



FOCUS

4 | 2019

POLITICA SANITARIA

Come far partire il treno delle riforme

Servono misure coordinate



Capire i nessi e agire di conseguenza

Attuare una politica di riforme a piccoli passi può sortire miglioramenti anche importanti e necessari per gli assicurati. A patto però che servano a contenere i costi. Ma dobbiamo comunque guardare al quadro d'insieme e capire i nessi. A tale proposito il Parlamento in carica ha avviato alcuni progetti intelligenti che però devono essere portati a compimento con successo. •

Heinz Brand, presidente di santésuisse

Molti tentativi di avviare miniriforme hanno caratterizzato la legislatura. La ricetta per migliorare effettivamente il sistema sanitario consiste però in un migliore coordinamento delle misure.

Frenare l'aumento dei costi mantenendo elevata la qualità e l'offerta di prestazioni: ecco che cosa si aspetta la popolazione svizzera dal nostro sistema sanitario. Alla fine della legislatura, si è rimproverato il Parlamento per aver ancora una volta disatteso tali aspettative. Si tratta di un rimprovero esagerato. Infatti, adottando la nuova legge per rafforzare la qualità e l'economicità delle cure mediche, il Parlamento ha se non altro lanciato un segnale forte. In questo modo ha gettato le basi per garantire maggiore sicurezza ai pazienti e aumentare l'efficienza. Anche altri dossier hanno ricevuto un nuovo impulso: la gestione delle autorizzazioni dei medici, il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS), l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento per i generici. Il nuovo Parlamento dovrà portare a compimento questi

progetti a beneficio di chi paga i premi. Anche il primo pacchetto di misure di contenimento dei costi approvato dal Consiglio federale è un approccio valido per frenare la lievitazione dei costi. In linea generale, adesso bisogna dare forma, integrare e attuare concretamente le misure proposte a beneficio degli assicurati.

L'importanza di una visione d'insieme per risolvere i problemi

Possiamo interpretare come segno positivo della nuova legislatura il fatto che gli attori principali del sistema sanitario inizino a capire che una miriade di miniriforme non porta ai risultati sperati. Quel che serve sono misure perfettamente coordinate. Per fare un esempio concreto: bisogna considerare le conseguenze finanziarie dell'autorizzazione dei medici come un elemento costituente dell'EFAS. •

INDICE

Finanziamento uniforme	2
Autorizzazioni dei medici	3

Smettere di gravare solo e sempre sugli assicurati

Obiettivo: finanziamento più equo



Il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS) si propone di obbligare assicuratori malattia e cantoni ad assumersi in egual misura le responsabilità in tema di costi. Abbinare EFAS e gestione delle autorizzazioni da parte dei cantoni è necessario per conciliare le competenze e le responsabilità dei cantoni. La richiesta dei cantoni di includere le spese di cura nell'EFAS non è invece una richiesta pertinente.

Finanziamento più equo delle prestazioni mediche: ecco quanto si propone il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS). In concreto, i cantoni devono contribuire a finanziare anche il settore ambulatoriale, contrariamente a quanto prevede il modello in vigore. La co-responsabilità finanziaria dei cantoni in tema di costi ambulatoriali si configura come pendant alla loro competenza di gestire le autorizzazioni dei medici.

Conciliare competenze e responsabilità dei cantoni

Attualmente i cantoni non devono assumersi gli eventuali costi che conseguono alla gestione poco coerente delle autorizzazioni dei medici. Ad esserne gravati sono esclusivamente gli assicurati. I cantoni avranno un interesse anche finanziario a gestire la loro offerta con parsimonia soltanto se contribuiranno a finan-

ziare ogni fattura ambulatoriale. Cosa che non accade oggi, perché i costi ambulatoriali sono integralmente a carico degli assicurati.

I cantoni intendono sostenere l'EFAS soltanto a patto di includervi anche i costi per le case di cura e lo spitex. Attualmente gli assicuratori malattia versano ben 2,8 miliardi di franchi alle case di cura e alle istituzioni dello spitex. Se si attuerà la proposta dei cantoni, gli assicurati pagheranno ancora più di quanto pagano oggi e, a ben vedere, ciò che succederà non sarà altro che trasferire l'onere dal fisco agli assicurati.

