

FOCUS

2 | 2018

POLITICA SANITARIA

Autorizzazione dei medici in un vicolo cieco

Opportunità mancata



Il Parlamento deve intervenire

Il Consiglio federale deve dimostrare più coraggio nel proporre misure utili a frenare la lievitazione dei costi della salute. Adesso spetta al Parlamento intervenire con opportuni correttivi per trovare una soluzione più economica. •

Heinz Brand, presidente santésuisse

Il Consiglio federale rinuncia a fissare condizioni quadro chiare per frenare la proliferazione delle prestazioni sanitarie a carico della LAMal.

Secondo la volontà del Consiglio federale, ciascun cantone potrà continuare a regolamentare liberamente in tema di autorizzazione dei medici. Invece di occuparsi seriamente del mandato del Parlamento e proporre valide alternative all'attuale blocco delle autorizzazioni, il Consiglio federale somministra placebo a destra e manca. Da molto tempo ormai i pazienti non esitano a recarsi in un altro cantone per farsi curare, ma i cantoni continuano a cincischiare in un ambito per il quale non devono assumersi responsabilità finanziarie. L'allentamento dell'obbligo di contrarre in caso di offerta eccedentaria e la relativa differenziazione tariffale non figurano più sull'agenda del Consiglio federale, il che ci allontana sempre più da una politica delle autorizzazioni incisiva e coordinata a livello nazionale.

Dopo aver mandato segnali a favore del finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie,

il Consiglio federale ha perso una buona opportunità per impedire ai cantoni di sottrarsi troppo facilmente alla loro responsabilità finanziaria nel settore ambulatoriale, che in futuro intendono gestire a propria discrezione.

Correggere il progetto

santésuisse giudica poco equilibrate le proposte presentate dal Consiglio federale e teme che non serviranno affatto a far uscire il sistema sanitario dal vicolo cieco dell'offerta di prestazioni eccedentaria e inadeguata. Il Parlamento dovrà correggere le proposte se vuole che dal progetto possa nascere qualcosa di utile a contenere efficacemente la lievitazione dei costi. •

INDICE

Esigere la qualità	2
Contenimento dei costi: priorità sorprendenti	3
In breve	4

La responsabilità spetta ai fornitori di prestazioni

Imporre la garanzia della qualità



La garanzia della qualità nell'assistenza sanitaria deve essere attuata capillarmente sull'intero territorio. Gli assicuratori malattia ritengono che la Confederazione debba limitarsi a fissare le condizioni quadro e introdurre incentivi per promuovere un'effettiva competizione di qualità.

Uno dei problemi fondamentali del sistema sanitario svizzero è l'inefficienza che causa costi eccessivi. Secondo il gruppo di esperti e il Consiglio federale il 20 per cento delle prestazioni mediche non genera alcun valore aggiunto per i pazienti. Soprattutto nel settore ambulatoriale i medici si sono rifiutati finora di introdurre i programmi di garanzia della qualità richiesti dalla legge e di renderne trasparenti i risultati. Per scegliere con consapevolezza, il paziente deve tuttavia conoscere e poter raffrontare la qualità delle prestazioni dispensate dagli ospedali e dai medici.

Gli assicuratori malattia ritengono che la Confederazione debba limitarsi a fissare le condizioni quadro e introdurre incentivi per promuovere un'effettiva competizione di qualità. I fornitori di prestazioni devono garantire prestazioni di qualità a livello sia tecnico che contenutistico, con opportuni effetti di feedback sui dati dei pazien-

ti negli studi medici e negli ospedali, altrimenti i programmi nazionali restano solamente una tigre di carta inefficace, ma molto costosa.

”
La Confederazione deve limitarsi a fissare le condizioni quadro e introdurre incentivi per un'effettiva competizione di qualità.

Per garantire la qualità servono dati certi

Se il lavoro svolto con qualità insufficiente o non documentata viene remunerato come quello di qualità eccellente, quest'ultimo non avrà possibilità di primeggiare come invece auspicano i pazienti. Per migliorare la qualità del sistema sanitario svizzero e dell'assicurazione malattia occorre che i fornitori di prestazioni dispensino le prestazioni nella qualità prevista in modo vincolante dalla LAMal.

