



# Distogliere l'attenzione

Le polemiche sul reddito dei medici distolgono dal problema dei costi



## Assumersi le responsabilità

Contenere i costi è un compito comune a tutti gli attori del settore sanitario. Dobbiamo assumerci tutti insieme le nostre responsabilità senza perdere altro tempo prezioso. La popolazione svizzera lo pretende con urgenza. •

Heinz Brand, presidente santésuisse

**Mentre si litiga sul reale reddito medio dei medici, i costi ambulatoriali continuano a salire. I cantoni sono chiamati con urgenza ad assumersi le proprie responsabilità.**

Le polemiche sul reddito elevato dei medici divampano in un contesto che vede i costi ambulatoriali salire senza sosta. Rispetto a cinque anni fa, sono aumentati di oltre un quarto per ciascun assicurato.

## Gestione delle autorizzazioni: richiamare i cantoni al loro dovere

santésuisse ha ripetutamente segnalato le forti disparità regionali nell'assistenza medica, con picchi che superano il 50 per cento per alcune specialità mediche e regioni. Non possiamo più rimandare nel tempo gli interventi urgenti per gestire l'offerta nel settore ambulatoriale. La Commissione della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) ha adottato le opportune disposizioni. Apportando i correttivi alla proposta del Consiglio federale per la gestione strategica delle autorizzazioni dei medici, la

Commissione chiede che i cantoni limitino con coerenza le autorizzazioni e che intervengano quando i costi aumentano eccessivamente per determinate categorie di medici. Ora è possibile obbligare i cantoni ad assumersi le proprie responsabilità. Gli assicuratori malattia potranno infatti ricorrere in giudizio se i cantoni disattendono le indicazioni concernenti la densità o il massimale di medici oppure se le indicazioni non sono definite come previsto dal legislatore. •

## INDICE

Finanziamento delle cure	2
Prezzi di riferimento	3
In breve	4

# Aumentare l'efficienza invece di scaricare i costi sugli altri

Finanziamento delle cure: pregiudizi e fatti

**I cantoni cercano di sottrarsi alla responsabilità che compete loro come finanziatori residui delle spese di cure. Pur di scaricare i costi sulle spalle di chi paga i premi, si ricorre ad argomentazioni non pertinenti.**

Nel 2011 è entrato in vigore il «nuovo ordinamento per il finanziamento delle cure». Obiettivo: impedire che siano esclusivamente gli assicurati a farsi carico del progressivo incremento dei costi per le cure agli anziani. Da allora l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) versa un contributo fisso alle spese di cura, la partecipazione dei pazienti è specificata con chiarezza e delimitata con un massimale e il finanziamento residuo spetta ai cantoni. L'incremento della pressione finanziaria sui cantoni in qualità di finanziatori residui ha conferito nuovo vigore alle richieste di adeguare i contributi AOMS sebbene gli assicurati continuino a finanziare i costi supplementari per le cure.

## Pregiudizio n. 1: il contributo dell'AOMS alle cure è fermo dal 2011

Di fatto le spese di cura a carico dell'AOMS sono cresciute di 400 milioni di franchi dall'entrata in vigore del nuovo finanziamento nel 2011 e attualmente toccano i 2,8 miliardi di franchi. Pur restando costanti i tassi di contributo, i costi a carico dell'AOMS continueranno a salire a causa del numero crescente di persone bisognose di cure. Per questo motivo santésuisse ribadisce con forza la propria convinzione che i cantoni debbano dare seguito al proprio dovere in qualità di finanziatori residui e sfruttare il margine di azione per promuovere strutture efficienti.

## Pregiudizio n. 2: la fetta più grossa delle spese di cura è finanziata dai cantoni

Di fatto la parte preponderante, ossia il 55 per cento delle spese di cura (contributi per le case di cura, spitex e infermieri indipendenti), è a carico dell'AOMS. Anzi, i comuni e i cantoni contribuiscono solamente per un terzo dei costi complessivi.

