

Il Consiglio di Stato

Signor Consigliere federale
Alain Berset
Dipartimento federale dell'interno DFI
3003 Berna

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

Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie Primo pacchetto di misure di contenimento dei costi: consultazione

Egregio signor Consigliere federale,

ringraziamo per la vostra lettera del 14 settembre 2018 con cui sottoponete al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, il primo pacchetto di misure finalizzate al contenimento della spesa sanitaria e il relativo progetto di revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Elaborate sulla base di un rapporto di esperti internazionali adottato dal Consiglio federale il 28 marzo 2018, le nuove misure conferiscono a tutti gli attori del settore sanitario ulteriori strumenti per sfruttare meglio il potenziale d'efficienza nel settore sanitario e rallentare così l'incremento delle spese (quindi anche dei premi) dell'assicurazione malattie obbligatoria, in particolare in ambito ambulatoriale. Il risparmio annuo sul lungo periodo è stimato in diverse centinaia di milioni di franchi, pari ad alcuni punti percentuali sui premi, stima che il rapporto esplicativo accompagna comunque con un immediato invito alla prudenza, vista la molteplicità dei fattori che influenzano l'andamento dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

In maniera generale, e prima di formulare delle osservazioni specifiche sulle singole proposte, il Cantone Ticino saluta positivamente il tentativo di cambiamento d'attitudine a livello federale relativamente al problema centrale dell'assicurazione malattie, ossia l'evoluzione dei costi delle prestazioni di cura. Se gli anni precedenti sono stati caratterizzati da valutazioni e confronti sfociati in proposte tuttavia mai finalizzate, più recentemente si assiste alla realizzazione di alcuni interventi concreti di contenimento dei costi. L'Autorità cantonale condivide assolutamente la finalità che il Consiglio federale persegue anche col pacchetto in esame. Inoltre, quale attore competente per la gestione dell'offerta sanitaria, si dichiara senz'altro favorevole a nuovi strumenti che ne garantiscano una maggiore efficienza e, come già in passato, è pronto a fare la sua parte. Riteniamo fondamentale che qualsiasi nuova proposta sia attentamente valutata in funzione della sua reale efficacia (anche e

soprattutto in termini di impatto finanziario) ed alla compatibilità con il quadro normativo attuale, in particolare riguardo ai ruoli ed ai compiti che ne derivano per i singoli attori. Il pacchetto in esame è stato valutato ai fini della nostra presa di posizione tenendo conto anche di questi criteri.

Entrando nel merito delle singole misure, formuliamo le seguenti considerazioni.

Articolo sulla sperimentazione

L'introduzione di un articolo che permetta lo svolgimento di progetti pilota innovativi dal profilo del contenimento dei costi, quali le sperimentazioni nell'ambito delle cure integrate o lo sviluppo di modelli alternativi di finanziamento, è valutato positivamente. La disposizione è sufficientemente generica da poter trovare applicazione in diversi ambiti e concedere il necessario margine di manovra. L'autorizzazione esclusiva dei progetti da parte dell'autorità federale e l'obbligo di partecipazione per i diversi attori del sistema sanitario possono apparire dei vincoli eccessivi, sono tuttavia comprensibili affinché delle proposte innovative possano trovare concreta attuazione e non siano stroncate sul nascere dal possibile disimpegno di singoli attori. Occorre però evitare che questo vincolo, a dipendenza dalla natura del progetto, possa consentire di eludere le competenze costituzionali dei Cantoni.

Organizzazione nazionale delle tariffe

Il Cantone Ticino sostiene l'istituzione di un'istituto nazionale delle tariffe con il compito di elaborare, adeguare e gestire le strutture tariffali per le prestazioni ambulatoriali, evitando le situazioni di stallo conosciute in passato, derivanti dalla competenza esclusiva dei partner tariffali, corretta poi con una competenza sussidiaria alla Confederazione. Rivendica tuttavia una partecipazione cantonale paritetica all'interno dell'organizzazione stessa, così come già avviene in ambito stazionario nella società SwissDRG SA con la rappresentanza della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS).

Aggiornare la struttura tariffale

L'obbligo per i partner tariffali di fornire i dati del settore ambulatoriale alla nuova organizzazione nazionale delle tariffe, così come quello di trasmetterli anche al Consiglio federale quale autorità d'approvazione e sussidiariamente d'elaborazione delle strutture tariffali, è il logico e necessario corollario per garantire lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione di strutture tariffali valide per le cure ambulatoriali.