Le esperienze maturate nel settore stazionario mostrano che per imporre in modo capillare la

misurazione della qualità occorre sancire per legge la correlazione tra tariffazione e misurazione della qualità dei risultati. Le convenzioni tariffali obbligano gli ospedali e le cliniche ad attuare le misurazioni della qualità secondo il piano di misurazione. Queste basi vincolanti hanno indotto grandi progressi nella misurazione della qualità e nella pubblicazione trasparente dei relativi risultati.

Intervento della Commissione della salute del Nazionale

Il progetto originario del Consiglio federale affidava in modo unilaterale la garanzia della qualità all'UFSP. La CSS-CN ha apportato le necessarie correzioni per giungere a un progetto equilibrato, il quale prevede che le organizzazioni specializzate - come ANQ ed EQUAM - restino i principali referenti quando i programmi nazionali vengono messi a concorso. Anche questo serve alla trasparenza e alla garanzia della qualità. Formulato in modo poco equilibrato, il finanziamento dei lavori di coordinamento e dei programmi nazionali a carico di chi paga i premi è stato opportunamente corretto dalla CSS-CN. •

Priorità sorprendenti del Consiglio federale

Il Consiglio federale esclude i medicinali dai provvedimenti di contenimento dei costi

Il primo pacchetto di misure con cui il Consiglio federale intende ridurre i costi si rivela piuttosto deludente per chi paga i premi assicurativi. Il Consiglio federale ignora le misure di contenimento dei costi proposte dagli esperti nel settore dei medicinali protetti da brevetto.

Nel primo pacchetto di misure prioritarie del Consiglio federale per contenere l'eccessivo aumento dei costi nell'assicurazione malattie mancano ben nove delle dieci proposte presenti nel rapporto degli esperti sui medicinali. Sembra che il Consiglio federale dia maggiore importanza agli interessi dell'industria farmaceutica di mantenere medicinali eccessivamente cari che non a quelli dei pazienti e assicurati di disporre di medicinali a prezzi più accessibili.

Medicinali originali non presi in considerazione

Un solo provvedimento si è salvato nel primo pacchetto, ossia il sistema di prezzi di riferimento per i farmaci generici, per il quale la consultazione era già stata annunciata lo scorso anno. Il sistema di prezzi di riferimento è senz'altro uno strumento idoneo a contenere i costi nel settore dei medicinali con brevetto scaduto. L'argo-

mento a sfavore è questo: in Svizzera la quota di mercato dei farmaci originali è pari all'84 per cento del volume complessivo di medicinali. Qui occorre intervenire con misure opportune. Soprattutto i nuovi medicinali hanno un prezzo elevato in Svizzera. La forte crescita nel mercato dei medicinali nasce soprattutto dal fatto che i preparati che si sono dimostrati efficaci e che hanno un prezzo conveniente vengono sostituiti da nuovi farmaci. Non è concepibile quindi che le misure di contenimento dei costi non tengano conto dei medicinali con brevetto. Il pacchetto va riconsiderato e integrato con misure che includano anche il settore dei medicinali brevettati.

Diritto di ricorso contro i prezzi eccessivi dei medicinali

Tra le misure necessarie in ambito dei medicinali rientra senz'altro quella di accordare agli assicuratori il diritto di ricorrere al tribunale per contestare i prezzi dei medicinali ritenuti eccessivi, come d'altronde ha proposto il gruppo di esperti. Il diritto di ricorso che il Consiglio federale intende accordare agli assicuratori in materia di elenco degli ospedali e delle case di cura indica la strada da seguire. Sarebbe opportuno accordare un analogo diritto di ricorso agli assicuratori anche nei confronti dell'industria farmaceutica organizzata secondo il diritto privato.

Anche gli altri provvedimenti nell'ambito dei medicinali indicati nel rapporto degli esperti ed ignorati dal Consiglio federale nel primo pacchetto sono importanti per contenere i costi. Tra questi ricordiamo il principio di convenienza dei costi per i medicinali (nel determinarne il prezzo si deve tenere conto o del raffronto con i prezzi praticati all'estero o del raffronto terapeutico - determinante è il risultato più basso), la promozione dell'importazione parallela di medicinali e la revoca del principio di territorialità dando agli assicuratori malattia la possibilità di assumere i costi dei medicinali acquistati all'estero. •

”
Non è concepibile che le misure di contenimento dei costi non tengano conto dei medicinali brevettati.



