

4139

fr

0

12 settembre 2018

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione prestazioni
Schwarzenburgstr. 157
3003 Berna

Invio per posta elettronica
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie Introduzione di un sistema di finanziamento monistico: consultazione

Gentili Signore, egregi Signori,

con lettera del 15 maggio 2018 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha sottoposto anche al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, un progetto preliminare di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) volto a introdurre un finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Il progetto è stato elaborato in risposta all'iniziativa parlamentare 09.528 "Introduzione di un sistema di finanziamento monistico" e persegue tre obiettivi: promuovere il trasferimento delle cure indicate dal profilo medico dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, eliminando i falsi incentivi legati alla diversa modalità di finanziamento e contribuendo così a rallentare l'incremento dei costi; stabilizzare le quote di finanziamento delle prestazioni LAMal a carico dei premi e delle imposte e promuovere una tariffazione adeguata in ambito ambulatoriale e ospedaliero.

La proposta commissionale prevede che, in futuro, gli assicuratori dovranno rimborsare tutti i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri (ad esclusione del settore del finanziamento delle cure, che mantiene lo statu quo). I Cantoni forniranno loro un contributo di almeno il 25.5% dei costi netti delle prestazioni (ossia dopo la deduzione di franchigia e partecipazione ai costi degli assicurati). Questa percentuale, che dal 2012 al 2015 corrispondeva in media a circa 7.5 miliardi di franchi, è fissata in modo tale che, nel complesso, il passaggio al finanziamento unitario non abbia ripercussioni sulla spesa di Cantoni e assicuratori.

Ringraziamo anzitutto la CSSS-N per l'opportunità di esprimere la nostra posizione in merito.

In generale, il Cantone Ticino condivide le finalità che persegue la proposta in esame, in primis la necessità di interventi decisi per contenere l'evoluzione vieppiù insostenibile dei costi della salute. E' innegabile la complessità e la poca razionalità dell'attuale sistema di

finanziamento delle prestazioni sanitarie, per cui sia gli agenti finanziatori, sia l'onere da loro assunto, variano in funzione della tipologia di prestazioni erogate, generando oltretutto falsi incentivi, in contrasto con l'obiettivo di un trattamento efficiente dal profilo dei costi (che dipendono da quantità e tariffe), della qualità e dell'appropriatezza delle cure. In tal senso, un'armonizzazione è sicuramente auspicabile.

Si ritiene tuttavia che il progetto in discussione non vada al cuore del problema, la proposta di finanziare il sistema (ancorché parzialmente) tramite un unico agente pagante, non rappresenta di per sé una misura determinante per il controllo dei costi. Si rileva inoltre che per alcuni Cantoni, tra i quali anche il nostro, l'adozione della proposta comporterebbe un rilevante aggravio degli oneri rispetto alla situazione attuale.

Nel merito dei tre obiettivi che il progetto vorrebbe perseguire, si osserva quanto segue.

1. Trasferimento dell'attività dal settore stazionario al settore ambulatoriale

Anzitutto, il finanziamento unitario può sì contribuire a ridurre i falsi incentivi tariffali di assicuratori e Cantoni, reputiamo tuttavia questi casi limitati e quindi il contributo ad un'allocatione efficiente delle risorse, modesto. Per un vero trasferimento dallo stazionario all'ambulatoriale, con significativi risparmi sui costi, si deve insistere maggiormente sui fornitori di prestazioni, ossia laddove risiede la decisione sul tipo di trattamento da adottare per il paziente. Determinanti ai fini di questa scelta, oltre ai criteri medici, risultano essere anche i ricavi attesi dal fornitore, dipendenti a loro volta dalla struttura tariffale e dalla copertura assicurativa del paziente (complementari). In questo senso, si impongono misure diverse dal finanziamento monistico per influenzarne il comportamento. Pensiamo, ad esempio, alle liste dei trattamenti da eseguirsi di principio ambulatorialmente, già introdotte in alcuni Cantoni e dal 2019 previste a livello federale, o al miglioramento delle strutture tariffali, come la recente revisione del TARMED.

