

Perché i premi aumentano più rapidamente dei costi?

Esistono approcci migliori di una determinazione artificiale dei premi? Pagina 3



Medicina: di più non significa meglio

I medici contribuiscono al dibattito sul risparmio nella spesa sanitaria. Pagina 4



5 ragioni contro il budget globale

Il nostro eccezionale sistema sanitario e il rapporto di fiducia medico-paziente sono in pericolo. Pagina 4

POLITICA+PAZIENTE
Edizione speciale

15° anno
Editore: Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG, Société Médicale de la Suisse Romande SMSR, Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT
Politica+Paziente è un supplemento del Bollettino dei medici svizzeri
Redazione: forum|pr, Planète Santé, Tribuna Medica
Layout: Claudia Bernet, Berna; stampa: Stämpfli AG, Berna

I punti di forza del nostro sistema

Il sistema sanitario svizzero è in pericolo

Il sistema sanitario svizzero è considerato uno dei migliori al mondo, ma anche uno dei più costosi. Motivo in più per non cadere nella trappola dei falsi risparmi.

Articolo: Planète Santé, SMSR



Il parlamento discute su misure che, in futuro, ostacoleranno l'accesso dei pazienti alle prestazioni mediche. Foto: Keystone

Risparmiare è, di base, un ottimo principio. Purché tuttavia le ripercussioni negative non azzerino i benefici conquistati con tale strategia. Attualmente il problema si pone nell'ambito della sanità, con le misure di controllo dei costi proposte dal Consiglio federale che saranno dibattute dal nuovo parlamento.

Efficienza svizzera riconosciuta

Il sistema sanitario elvetico ha un'eccellente reputazione. Nel 2018, inoltre, la Svizzera è risultata al primo posto dell'Euro Health Consumer Index (EHCI), che include 35 nazioni. Nel 2017, la rivista medica The Lancet la collocava nel gruppo di testa di uno stu-

Prosegue a pagina 2

Editoriale

Una comunità medica unita

I media amano presentare l'immagine di una comunità medica divisa: ad esempio, si scrive molto sulle controversie relative alla revisione delle tariffe o sul continuo contrasto tra medici di base e specialisti. Per sfoggiare titoli accattivanti, viene elaborata un'immagine di lacerazione che non corrisponde affatto alla realtà. I medici non perseguono solo interessi di parte.

Se il benessere dei pazienti viene compromesso, se è a rischio il rapporto di fiducia medico-paziente o se la qualità del sistema sanitario è messa in gioco, i medici fanno rapidamente fronte comune. Ognuno fa la sua parte e, insieme, mettono in guardia dalle conseguenze dell'ingerenza politica.

È l'obiettivo che intende perseguire anche questa edizione speciale di Politica+Paziente. Nella primavera di quest'anno, i vertici delle associazioni mantello regionali della comunità medica si sono incontrati: l'Associazione svizzero-tedesca delle società mediche (VEDAG, Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften), la Società medica della Svizzera romanda (SMSR) e l'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT).

Insieme, le tre associazioni regionali hanno messo sotto la lente d'ingrandimento le attuali ipotesi di riforma, identificando incentivi perversi ma anche evidenziando le virtù del nostro sistema. È stato inoltre condotto un sondaggio sull'intero territorio svizzero tra i candidati al Consiglio nazionale e al Consiglio degli Stati. Tutti gli esiti sono stati raccolti in questo numero speciale e vogliono fungere da linee guida per i parlamentari eletti al fine di sviluppare un efficace programma di riforme.

Dr. med. Aldo Kramis,
responsabile del comitato di redazione VEDAG

Prosegue da pagina 1

dio sulle prestazioni e sull'accessibilità delle cure condotto in 195 Paesi. La speranza di vita in Svizzera, attualmente pari a 83,7 anni e che presenta l'aumento progressivo più elevato al mondo tra i Paesi industrializzati (OECD Health Data 2018), rispecchia tale eccellenza. «Tra le popolazioni in età avanzata, quella svizzera gode delle condizioni di salute migliori ed è la meno colpita da limitazioni funzionali», precisa Philippe Eggimann, presidente della Società medica della Svizzera romanda (SMSR).