## I cantoni devono sfruttare i margini d'azione

In considerazione della normativa in tema di contributi AOMS che, notabene, è suffragata da sentenze del tribunale, i cantoni sono sollecitati a adempiere i propri obblighi di legge in qualità di finanziatori residui. Invece di esimersi dalle proprie responsabilità, devono sfruttare il margine di azione per migliorare l'efficienza. Molti sono gli esempi, ben documentati, di inefficienze nelle cure di lunga durata. Nonostante le annose diatribe, i cantoni non hanno ancora trovato un denominatore comune per determinare il fabbisogno di cure. Inoltre, la qualità nel settore delle cure non è rilevata in modo sistematico, con la conseguenza di

diminuire la trasparenza e impossibilitare il confronto tra cantoni. E last but not least: specie nella Svizzera tedesca, l'assistenza agli anziani è praticata soprattutto a livello ospedaliero invece che ambulatoriale.

La valutazione esterna pubblicata nell'anno in corso dal Consiglio federale mostra che il nuovo ordinamento per il finanziamento delle cure è efficiente e che non serve apportarvi modifiche. Perciò santésuisse si oppone a che l'AOMS debba farsi carico di maggiori oneri. Le conseguenze di un aumento o adeguamento dinamico dei contributi AOMS all'andamento dei costi significherebbe abusare eccessivamente della solidarietà generazionale e gravare maggiormente sulla riduzione dei premi individuale della Confederazione e dei cantoni. Il mantenimento dei tassi di contributo fissi dell'AOMS è opportuno, anche perché con il progressivo invecchiamento della popolazione aumenta il numero delle persone bisognose di cure, il che si ripercuote inevitabilmente sull'AOMS, pur mantenendo costanti i tassi di contributo. •

## Enti pagatori: quota sul totale delle spese di cura (in percentuale, 2016)

	Contributi AOMS	Abitanti	Comune/Cantone	Totale
Case di cura	50%	15%	35%	100%
Organizzazioni Spitex	69%	6%	24%	100%
Infermieri indipendenti	72%	4%	24%	100%
<b>Totale</b>	<b>55%</b>	<b>13%</b>	<b>32%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Statistica Spitex (UST), SOMED (UST)



# Allarmismo ingiustificato

L'introduzione dei prezzi di riferimento non provoca effetti indesiderati



Nel primo pacchetto teso a contenere i costi, il Consiglio federale propone di introdurre i prezzi di riferimento per i medicinali aventi lo stesso principio attivo. L'industria farmaceutica non si stanca di affermare che il provvedimento mette in forse la sicurezza dell'approvvigionamento e che i pazienti si trovano esposti a rischi per la salute. Se guardiamo alla Germania, vediamo che questi argomenti sono privi di fondamento. La Germania ha introdotto il prezzo massimo per i medicinali generici già nel lontano 1989. Dopo l'introduzione dei primi importi massimi, il prezzo dei medicinali che superavano l'importo fisso è sceso in media del 30 per cento. Le paure alimentate dall'industria farmaceutica per la sicurezza dei medicinali e dell'approvvigionamento sanitario si sono dimostrate infondate.

## La Svizzera, fanalino di coda nel fatturato di generici

La Svizzera occupa gli ultimi posti nella classifica dei paesi OCSE per l'impiego di farmaci generici. A titolo di raffronto: in Germania la percentuale dei farmaci

