterà sugli assicuratori malattia. Bisogna comunque respingere con decisione qualsiasi altra richiesta di più ampio respiro. ▶ [pagina 2](#)

Organizzazione tariffaria nazionale per pacificare i partner tariffali

Nel quadro del primo pacchetto di contenimento dei costi si prevede di istituire un'organizzazione tariffale nazionale per svecchiare e promuovere opportunamente il tariffario ambulatoriale. In questo modo il Parlamento getta le basi per favorire la pace tra i partner tariffali nel settore ambulatoriale, i quali potranno così elaborare la tariffa ambulatoriale nell'interesse dei pazienti e degli assicurati. ▶ [pagina 3](#)

Non obbligare a ridurre le riserve



Secondo alcuni Cantoni le riserve degli assicuratori malattie andrebbero regolamentate sulla base di quote fisse. Per far passare le loro richieste ricorrono a diverse iniziative cantonali che verranno discusse dal Consiglio degli Stati.

Dopo la crisi finanziaria che nel 2007 e 2008 investì con veemenza le banche, provocando il fallimento di numerose imprese, vennero imposte maggiori garanzie finanziarie con severi provvedimenti internazionali in materia di capitale proprio. Oggi, invece, il Parlamento discute su una serie di iniziative cantonali che porterebbero a ridurre le riserve degli assicuratori malattia. Queste riserve sono state accantonate nel corso di molti anni e appartengono esclusivamente a chi ha pagato i premi. Attualmente le riserve degli assicuratori malattia equivalgono complessivamente a sole tre o quattro mensilità di

premi, ma contribuiscono non di meno a stabilizzare l'andamento dei premi in caso di eventi imprevedibili, come ha evidenziato chiaramente l'emergenza coronavirus. Le riserve degli assicuratori malattia hanno scongiurato un'impennata dei premi dovuta alla pandemia. La crisi potrebbe comunque tenerci compagnia ancora a lungo, vuoi per eventuali mutazioni del virus o perché i postumi della malattia persevereranno in persone che hanno contratto il Covid. Le riserve che riduciamo adesso per ottenere un calo temporaneo dei premi mancheranno nel caso in cui dovremo affrontare nuovamente dei costi straordinari.

Ulteriore aumento dei premi a breve?

Alla riduzione delle riserve imposta nel 2008 dal Consiglio federale ha fatto seguito un'impennata dei premi che ha toccato anche il 9 per cento negli anni a seguire. L'interferenza nella libertà

di pianificazione degli assicuratori porterà a una situazione di volatilità dei premi a medio termine e provocherà oneri amministrativi gravosi e del tutto superflui. Soprattutto perché, in quest'ultimo caso, la ripartizione delle riserve tra le persone assicurate durante il periodo in questione comporterà un elevato dispendio di tempo e denaro. Una cosa del tutto inutile che va a discapito degli assicurati che già subiscono le conseguenze difficili della crisi da Covid. •

”

Le riserve degli assicuratori malattia hanno scongiurato un'impennata dei premi dovuta alla pandemia.

Non penalizzare i giovani adulti per il mancato pagamento dei premi

Se i genitori non pagano i premi dell'assicurazione malattia e le partecipazioni ai costi dei figli, non devono essere i figli a doversi assumere i debiti. Il Consiglio degli Stati deciderà su un relativo intervento a tal proposito. Inoltre deciderà se i Cantoni debbano abolire le cosiddette liste dei sospesi su cui figurano gli assicurati morosi, in quanto l'utilità di queste liste è più che dubbia. santésuisse approva questa modifica della legge, anche se vede margini di miglioramento.

Da anni la Commissione della sanità del Consiglio degli Stati discute sull'iniziativa depositata dal Cantone di Turgovia, la quale inizialmente

perseguiva una nuova regolamentazione dei titoli di credito per premi non pagati. La modifica di legge attualmente in discussione prevede ulteriori adeguamenti alla legge: i minorenni non devono più essere debitori dei premi e delle partecipazioni ai costi, ma ad assumersi tale debito devono essere i loro genitori.

santésuisse comprende la richiesta di molti Cantoni di assumere e gestire autonomamente gli attestati di carenza di beni degli assicurati morosi e approva inoltre la decisione della Commissione della sanità del Consiglio degli Stati che i minorenni non debbano assumersi la responsabilità dei premi non pagati dai genitori. Si vuole così

evitare che i giovani adulti si ritrovino a dover pagare debiti non appena raggiunta la maggiore età. Inoltre santésuisse condivide l'abolizione della lista dei morosi che si è dimostrata inefficace nella realtà quotidiana.