Includere le cure di lungodegenza nell'EFAS non è pertinente

A questo proposito occorre richiamare alla mente il nuovo disciplinamento del finanziamento delle cure concordato nel 2011. L'obiettivo dichiarato era quello di evitare che l'assicurazione malattia si trasformasse gradualmente in un'assicurazione delle cure. L'AOMS versa comunque un importo sempre maggiore per le cure di lungodegenza conseguenti ai mutamenti demografici che provocano un incremento del numero di anziani. Le cure di lungodegenza e la cura degli anziani, unitamente alle responsabilità affidate a cantoni e comuni, sono un argomento che concerne solo in parte l'assicurazione malattia. Includere le spese di cura nell'EFAS non è pertinente e metterebbe in forse le conquiste prodotte dal finanziamento delle cure istituito nel 2011.

Abbinare gestione delle autorizzazioni ed EFAS

È invece pertinente abbinare EFAS e gestione delle autorizzazioni dei medici. Il numero dei medici che fatturano è direttamente correlato ai costi del settore ambulatoriale. Abbinare entrambe le misure significa eliminare gli attuali incentivi sbagliati, i cui costi vanno a gravare in modo unilaterale sulle spalle di chi paga i premi. •

”

Solo se i cantoni contribuiranno a finanziare ciascuna fattura ambulatoriale avranno un interesse anche finanziario a gestire la loro offerta a beneficio degli assicurati.

Elementi chiave

Gestione sovracantonale delle autorizzazioni dei medici e obbligo dei cantoni di intervenire



Limitare il numero di medici che fatturano a carico dell'AOMS è il metodo di gran lunga più efficace per frenare la lievitazione dei costi nel settore ambulatoriale. I cantoni devono perciò intervenire d'obbligo in caso di prestazioni eccedentarie o inadeguate. Gli assicuratori malattia devono avere il diritto di presentare ricorso se viene disatteso l'obbligo di gestione, perché nessun altro può tutelare gli interessi di chi paga i premi.

Rimane intatta la volontà politica di portare avanti la gestione strategica delle autorizzazioni dei medici nella sua forma attuale o in una nuova. L'attuale gestione termina il 30 giugno 2021. Ne consegue l'urgenza per il Parlamento di porre fine a questa «storia infinita» e trovare una soluzione per la gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale.

L'attuale gestione delle autorizzazioni ha mancato l'obiettivo

I dati concernenti i costi dimostrano che l'attuale gestione delle autorizzazioni non è riuscita a contenere i costi perché è stata applicata in modo troppo disomogeneo nei cantoni. Non vi è mai stato un coordinamento efficace tra i cantoni. Inoltre non si sono considerati i flussi reali dei pazienti e le regioni sanitarie. I medici specialisti in particolare hanno un «bacino di utenza» che spesso varca di molto i confini cantonali. In molti casi, poi, la gestione delle au-

torizzazioni non ha impedito l'apertura di nuovi studi medici. La ha semplicemente prorogata nel tempo condizionandola tutt'al più a una triennale attività svolta in un ospedale. Ha inoltre inciso il fatto che finora non è stata attuata la gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale ospedaliero, fatta eccezione per il Canton Vaud. Nell'ottica dei costi ciò ha una valenza particolare, perché una consultazione nell'ambulatorio ospedaliero costa in media il doppio rispetto a quella in uno studio medico. In considerazione di questi meccanismi, la pratica adottata dai cantoni di limitare l'apertura di nuovi studi medici e nello stesso tempo assumere medici stranieri negli ospedali si dimostra poco sensata.

I cantoni devono intervenire in caso di aumento eccessivo dei costi

In vista della normativa definitiva in tema di gestione delle autorizzazioni da parte dei cantoni – evidentemente preferita alla libertà contrattuale – occorre garantire l'effetto calmierante: limitare il numero di medici che fatturano a carico dell'AOMS è il metodo di gran lunga più efficace per frenare la lievitazione dei costi. Tutte le susseguenti procedure di limitazione o di garanzia della qualità non otterranno lo stesso effetto che si ottiene ponendo fine alla fatturazione a carico dell'AOMS. L'intervento dei cantoni in caso di offerta eccedentaria o inadeguata deve essere obbligatorio e non facoltativo.

L'atteggiamento del Consiglio degli Stati incrementa i costi

Gli interventi cantonali in caso di eccesso di offerta devono avvenire in maniera vincolante e coordinata tra i cantoni. Per garantire questo obbligo bisogna attribuire agli assicuratori malattia il diritto di ricorso. I tribunali lo impediscono argomentando che il diritto di ricorso spetta solamente a chi ha un diretto interesse privato: quindi attualmente solo i fornitori di prestazioni possono ricorrere contro l'attuazione della gestione delle autorizzazioni da parte dei cantoni, ma non gli assicuratori malattia in qualità di patrocinatori degli assicurati, i quali devono però pagare le conseguenze finanziarie della politica cantonale in materia di autorizzazioni. Con le sue decisioni, il Consiglio nazionale ha garantito l'efficacia del progetto e ha quindi gettato le premesse per frenare l'aumento dei costi. Se ribadirà la propria soluzione poco equilibrata, il Consiglio degli Stati rischierà invece di diventare esso stesso un fattore che farà lievitare i costi. •

”
Obbligare i cantoni a intervenire in caso di offerta eccedentaria o inadeguata.

In breve



Approvare il cambiamento di sistema per gli psicoterapeuti psicologi

Il Consiglio federale propone che gli psicoterapeuti psicologi possano fatturare le loro prestazioni direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, se prescritte dal medico. santésuisse approva il cambiamento di sistema. L'introduzione di una denominazione professionale protetta e l'adozione di una normativa nazionale in materia di formazione e di perfezionamento – oltre all'adempimento delle condizioni per esercitare la professione di psicoterapeuta psicologo – sono elementi che soddisfano i presupposti essenziali in tema di qualità delle cure per procedere a un cambiamento di modello. santésuisse si oppone però categoricamente ad attribuire la competenza di prescrizione a tutti i medici che esercitano nel quadro dell'assistenza di base ampliata. A questo proposito santésuisse chiede di specificare la normativa a garanzia della qualità. Occorre inoltre definire e adottare misure per impedire un eventuale aumento ingiustificato del volume delle prestazioni a spese degli assicurati. La proposta del Consiglio federale comporterebbe costi aggiuntivi di gran lunga superiori ai 100 milioni l'anno preventivati. Un importo eccessivo per gli assicurati. •

Inviare sistematicamente la copia della fattura ai pazienti

La Commissione della salute del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha rigettato l'iniziativa parlamentare (17.482 pa.iv. Guhl) che chiede di consegnare ai pazienti una copia della fattura per ciascun trattamento dispensato, richiamandosi al fatto che tale misura è già presente nel primo pacchetto di contenimento dei costi del Consiglio federale. La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) va adeguata in modo da conferire all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) la competenza di sanzionare i fornitori di prestazioni che disattendono l'obbligo di inviare copia della fattura alla persona assicurata. santésuisse saluta questa iniziativa. I pazienti sono in grado di verificare meglio di chiunque altro l'esattezza di determinate posizioni, specie quelle che figurano sulla fattura dell'ospedale, per esempio quando e per quanto tempo è stato effettuato un trattamento o quali medicinali sono stati prescritti. Nello stesso tempo occorre migliorare la leggibilità delle fatture affinché siano comprensibili a tutti e bisogna abbreviare i tempi di fatturazione a carico dell'AOMS. Tempi attualmente eccessivamente lunghi. Difatti, trascorsi due o cinque anni dal trattamento, il paziente difficilmente ricorderà in dettaglio le prestazioni dispensate. •

BLOG

Medicamenti: l'«Off-Label» deve restare l'eccezione

Oltre al classico elenco delle specialità (ES) su cui figurano i medicinali soggetti all'obbligo di rimborso, esiste una via rapida e pratica per rendere obbligatorio il rimborso di un medicamento: l'articolo 71a-d dell'ordinanza sull'assicurazione malattie. Il problema è il seguente: concepito come eccezione, l'«Off-Label-Use» diventa vieppiù la regola. Spesso ciò accade a causa del mancato accordo sui prezzi dei medicinali tra case farmaceutiche e UFSP. Per questo motivo gli assicuratori malattia devono avere la facoltà di proporre l'ammissione dei medicinali nell'ES a determinati prezzi. •
→ santesu.is/se3a4

Le liste cantonali degli interventi e loro incidenza

santésuisse ha raffrontato l'evoluzione dei costi nei cantoni con e senza liste delle operazioni ambulatoriali. Il risparmio rilevato per le spese di cura durante i primi semestri a confronto (2017 e 2018) è lieve – mentre le differenze tra i cantoni sono grandi – tanto che non possiamo ancora parlare di un risparmio significativo correlato al principio «ambulatoriale prima di stazionario». •
→ santesu.is/seh1

I costi nell'assicurazione di base di nuovo in crescita

Dopo una breve tregua, i premi assicurativi tendono nuovamente ad aumentare. Almeno è quanto si desume dalle stime di santésuisse sull'evoluzione dei costi per i prossimi anni. Ancora una volta si è persa una buona occasione. •
→ santesu.is/setof