Rileviamo come la disposizione in oggetto (nuovo art. 47b LAMal) confonda ancora il concetto di struttura tariffale con quello di tariffa, e quindi i piani di competenza di Confederazione e Cantoni. Nel rapporto esplicativo si garantisce, correttamente, che il Consiglio federale resterà competente per l'approvazione, la fissazione e l'adeguamento a titolo sussidiario delle strutture tariffali valide in tutta la Svizzera, mentre i Cantoni per le convenzioni tariffali valide a livello cantonale. La formulazione dell'art. 47b cpv. 2 lascia per contro intendere una competenza federale su prezzi e tariffe e va quindi corretta.

Promuovere importi forfettari nel settore ambulatoriale

Attraverso l'estensione dell'art. 43 cpv. 5 LAMal alle tariffe forfettarie per paziente riferite alle cure ambulatoriali – per cui anch'esse dovranno basarsi su una struttura tariffale uniforme valida in tutta la Svizzera ed il Consiglio federale ne assumerà le competenze sussidiarie di adeguamento o creazione – si incentivano i partner tariffali a promuoverne l'impiego. La misura è condivisa: le strutture tariffali per singola prestazione incentivano un aumento quantitativo delle cure, mentre gli importi forfettari favoriscono piuttosto un'erogazione di prestazioni efficiente entro i limiti della remunerazione pattuita. In aggiunta, si riducono la complessità e la frammentazione dell'attuale sistema di finanziamento, garantendo maggiore trasparenza e una gestione più semplice della fatturazione.

Misure dei partner tariffali per la gestione dei costi

L'obbligo per i partner tariffali di stabilire, in convenzioni tariffali valevoli per tutta la Svizzera, misure di gestione dei costi volte a correggere un'evoluzione quantitativa delle prestazioni e un aumento dei costi ingiustificati è giudicato uno fra gli interventi più incisivi nell'ottica di un contenimento della spesa sanitaria. In un mercato anche indotto dall'offerta e in cui le prestazioni sono garantite da un'assicurazione sociale obbligatoria, il controllo delle quantità delle prestazioni erogate così come dei prezzi diventa di primaria importanza. Rileviamo tuttavia come la competenza nella gestione dell'offerta sanitaria sia oggi e debba rimanere anche in futuro nelle mani dei Cantoni, semmai rafforzandone gli strumenti, in particolare in riferimento al settore ambulatoriale. Questo aspetto non è sufficientemente considerato nell'articolo proposto ed è quindi da precisare meglio, anche al fine di evitare una sovrapposizione di competenze fra i diversi attori sanitari.

Non è inoltre chiara la distinzione della presente misura rispetto all'attuale normativa, che già prevede l'assunzione di misure per controllare i costi da parte di assicuratori e fornitori di prestazioni. A titolo di esempio, la nuova disposizione si sovrappone, almeno in parte, all'art. 56 cpv. 6 LAMal concernente l'economicità delle prestazioni, secondo il quale i fornitori di prestazioni e gli assicuratori già oggi devono stabilire mediante contratto un metodo di controllo dell'economicità delle prestazioni.

Sistema di prezzi di riferimento per i medicinali

Per i medicinali aventi il medesimo principio attivo e non più coperti da un brevetto in Svizzera, si vuole fissare un prezzo di riferimento massimo remunerato dall'assicurazione malattie obbligatoria. La misura è destinata a creare stimoli più efficaci per ridurre i prezzi dei preparati originali e dei generici e promuovere la prescrizione di questi ultimi. In tal senso è condivisa, consci del fatto che il margine d'intervento sul prezzo dei medicinali in Svizzera vada assolutamente sfruttato. Riteniamo però anche che tale margine sussista innanzitutto sui prezzi dei medicinali nuovi, innovativi e spesso anche molto cari. I medicinali più datati, tra cui i generici, sono di norma già a buon mercato e influenzano perciò solo in misura ridotta la spesa totale. Una pressione eccessiva sui prezzi di questi medicinali potrebbe inoltre avere ripercussioni negative in termini di produzione indigena, difficoltà di approvvigionamento o addirittura rinuncia alla commercializzazione.

Relativamente ai due differenti modelli proposti per stabilire il prezzo di riferimento, ci esprimiamo in favore del modello con sconto rispetto al modello con sistema di notifica. Entrambi gli approcci risultano dal profilo tecnico piuttosto complessi. A nostro avviso il modello con sconto si fa preferire poiché si fonda sul confronto con i prezzi praticati all'estero (invece di limitarsi a un confronto dei prezzi in Svizzera) e non prevede per l'assicuratore la possibilità di remunerare solo alcuni medicinali, notificandone l'elenco agli assicurati assieme ai nuovi premi malattia. Questa possibilità di selezione ed il relativo obbligo di notifica contribuirebbero verosimilmente a rendere ancor più opaco un ambito sanitario – quello dei medicinali – già fra i meno trasparenti.

Rafforzamento della vigilanza

Due sono le misure principali previste a tale fine: l'obbligo per il fornitore di inviare copia della fattura all'assicurato e l'estensione del diritto di ricorso in materia di pianificazione cantonale agli assicuratori.

Nel primo caso, il Cantone Ticino condivide la volontà di rendere maggiormente cosciente e quindi responsabile l'assicurato, rilevato comunque che nel sistema del terzo pagante già vige l'obbligo di consegnare copia della fattura all'assicurato stesso (art. 42 cpv. 3 LAMal). Esprime tuttavia la preoccupazione che il rafforzamento di questa regola non risulti amministrativamente oneroso a fronte di un beneficio contenuto, tanto è grande l'asimmetria informativa in ambito sanitario, tra l'altro anche in relazione all'intelligibilità delle fatture. In quest'ottica potrebbe quindi apparire preferibile un diritto all'informazione su richiesta del paziente.

Riguardo al diritto di ricorso agli assicuratori, l'autorità cantonale vi si oppone fermamente. L'elaborazione degli elenchi pianificatori è un compito di esclusiva competenza cantonale,

compito che richiede il maggior grado di indipendenza e di obiettività possibili. Un eventuale intervento degli assicuratori, che potrebbe essere dettato anche da ragioni estranee all'obiettivo di una pianificazione conforme al fabbisogno, ad esempio interessi in relazione ad assicurazioni complementari, invade gli ambiti di competenza altrui, allunga i tempi, aumenta l'incertezza giuridica e rischia quindi di accrescere la spesa sanitaria invece di contenerla.

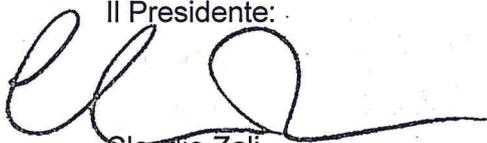
In sintesi, il Cantone Ticino sostiene il progetto di modifica della LAMal, appoggiandone il pacchetto di misure – ad eccezione del diritto di ricorso degli assicuratori – e soprattutto l'obiettivo che persegue. Rileva tuttavia come nella fase di finalizzazione della normativa si debba assolutamente tener conto di indesiderate e non pianificate interazioni delle misure con l'attuale regolamentazione (e in particolare col ruolo dei Cantoni). Ritiene inoltre doveroso relativizzare la portata finanziaria delle modifiche in discussione. Trattandosi infatti di misure che attribuiscono nuovi ruoli o compiti agli attori del sistema sanitario, piuttosto che incidere direttamente sulle quantità ed i prezzi dell'offerta di cure (l'unico intervento già definito in tal senso è quello sui medicinali), le ripercussioni sulla spesa sanitaria – obiettivo centrale della manovra – sono difficilmente stimabili, risultando semmai indirette a medio/lungo termine e verosimilmente contenute per buona parte delle stesse.

Indipendentemente dal tipo di correttivo scelto e come giustamente rilevato anche dal Consiglio federale, vi è una premessa fondamentale affinché lo stesso possa esplicare gli effetti auspicati e contribuire quindi alla sostenibilità del sistema sanitario: l'assunzione di responsabilità da parte di tutti gli attori coinvolti. Assicuratori, fornitori di prestazioni, assicurati e Stato devono porre l'interesse generale al centro del loro agire, dimostrando volontà di dialogo e collaborazione, ciò che significa in ultima analisi disponibilità a distanziarsi da posizioni che negli ultimi anni sembrano assodate.

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, vogliate gradire, signor Consigliere federale, l'espressione della nostra massima stima.

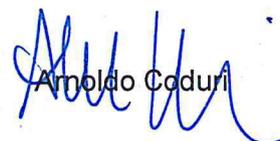
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Claudio Zali

Il Cancelliere:



Arnoldo 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