Vi sono margini di miglioramento soprattutto per quanto concerne la possibilità di obbligare tempestivamente gli assicurati morosi a scegliere un modello di assicurazione alternativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Ciò comporterebbe una maggiore mole di lavoro per gli assicuratori malattia e andrebbe a interferire eccessivamente nell'attività degli assicuratori. •

Base valida

Un'organizzazione tariffaria nazionale per il settore ambulatoriale: sarà il Parlamento a prendere le ultime decisioni in merito al primo pacchetto di contenimento dei costi.

La Confederazione vuole obbligare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattia a introdurre un'organizzazione tariffaria nazionale anche nel settore ambulatoriale. santésuisse sostiene questo intento, perché getta le basi per svecchiare il tariffario ambulatoriale.

Fino ad oggi l'istituzione di un'organizzazione nazionale per le tariffe mediche ambulatoriali non era prescritta per legge e quindi era affidata ai partner tariffali. Con il primo pacchetto di contenimento dei costi si vuole obbligare le associazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori malattia a istituire per legge una tale organizzazione anche nel settore ambulatoriale con il compito di elaborare, gestire e aggiornare strutture tariffali per i trattamenti medici ambulatoriali.

Favorendo un'organizzazione tariffaria nazionale per il settore ambulatoriale, il Parlamento getta le basi per promuovere la pace tra i partner tariffali in questo settore. Basi che permetteranno loro di preparare la tariffa ambulatoriale nell'interesse dei pazienti e degli assicurati.

Soluzione tariffale flessibile per gli importi forfettari ambulatoriali

Con gli importi forfettari ambulatoriali si rimborsano in maniera equa e trasparente tutti gli esami, le visite e i trattamenti di uno stesso genere. Nel quadro del primo pacchetto di contenimento dei costi si concede la necessaria flessibilità ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori malattia per

mettere a punto gli importi forfettari ambulatoriali. Le nuove disposizioni dell'art. 43 cpv. 5 della legge sull'assicurazione malattia permetteranno di trovare soluzioni tariffali anche cantonali o regionali, come auspicato dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori malattia.

Maggiore copertura con gli importi forfettari ambulatoriali

Gli importi forfettari garantiscono ai medici e agli ospedali una remunerazione equa e nello stesso tempo riducono al minimo gli incentivi sbagliati dell'attuale sistema tariffario per singola prestazione. A differenza della tariffa per singola prestazione, che abbraccia tutti gli interventi e trattamenti, gli importi forfettari ambulatoriali coprono gli interventi più frequenti con la massima semplicità e chiarezza. Ad essere fatturati con questo metodo

si prestano particolarmente gli interventi standard che arrivano a coprire fino all'80 per cento del volume di un medico specialista.

L'anno scorso i partner tariffali hanno sottoposto per approvazione al Consiglio federale un primo pacchetto di 75 importi forfettari. Adesso intendono svilupparli ulteriormente ed elaborarne altri sulla base di dati reali riferiti ai costi degli ospedali. La nuova tariffa sostituirà numerosi elementi dell'ormai obsoleto tariffario medico per singola prestazione TARMED. Oltre agli importi forfettari serviranno altri elementi tariffari; pensiamo, per esempio, a una tariffa temporale o per singola prestazione che i partner matureranno di comune intesa. •

Istituita l'organizzazione tariffaria «solutions tarifaires suisses»

A metà aprile l'associazione H+ Gli Ospedali Svizzeri, l'associazione nazionale delle società svizzere specializzate in attività chirurgiche e invasive FMCH e santésuisse hanno istituito un'organizzazione tariffaria nel settore ambulatoriale. Con l'organizzazione comune «solutions tarifaires suisses» le tre associazioni creano le condizioni per sviluppare ulteriormente e in tempi rapidi gli importi forfettari ambulatoriali. •



In breve

Trattamento preferenziale a dai costi miliardari

L'iniziativa sulle cure infermieristiche ha dato vita a un dibattito acceso su un settore essenziale della sanità pubblica. Ma a trarre vantaggio da questa proposta saranno in pochi. L'oggetto va in votazione durante la prossima sessione estiva.