Il prezzo dell'eccellenza

Ma una rete di assistenza costituita da oltre 430'000 professionisti della salute e 350 ospedali (pari in media a 4,5 ospedali per 100'000 abitanti) ha necessariamente un prezzo. La Svizzera vi investe oltre 80 miliardi di franchi l'anno, circa l'11% del PIL, cifra che la rende uno dei Paesi con la più importante spesa medica nell'area dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). Alla base di ciò vi è una logica molto semplice: presto o tardi chiunque soffrirà di una malattia, che comporterà ulteriori spese. Dei costi elevati sono peraltro in linea con un sistema sanitario efficace e non significa che i trattamenti siano sbagliati. Altrettanto logicamente, la popolazione è preoccupata per l'aumento dei premi dell'assicurazione malattia. Nei sondaggi realizzati in vista delle elezioni federali del 20 ottobre, la problematica si è mostrata in cima alle preoccupazioni dei sostenitori di quattro partiti: il PS, il PLR, il PPD e il PBD.

Propositi pericolosi

Svariate misure atte ad arrestare l'attuale tendenza sono attualmente al vaglio del parlamento, tra cui l'introduzione di un budget globale che, nei fatti, condurrà a un razionamento delle cure. Ma nei paesi che hanno già testato questa soluzione, come l'Inghilterra, la Germania e gli Stati Uniti, non si osserva alcuna stabilizzazione dei costi della sanità. Al contrario. Nel numero del 23 giugno, il quotidiano britannico The Guardian constata che l'aspettativa di vita della popolazione inglese è diminuita di sei mesi dal 2013, effetto dovuto alla riduzione degli stanziamenti del bilancio sanitario. I tetti di bilancio comportano quasi immancabilmente maggiori tempi d'attesa, ma tutti i pazienti non ne sono colpiti in egual misura: i più agiati possono continuare a ricevere assistenza grazie alla sottoscrizione di assicurazioni supplementari o private. Così, per esempio, l'aspettativa di vita degli americani varia di oltre 12 anni in funzione del diverso livello socioeconomico, come riportano i dati del Journal of the American Medical Association (JAMA). «Prima di accogliere misure che corrispondono essenzialmente a una forma di razionamento, è importante analizzarne le conseguenze negli altri Paesi», ritiene Philippe Eggimann.

Soluzioni sensate

In Svizzera, i tentativi di controllare i costi della sanità si sono tradotti essenzialmente in un trasferimento massiccio dei trattamenti in regime ospedaliero all'ambito ambulatoriale, più economico ma interamente a carico dell'assicurazione malattia, da qui la spirale inflazionistica dei premi. In parallelo, la fatturazione delle prestazioni in regime ospedaliero è diminuita al punto che certi ospedali sono andati in rosso e necessitano sempre più di sussidi. Ciononostante esistono soluzioni improntate al buon senso. Prendiamo per esempio l'iniziativa «Smarter Medicine».

La SMSR propone dal canto proprio di far partecipare i cantoni al finanziamento del comparto ambulatoriale, ma (almeno in un primo tempo) solo per sei prestazioni che non sono in ogni caso più rimborsate se non a livello ambulatoriale, in seguito a una recente decisione federale. Si tratta di interventi frequenti (per esempio, ernie inguinali, vene varicose agli arti inferiori, artroscopia del ginocchio ecc.). Una proposta più radicale, che estenderebbe tale partecipazione dei cantoni alla totalità delle prestazioni ambulatoriali, sarà discussa prossimamente in parlamento. Ma in assenza di statistiche indipendenti nell'ambito dell'assicurazione malattia, è meglio cominciare a effettuare una sorta di giro di prova per poter misurare in maniera obiettiva l'impatto dell'intervento.

Sondaggio VEDAG, SMSR e OMCT

Cambiamenti in vista?

Quest'estate le associazioni VEDAG, SMSR e OMCT hanno messo a disposizione dei canditati alle elezioni federali un sondaggio online che ha consentito loro di prendere posizione rispetto a diverse questioni riguardanti il tema della sanità e i relativi costi. Ben 331 candidati di quasi tutti i cantoni e partiti hanno accettato di collaborare.