In breve



santésuisse sostiene il finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie

La Commissione della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) si è espressa in linea di massima a favore del nuovo ordinamento per il finanziamento del sistema sanitario a livello di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La Commissione intende così vincolare i cantoni a partecipare proporzionalmente ai costi dell'assicurazione malattia. Una decisione coerente, considerato che i cantoni decidono in tema di lista ospedaliera e delle case di cura nonché in tema di autorizzazione degli altri fornitori di prestazioni e possiedono quindi un elevato potere decisionale in materia di costi. Il nuovo ordinamento finanziario è la premessa necessaria perché in futuro i costi vengano ripartiti in modo equo e sostenibile tra assicurati e cantoni. Da anni assistiamo a una vera competizione tra gli ospedali a livello cantonale senza che i cantoni partecipino ai costi medici ambulatoriali. Infatti questi costi sono integralmente a carico degli assicurati e degli assicuratori malattia. Il finanziamento uniforme di tutte le prestazioni mediche dell'assicurazione di base può rappresentare un rimedio a tale situazione e portare a un finanziamento equo duraturo.

Il modello basato sui costi è trasparente

Nella ripartizione dei fondi cantonali, santésuisse privilegia l'alimentazione basata sui costi commisurata agli effettivi costi sanitari dell'anno in corso. L'alimentazione basata sui costi corrisponde all'attuale

sistema di finanziamento duale fisso nel settore stazionario in cui le quote a carico dei cantoni sono ripartite secondo le fatture effettivamente accumulate. Con il nuovo finanziamento l'assicuratore pagherebbe quindi una quota di circa il 75 per cento mentre il 25 per cento spetterebbe al Cantone competente. santésuisse accoglie positivamente la decisione della Commissione della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) di privilegiare la variante basata sui costi e di aver posto in consultazione questa soluzione. •

Prestazioni complementari – premi della cassa malattia computabili

Dopo che le proposte nel Parlamento in materia di premi da computare nelle prestazioni complementari si sono allontanate sempre più da una soluzione praticabile, la Commissione degli Stati ha finalmente aperto uno spiraglio: in futuro il premio computabile dovrà corrispondere al massimo alla media cantonale o essere computato effettivamente se inferiore alla media. In questo modo si evitano sovracompenzazioni sgradite senza destabilizzare l'AOMS. La CSSS-S ha quindi migliorato la già buona proposta del Consiglio federale. Ci auguriamo che la procedura di appianamento delle divergenze si svolga secondo l'orientamento indicato dalla CSSS-S. •

Legittimo l'intervento tariffale del Consiglio federale a carico dei medici specialisti

Il Tribunale federale ha deciso che il Consiglio federale può adottare riduzioni lineari nell'adeguare la struttura tariffale TARMED. La Clinica privata St. Anna, che fa parte del Gruppo Hirslanden, ha impugnato l'intervento nella tariffa ambulatoriale TARMED a carico dei medici specialisti, approvato dal Consiglio federale nel giugno 2014, ritenendolo illecito e non applicabile. La clinica aveva fatturato all'assicurazione malattia Assura delle prestazioni ambulatoriali secondo la vecchia tariffa, più cara. Un modo di agire che Assura non aveva gradito e perciò si era rivolta al tribunale arbitrale, il quale aveva giudicato che l'assicuratore malattia doveva pagare la fattura più elevata. Assura ha quindi presentato ricorso al Tribunale federale, il quale ha dato ragione ad Assura.

La massima istanza giudiziaria ha stabilito che il Consiglio federale può adottare riduzioni lineari nell'adeguare la struttura tariffale TARMED. Nel fare questo, il Consiglio può tenere conto anche di aspetti politici, nella fattispecie la promozione dei medici di famiglia. Per gli assicuratori malattia la decisione non afferma soltanto la certezza del diritto, ma significa anche non dover dare seguito a ulteriori richieste di restituzione da parte degli ospedali. •