Gli infermieri forniscono un contributo straordinario a favore dei pazienti. Da sempre e non solo in tempi di Covid. Con l'iniziativa sulle cure infermieristiche chiedono un netto miglioramento economico, di cui beneficerà però non la gran parte degli operatori del settore, ma soltanto il 30 per cento, ossia gli infermieri con un diploma di una scuola universitaria. Quindi, possiamo senz'altro tacciare questa proposta di interessi particolaristici. Nel corso dell'emergenza da coronavirus i promotori dell'iniziativa hanno ottenuto molto a livello politico.

Il Parlamento ha elaborato un controprogetto indiretto che prevede sostanziali contributi di incentivazione alla formazione e l'introduzione di nuove competenze prescrittive per gli infermieri. La maggior parte degli infermieri – ovvero quelli che dispensano le cure di base – non trae nessun beneficio da questi miglioramenti. Ma è proprio a livello di cure infermieristiche fondamentali che bisogna intervenire per creare nuovi impieghi in vista dei maggiori bisogni di cure che l'invecchiamento della popolazione richiederà nel prossimo futuro. In considerazione di questa evoluzione sarebbe decisamente eccessivo mantenere le richieste estreme e costose dell'iniziativa sulle cure infermieristiche e sottoporla a votazione popolare. Adesso è invece molto più importante creare nuovi impieghi semplificando la formazione e l'accesso alle professioni infermieristiche di base. •

I costi del long Covid sono imprevedibili

Gli strascichi dell'emergenza da Covid ci accompagneranno ancora per molti anni. Il Consiglio nazionale tratterà vari oggetti durante la sessione estiva. Ad esempio si occuperà delle conseguenze a medio e lungo termine che la pandemia avrà sui costi della salute. Da un lato non è chiaro se gli interventi chirurgici rimandati causeranno complicanze della salute e quali saranno le incidenze sui costi. D'altro lato nessuno sa dire, per il momento, quanto graveranno sul sistema sanitario i pazienti che continueranno ad accusare gravi sintomi anche a distanza di mesi dalla contrazione del coronavirus. Inoltre dobbiamo presumere che la Svizzera possa essere investita da altre ondate di Covid rendendo necessarie altre vaccinazioni di richiamo. Gli assicuratori malattia hanno calcolato i premi per il 2021 con molta

accortezza, riuscendo a contenere l'aumento in un moderato 0,5 per cento. Alcuni assicuratori malattia hanno persino ridotto i premi. Per gli assicurati, queste sono notizie molto confortanti in tempi così difficili. Perché tutto questo non cambi, occorre che gli assicuratori malattia possano disporre di sufficienti mezzi finanziari per affrontare con successo le sfide che abbiamo descritto. Grazie alle riserve, gli assicuratori malattia mantengono la loro operatività anche durante un'emergenza senza dover ricorrere ad aumenti di premio. La modifica della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal) decisa dal Consiglio federale deve porre fine al pericoloso gioco con le riserve. •

Digitalizzazione: opportunità in tempi burrascosi

La sanità deve saper fronteggiare meglio le emergenze: la Commissione della sanità del Consiglio degli Stati chiede in una mozione di gestire in modo centralizzato i dati sulle risorse umane e materiali. santésuisse raccomanda al Consiglio nazionale di accogliere la mozione.

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) intende accelerare la digitalizzazione nella sanità. In una mozione chiede di attuare in tempi rapidi la Strategia Open Government Data 2019–2023 della Confederazione. Nel farlo, la Svizzera dovrà conformarsi alle migliori prassi mondiali nel campo della gestione dei dati. Nella mozione si afferma che la «gestione centralizzata dei dati sulle risorse umane e materiali» sarebbe particolarmente utile, soprattutto in tempi di crisi. Il Consiglio degli Stati ha accolto la mozione già nella sessione invernale 2020. Il Nazionale ne discuterà invece nella sessione estiva.

Il Consiglio federale condivide il parere della Commissione sull'importanza di un'efficiente gestione dei dati nel settore sanitario e si dice pronto ad intensificare le attività dove necessario e fattibile nell'attuale situazione di emergenza. santésuisse saluta con favore questo atteggiamento positivo e raccomanda di accogliere la mozione. Le risposte del Consiglio federale a questo intervento e all'interpellanza del consigliere nazionale Christian Lohr (20.3662) dimostrano che occorre urgentemente migliorare lo scambio di dati tra ospedali, autorità cantonali e Confederazione. Disporre di dati e processi digitali affidabili è una condizione inderogabile per decidere in merito a importanti questioni inerenti alla salute pubblica. •