equivalenti sul fatturato di medicinali è del 36 per cento, esattamente il doppio rispetto alla Svizzera. In particolare per quel che concerne gli incentivi da parte dei venditori, la Svizzera non tiene il passo con la maggior parte dei paesi europei. La parte propria alla distribuzione sviluppata dal regolatore, la quale disciplina gli oneri del medico, del farmacista e dell'ospedale nel vendere una confezione di medicinali, è fortemente in funzione del prezzo. Nella maggior parte dei casi vale quanto segue: quanto più cara la confezione, tanto maggiore il guadagno realizzato. Attualmente i medici in Svizzera non hanno l'obbligo – né godono di incentivi finanziari – per prescrivere un medicamento generico, meno caro dell'originale. Il medico guadagna meno se consegna al paziente un generico più conveniente. La regolamentazione del margine di guadagno in funzione del prezzo, che disciplina gli oneri del medico, del farmacista e dell'ospedale nella vendita di una confezione di medicinali, va adeguata con la massima urgenza. A beneficiare di un farmaco generico sono solo i pazienti, in quanto la partecipazione ai costi è minore per l'importo che

supera la franchigia. L'introduzione del sistema di prezzi di riferimento non è sufficiente a incrementare significativamente la percentuale dei generici. Le esperienze maturate in Germania mostrano che informare i pazienti sullo scopo degli importi fissi ha un ruolo essenziale per l'accettazione dei medicinali generici. Realizzare campagne per informare meglio i pazienti sull'efficacia dei farmaci equivalenti potrebbe migliorare sensibilmente la situazione. Fornitori di prestazioni e assicuratori malattia sono chiamati a dare il loro contributo in questo ambito. •

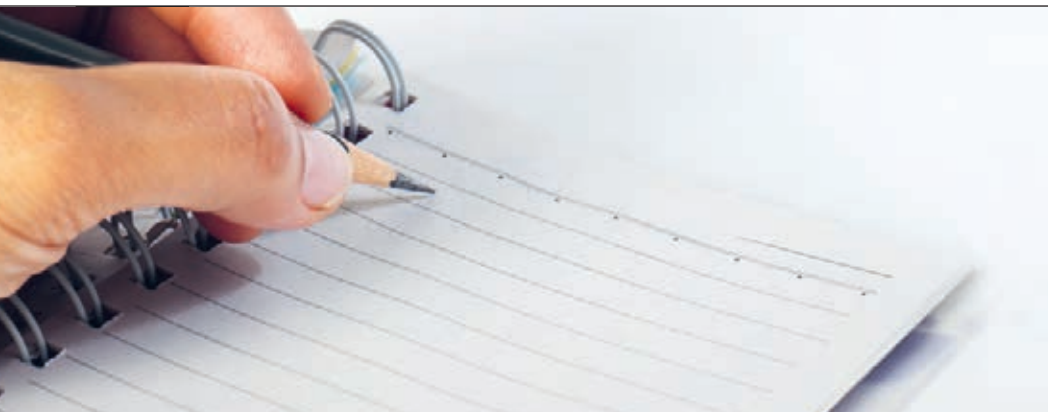
”  
**La situazione attuale: quanto più cara la confezione, tanto maggiore il guadagno realizzato dal medico o dal farmacista.**

## Prezzo doppio rispetto alla Germania

Valsartan, un farmaco contro l'ipertensione molto diffuso, è stato sviluppato dalla Ciba-Geigy (oggi Novartis) nel 1991. Secondo l'elenco delle specialità (ES) dell'UFSP, il preparato non più coperto da brevetto costa 68.10 franchi nella confezione originale di Novartis Diovan® 80 (98 compresse). Se si acquista Valsartan come farmaco equivalente prodotto da Sandoz, una società affiliata di Novartis, il prezzo ES è pari a 54.10 franchi. In Germania l'importo fisso per Diovan® è limitato a 21.13 Euro. Supponendo che il corso dell'Euro sia di 1.15 franchi, la confezione in Germania costa soltanto 24.30 franchi. In Svizzera il generico di Sandoz costa più del doppio rispetto alla Germania. •



# In breve



## Ricerca USA tra i medici: «L'eccesso di trattamento è cosa abituale»

Una ricerca pubblicata lo scorso anno <sup>1</sup> conferma quanto constatato anche dall'UFSP, ossia che il 20 per cento delle prestazioni mediche sono inutili o inefficaci. La ricerca promossa dall'Università John Hopkins negli Stati Uniti ha indagato la frequenza, le ragioni e gli effetti dell'eccesso di trattamento. Al sondaggio hanno risposto 2106 medici della American Medical Association (AMA) facenti parte di una comunità online. I risultati più significativi: i medici intervistati hanno giudicato inutile il 20 per cento delle prestazioni erogate. In concreto hanno indicato come inutili il 22 per cento dei medicinali prescritti, il 25 per cento dei test effettuati e l'11 per cento dei trattamenti dispensati.

## ” Medici: inutile il 20 per cento delle prestazioni

Le soluzioni proposte dai medici sono: migliorare la formazione sul trattamento adeguato (55%), facilitare l'accesso alle cartelle cliniche (52%) e linee guida sul trattamento (52%). Il 71 per cento degli intervistati riteneva che i medici tendono a praticare interventi poco necessari se ciò reca loro un beneficio. La maggior parte degli intervistati ritiene che ridurre l'entità del rimborso basato sulla

quantità delle prestazioni erogate possa diminuire la fruizione e i costi dell'assistenza sanitaria.

(1 Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al, *Overtreatment in the United States. PLoS ONE September 2017*) •

## L'abbaglio dei dentisti

Di recente, la solitamente pacata Società Svizzera di Odontologia e Stomatologia (SSO) si è rivolta al grande pubblico con il seguente titolo ad effetto: «Le casse malati mandano i pazienti svizzeri all'estero». Completamente fuori luogo l'affermazione della SSO secondo cui gli assicuratori malattia inducono gli assicurati AOMS a farsi curare all'estero, cosa che contraddice le finalità e le intenzioni della LAMal. Sta di fatto che gli assicuratori malattia devono attenersi a quanto disposto dalla LAMal e quindi non possono assumersi i costi per una cura all'estero, fatta eccezione per i casi d'urgenza o se un dato trattamento non è possibile dispensarlo in Svizzera. Evidentemente alla SSO è sfuggito che anche i trattamenti finanziati privatamente sono legati al principio di territorialità. La SSO si è vista costretta a rettificare il comunicato stampa. santésuisse saluta invece con favore che tra le proposte del Consiglio federale per contenere i costi vi sia anche quella di considerare di sospendere il principio di territorialità sancito dalla LAMal per quanto concerne i medicinali. •

## BLOG

«Quale ospedale è quello più adatto per me?» – La risposta arriva dallo «Spitalfinder»

santésuisse desidera che la qualità nel servizio sanitario possa essere misurata e raffrontata per aiutare i pazienti nella scelta dell'ospedale. Un buon indicatore della qualità dei trattamenti in un ospedale – specie in considerazione del dibattito concernente il numero minimo di casi – è rappresentato dal numero di operazioni effettuate.

Documentare la qualità in modo trasparente va a tutto vantaggio della popolazione: infatti, serve a migliorare il sistema sanitario e a ridurre i costi a lungo termine. Il comparatore degli ospedali di santésuisse mostra, ad esempio, con quale frequenza un'operazione o un trattamento vengono effettuati in un ospedale. Queste indicazioni sono molto importanti per i pazienti, poiché una pratica e un'esperienza regolari riducono le complicazioni e il tasso di mortalità per gli interventi più complessi. Il portale consente di mettere a confronto sia gli ospedali acuti che quelli psichiatrici e le cliniche di riabilitazione.

Ora il comparatore degli ospedali comprende anche gli esiti del sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti svolto nel 2016 negli ospedali acuti e nel 2017 nelle cliniche di riabilitazione. Gli indicatori di qualità pubblicati sullo Spitalfinder vengono forniti dall'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) e dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e perciò si possono considerare molto affidabili. •

→ [www.hostofinder.ch/fr](http://www.hostofinder.ch/fr)