È stato possibile individuare le seguenti macrotendenze per la prossima legislatura. La stragrande maggioranza dei partecipanti al sondaggio (94%) desiderava perlomeno conservare, se non migliorare, l'attuale livello qualitativo del sistema sanitario svizzero. Alcuni miglioramenti mirati dell'accesso all'offerta medica e sanitaria per la popolazione erano ipotizzabili per la maggioranza dei candidati di sinistra e di destra.

Solo una minoranza dei candidati, anche di destra, desiderava diminuire nettamente i costi sanitari o congelarli al livello dell'estate 2019. Un lieve incremento dei costi, inferiore all'aumento del PIL, è sembrato l'unico scenario capace di raccogliere veramente una maggioranza per i prossimi anni.

Tanto a sinistra quanto a destra, la netta maggioranza dei candidati ha ritenuto inaccettabile sul lungo termine il continuo aumento dei premi a un ritmo maggiore rispetto ai costi sanitari, con l'effetto di consolidare le riserve degli assicuratori malattie a scapito del bilancio delle famiglie. I candidati si sono peraltro espressi in maggioranza a favore di una base compensatrice dei premi per il 2020 e di una partecipazione dei cantoni alle prestazioni risultanti dalla virata verso l'«ambulatoriale».

Per tener sotto controllo l'incremento dei costi, le strade illustrate di seguito sono sembrate avere maggiori possibilità di conquistare una maggioranza di futuri parlamentari: maggiore supporto alla prevenzione e all'informazione; incentivazione della «Smarter Medicine», riduzione degli oneri amministrativi dei medici (ospedalieri e ambulatoriali), ottimizzazione dei costi attraverso la riduzione delle prerogative dei cantoni.

Risultati completi del sondaggio:
www.vedag.ch / www.smsr.ch / www.omct.ch

I premi superano le necessità di finanziamento del sistema!

Le troppe ricchezze degli assicuratori impoveriscono gli assicurati. Di principio è normale che gli oneri a carico degli assicurati (premi e partecipazioni ai costi) possano crescere più dei costi lordi della LAMal. La differenza tra la crescita degli oneri degli assicurati e i costi medico-sanitari deve però mantenersi entro limiti sostenibili. Oggi non è così.

Redazione: Tribuna Medica Ticinese, OMCT (contributo di Bruno Cereghetti, esperto di sanità e socialità, consulente Ordine dei Medici del Cantone Ticino)

I premi possono superare i costi, perché le entrate provenienti dagli assicurati devono coprire non solo i costi della malattia, ma anche altre spese aziendali degli assicuratori, tipo quelle amministrative o del mantenimento di un capitale proprio adeguato (le riserve di sicurezza). Oggi però questa differenza è eccessiva!

Riserve minime sproporzionate

Sul piano nazionale a fine 2018 si stima che il capitale proprio degli assicuratori – le riserve – supera il minimo legale di CHF 4,3 Mia secondo i parametri generosissimi della Legge sulla vigilanza dell'assicurazione malattie (LVAMal), rispettivamente di CHF 5,1 Mia se si considerano i parametri molto più ragionevoli fissati dal Consigliere federale Couchepin nel 2006. Da qui la prima conclusione: di principio i premi incassati hanno superato le esigenze di copertura dei costi del sistema LAMal. Ma non è tutto qui.

I criteri normativi fissati nel 2012 per le riserve minime sono sproporzionati per un'assicurazione che in via ordinaria può adeguare i premi ogni anno, e che in caso di necessità può addirittura intervenire immediatamente con un aumento straordinario dei premi anche nel corso dell'anno. Quindi si tratta di un'assicurazione contraddistinta da minori rischi aziendali rispetto ad altre.

Ma da dove proviene questo eccesso di riserve e come si è accumulato? La risposta è semplice: dai premi che gli assicurati hanno pagato in più nei Cantoni. Le riserve, oggi misurate sul piano nazionale, sono la somma dei risultati d'esercizio nei singoli Cantoni; ossia nel luogo ove i premi e le prestazioni sono in relazione diretta.

Situazione di grave squilibrio tra Cantoni

Se si volesse approfondire con precisione l'esame della formazione delle riserve a livello di singoli Cantoni l'impresa diventerebbe impossibile; e questo in ragione dell'ostinazione dell'UFSP che non vuole pubblicare i risultati d'esercizio LAMal di ogni assicuratore nei singoli Cantoni. Solo in questo modo si riuscirebbe a capire una volta per tutte se il funzionamento della LAMal a livello dei singoli Cantoni è corretto. Un esempio rende concreto questo concetto. Se nel Cantone A si registra un pagamento in eccesso di 100 e nel Cantone B e uno in difetto di 96, il risultato registrato sul piano nazionale è di +4.

Quindi sembrerebbe un esercizio adeguato e virtuoso. L'equilibrio che si registra sul piano nazionale è però solo teorico, e nasconde una situazione di grave squilibrio nei Cantoni.

Ed è quello che è capitato nella realtà del funzionamento della LAMal. Qualche anno fa è scoppiato il caso dei premi pagati in eccesso in alcuni Cantoni e in difetto in altri. Questa distorsione non è stata messa in evidenza dall'UFSP, che anzi ha cercato di nascondere o minimizzare il tutto, ma dall'esame serio e approfondito avvenuto in alcuni Cantoni.

Conoscere i risultati d'esercizio per mettere fine ai finanziamenti trasversali tra Cantoni

Il Parlamento, messo sotto pressione, ha poi cercato di correggere questa deriva, ma il risultato – il così definito in aula «compromis du compromis» – si è rivelato in realtà un palliativo del tutto inefficace e persino formato da elementi di incostituzionalità, come ha ben evidenziato il Tribunale federale (9C_125/2016).

La realtà lascia presumere che nonostante il tentativo, pasticciato, di riequilibrio dei premi, sul periodo 1996-2017 in ben 14 Cantoni si registrano finanziamenti deficitari. In pratica i premi sono stati insufficienti a coprire i costi del sistema. La conclusione è amara: la situazione di equilibrio che si registra a livello nazionale è frutto di finanziamenti trasversali tra Cantoni per mano degli assicuratori.

Solo conoscendo i risultati d'esercizio dei singoli assicuratori all'interno di ogni Cantone si potrà rispondere con sufficiente certezza al quesito se l'aumento dei premi sia in ragionevole rapporto di equità con l'incremento dei costi lordi del sistema cantonale.

Questo permetterebbe di mettere fine al fantasma dei finanziamenti trasversali tra Cantoni, che sono una deriva in fatto di equità.



Gli assicuratori malattia sono obbligati per legge a mantenere riserve minime. Ma i criteri sono applicati in modo sproporzionato. Foto: Keystone

Proposte di riforma della comunità medica

Quando meno medicina è meglio

I medici contribuiscono al dibattito quando si parla di risparmio sulla spesa sanitaria. E non solo: grazie all'iniziativa «Smarter Medicine», evitano già adesso trattamenti che non offrono vantaggi o che garantiscono solo benefici limitati.

Redazione: P+P, VEDAG

I costi della sanità sono un tema caldo di questo autunno elettorale, affrontato nei dibattiti e nelle colonne per le lettere dei lettori. I partiti di sinistra puntano sulla ripartizione dei costi, chiedendo spese aggiuntive per ulteriori riduzioni dei premi. I partiti conservatori, invece, fanno leva sul fatto che la Svizzera non potrà sostenere i costi del proprio sistema sanitario a lungo termine. Il PPD vuole quindi porre limiti di bilancio, l'UDC mira a contenere l'offerta sanitaria. E i liberali, invece, vogliono rafforzare l'attuale e ben funzionante sistema e i suoi attori mediante la concorrenza. E questa è la ricetta della comunità politica.

I medici mirano a risparmi che non compromettano la qualità

Di solito, in tale dibattito i medici vestono i panni dei soggetti criticati. Li si accusa di essere essi stessi parte del problema, sostenendo che sfruttino incentivi perversi e che i loro compensi elevati gravino ulteriormente sul sistema. Ma i medici hanno in primis un grande interesse a garantire un sistema sanitario funzionante: in fin dei conti, vi lavorano tutti i giorni. Diversamente dai politici, i fornitori di prestazioni richiedono misure volte al risparmio che non compromettano la qualità dei trattamenti.

Medicina più intelligente

Una misura che non interferirebbe né con l'accesso, né con la qualità delle prestazioni mediche è la «Smarter Medicine». L'iniziativa, lanciata nel 2014, sottolinea il problema delle carenze e degli eccessi nell'assistenza. Il messaggio di base sostiene che, per determinati trattamenti, un minor intervento medico possa significare una migliore qualità di vita per il paziente.

Svariate società mediche hanno già pubblicato elenchi di trattamenti effettuati con elevata frequenza e che offrono vantaggi limitati o addirittura nessun beneficio. Se i medici evitassero i trattamenti ai primi cinque posti di tali elenchi, il risparmio non si limiterebbe ai costi: spesso l'intervento costituisce un peso per il paziente, un onere che risulta superfluo in considerazione dello scarso beneficio apportato. I pazienti e i medici devono così prendere decisioni basate su un rapporto paritario, chiedendosi all'unanimità: nel caso concreto, quale trattamento è più utile?
L'iniziativa «Smarter Medicine» è in fase di lento, ma costante sviluppo. Dal 2017 è supportata da un'associazione promotrice. Oltre ad associazioni di settore e professionali, anche le organizzazioni di pazienti e consumatori appoggiano l'orientamento della campagna.

Attuazione coerente del principio «cure ambulatoriali prima di quelle ospedaliere»

Un'altra misura che non penalizza i pazienti è il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS). Col trasferimento all'ambito ambulatoriale delle prestazioni oggi erogate in regime ospedaliero, stando all'FMH si risparmierebbe un miliardo di franchi l'anno. Perché tale soluzione non inneschi un'esacerbazione dei premi, è però necessario individuare un modello di finanziamento unitario.
Con l'EFAS è poi possibile sfruttare i vantaggi e le sinergie di un'assistenza integrata in cui medici di famiglia, specialisti e ospedali sono interconnessi: sistema che, stando agli studi, offre ampi risparmi, soprattutto per le malattie croniche quali il diabete o le patologie cardiovascolari, responsabili dell'80% ca. dell'intera spesa per i trattamenti.



Per determinati trattamenti, un minore intervento medico può significare una migliore qualità di vita per il paziente. Foto: Keystone

Cinque ragioni contro il budget globale

Il Consiglio federale sta pianificando l'introduzione di budget globali, in base ai quali i medici potranno prescrivere prestazioni solo nella misura consentita dal bilancio. Vi spieghiamo perché questa è un'idea rischiosa.

1 Il rapporto di fiducia medico-paziente è a rischio

I budget globali portano a incertezza giuridica, sociale ed economica. Una volta esaurito il budget, è necessario rifiutare i trattamenti. Le esperienze tedesche e italiane dimostrano come, in caso di massimali di spesa, i pazienti si sentano ben presto esposti a discrezionalità, notando che il medico vaglia il trattamento con un occhio ai costi.

2 Il budget globale porta a una medicina di seconda classe

L'applicazione di massimali alla spesa porta a lunghe liste d'attesa. Una volta esaurito il budget mensile, i pazienti devono essere respinti, con la conseguenza che chi può permetterselo stipula un'assicurazione privata e viene privilegiato dal sistema.

3 Burocrazia senza beneficio per i pazienti

In che modo lo Stato decide quali prestazioni ridurre in futuro? Gli specialisti devono rendere conto delle proprie decisioni quotidiane? Oppure controllare le e-mail la mattina prima di iniziare il lavoro per verificare se l'UFSP abbia emanato nuove disposizioni? Un intervento così profondo è frustrante per i bravi professionisti sanitari, di cui abbiamo urgentemente bisogno.

4 Costi in aumento

Il controllo non è solo sgradevole ma anche costoso. In Germania, ogni dieci medici esercitanti è necessaria una persona che ripartisca e controlli il budget globale. In modo analogo, la burocrazia necessaria a tal fine in Svizzera corrisponderebbe a tre uffici federali della sanità pubblica.

5 Lo stanziamento globale del budget si traduce in un cambio di sistema

Obiettivi globali, target per volumi, controllo dei costi: termini differenti che portano allo stesso esito, ossia lo Stato stabilisce obiettivi vincolanti. Insomma, un'economia pianificata come nel socialismo reale. Perché mai dovremmo scardinare così il miglior sistema sanitario d'Europa (EHCI 2019)?