2. Stabilizzare le quote di finanziamento delle prestazioni LAMal a carico dei premi e delle imposte

Riguardo alla stabilizzazione delle quote di finanziamento di assicuratori e Cantoni, questa sembra di per sé garantita nella misura in cui il progetto prevede un contributo cantonale minimo unitario del 25.5% delle prestazioni nette e assicura, a livello nazionale, un passaggio finanziariamente neutro al nuovo sistema. In realtà, come si evince anche dal rapporto esplicativo della CSSS-N e da quello dell'UFSP del 5 marzo 2018, le ripercussioni nei singoli Cantoni possono divergere anche in maniera significativa, in funzione della loro struttura d'assicurati e del loro rapporto fra costi stazionari e ambulatoriali. Secondo tale documento, in Ticino, rispetto all'importo ora destinato dal Cantone al finanziamento ospedaliero, la partecipazione cantonale, sull'insieme delle prestazioni contemplate dal progetto di finanziamento monistico, dovrebbe essere aumentata di 22.6 milioni di franchi.

Si osserva che i Cantoni assumerebbero inizialmente una parte dei costi LAMal simile a quanto già oggi versato in ambito stazionario ospedaliero, tuttavia nel tempo i contributi non potrebbero far altro che aumentare, dovendosi far carico di parte dei costi ambulatoriali, in marcata crescita. Assisteremmo quindi a medio termine ad un trasferimento della spesa dagli assicuratori ai Cantoni. Come se ciò non bastasse, questi ultimi non possono incidere sui costi ambulatoriali. Il progetto non prevede infatti alcuno strumento d'intervento e di controllo per i Cantoni, in analogia al settore stazionario (pensiamo alla pianificazione ospedaliera o alla possibilità del finanziamento ospedaliero tramite contributo globale, possibilità di cui il Ticino fa buon uso), né maggiori competenze in ambito tariffale. Immaginare che i Cantoni debbano versare il 10% degli

introiti raccolti tramite le imposte a un terzo, senza la possibilità di controllarne l'utilizzo, sembra del tutto improponibile.

Ai fini di una vera stabilizzazione delle quote di finanziamento sarebbe poi doveroso considerare la totalità delle prestazioni LAMal, mentre il progetto in discussione esclude il settore del finanziamento delle cure.

Si rileva inoltre che l'aumento della quota di finanziamento assicurata agli ospedali convenzionati al 74.5% (attualmente al 45%), comporterebbe uno sgravio delle assicurazioni complementari a scapito dell'assicurazione di base e potrebbe generare un aumento delle prestazioni erogate da detti istituti, con conseguente ripercussione sui premi.

3. Promuovere una tariffazione adeguata in ambito ambulatoriale e ospedaliero.

E' indiscutibile che il sistema di determinazione delle tariffe abbia un'incidenza sui volumi di prestazioni e sulla loro erogazione in regime ambulatoriale piuttosto che stazionario. A risultare poco chiaro è come il monismo possa favorire una tariffazione più corretta; tutt'al più ovvia in relazione ad alcuni falsi incentivi insiti nella stessa. La competenza di elaborare, adattare e semmai correggere le strutture tariffali alla base della remunerazione delle prestazioni è primariamente dei partner tariffali, ossia assicuratori e fornitori di prestazioni. Spetta a loro garantirne la bontà, fissandovi anche i giusti incentivi in un'ottica di contenimento dei costi. In tal senso, la modalità di finanziamento di Cantoni e casse malati non esplica alcun effetto.

In quest'ambito dovrebbero inoltre essere valutate la determinazione di forfait a copertura di interventi ambulatoriali (al posto della tariffazione all'atto) e l'offerta di coperture assicurative per la promozione delle cure integrate, ossia la copertura di determinate patologie lungo tutto il percorso di cura (dalla degenza, al trattamento ambulatoriale, alla cura a domicilio).

In conclusione, il Cantone Ticino non può sostenere il progetto di finanziamento monistico presentato. Si dichiara tuttavia disposto, in linea con la presa di posizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), a valutare altre proposte di finanziamento unitario, a condizione che queste siano corredate da misure ritenute fondamentali ai fini di un approvvigionamento sanitario efficiente, integrato e che contribuisca al contenimento dei costi. In particolare, la possibilità per i Cantoni di un pilotaggio dell'offerta ambulatoriale, il mantenimento del contributo globale quale variante di finanziamento in ambito stazionario, l'integrazione del finanziamento delle cure, la garanzia – per i singoli Cantoni – non solo di una neutralità finanziaria al momento del cambiamento, ma pure di una crescita sostenibile della loro spesa sul medio termine.

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, vogliate gradire, gentili Signore, egregi Signori, l'espressione della nostra massima stima.

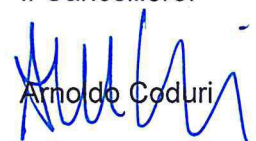
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Claudio Zali

Il Cancelliere:



Arnaldo Coduri

Copia per conoscenza:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet