

Posizioni di Visana sulla politica sanitaria

0. Premesse

I principi fondamentali della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) introdotta nel 1996 sono:

- l'obbligatorietà d'assicurazione con il libero passaggio,
- il premio unico con compensazione dei rischi e riduzione del premio,
- la partecipazione ai costi degli assicurati (aliquota percentuale e franchigia),
- un ampio catalogo di prestazioni e
- l'obbligo di contrarre tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

Ogni tentativo di cambiare questi principi fondamentali è fallito finora alle urne. Bisogna nominare tre campi problematici:

1. campo problematico della concorrenza
2. campo problematico della solidarietà
3. campo problematico dello sviluppo dei costi

Il presente documento riassume le posizioni politico-sanitarie più importanti prese da Visana.

1. Campo problematico della concorrenza

1.1. Campo problematico della concorrenza tra gli assicuratori malattie

La LAMal prevede nell'AOMS la concorrenza tra gli assicuratori. Il numero di assicuratori malattie si è ridotto tra il 1996 e il 2006 da 145 a 87.

A causa dell'insufficiente compensazione dei rischi tra le casse, la strategia competitiva dominante delle casse è la selezione dei rischi mediante i premi. Le condizioni quadro vigenti le costringono a praticare la selezione dei rischi per poter sopravvivere. Un obbligo economico-aziendale e al contempo un'assurdità politico-economica.

A partire dal 2012 entra in vigore una nuova compensazione dei rischi, le cui ottimizzazioni rispetto alla regolamentazione vigente potrebbero essere in parte ridotte con l'introduzione dei DRG. Anche la variante ottimizzata non corrisponde agli standard internazionali (ad esempio Olanda e Germania) e pone nuovamente stimoli errati.

➤ *Richieste di Visana*

- *Ulteriore miglioramento della compensazione dei rischi e annullamento della limitazione nel tempo*
 - *Una compensazione dei rischi che tiene conto della morbosità riduce i vantaggi di selezione e impedisce una caccia ai buoni rischi nociva dal punto di vista politico-economico.*
 - *Un ulteriore miglioramento della compensazione dei rischi accelera il consolidamento economico-aziendale indispensabile del settore.*

1.2. Campo problematico della concorrenza tra i fornitori di prestazioni

Nell'attuale allestimento della LAMal manca completamente la concorrenza tra i fornitori di prestazioni. La densità normativa (obbligo di contrarre, catalogo delle prestazioni definito ecc.) e la mancante trasparenza riguardo ai prezzi, alle prestazioni e alla qualità dei fornitori di prestazioni impediscono la desiderata concorrenza per un'assistenza quanto più possibile efficiente e una gestione dei costi efficiente.

➤ *Richieste di Visana*

- *Introduzione della libertà contrattuale tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattie sia in ambito ambulatoriale che stazionario.*
- *Dopo l'introduzione dei DRG, gli ospedali devono porsi alla concorrenza della qualità e dei costi, indipendentemente dalla loro struttura proprietaria. Bisogna evitare che lo stato si sottragga a questo mediante misure di pianificazione. Resta riservato l'intervento per assicurare un'assistenza medica minima.*

2. Campo problematico della solidarietà

Nella LAMal sono ancorati diversi principi di solidarietà che con l'attuale forma di finanziamento stanno raggiungendo sempre più i loro limiti. I meccanismi di redistribuzione si muovono in parte in direzioni opposte.

Nel sistema odierno del premio unico i giovani sono solidali con gli anziani. L'età e la malattia non vanno assolutamente messe sullo stesso piano, ma i costi a carico dell'AOMS aumentano con l'età. Inoltre nei sistemi finanziati con il sistema di ripartizione una considerevole parte dei costi supplementari attesi (in seguito a progresso e demografia) vengono addossati alle generazioni più giovani aumentando così l'onere di solidarietà.

Con le riduzioni individuali dei premi (RIP) e il finanziamento di prestazioni nell'ambito stazionario mediante mezzi fiscali si crea una ripartizione dai ricchi verso i poveri. Le RIP vanno oggi per lo più alle generazioni più giovani. Nella LAMal con il premio unico avviene una redistribuzione dai poveri ai ricchi che viene ricorretta mediante le RIP. Le RIP aumentano in modo parallelo ai costi, il sistema sanitario viene dunque finanziato sempre più da percentuali salariali.

➤ *Richieste di Visana*

- *La Confederazione e i Cantoni devono prendere dei provvedimenti contro la lenta introduzione del finanziamento correlato al reddito dell'assicurazione malattie sociale (ad es. premi correlati all'età).*
- *La Confederazione deve creare quale base trasparenza sulle prestazioni di trasferimento e il volume di ripartizione.*

3. Campo problematico dello sviluppo dei costi

La sfida maggiore per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è l'esorbitante crescita dei costi (tra il 1996 e il 2008 in media 4,5 per cento all'anno). L'aumento dei costi nell'AOMS è da ricondurre in prima linea alla crescita sfrenata delle quantità (costi = quantità x prezzo). Gli sforzi intrapresi negli ultimi anni sul fronte dei prezzi sono rimasti inefficaci poiché la quantità di prestazioni è cresciuta incessantemente.

La crescita delle quantità è dovuta all'obbligo di contrarre (mancante trasparenza tra i fornitori di prestazioni) e gli incentivi sbagliati ossia i sistemi di rimborso che hanno come conseguenza questi incentivi (moral hazard). Gli assicurati richiedono più prestazioni che senza assicurazione poiché i costi vengono pagati integralmente o in parte dall'assicurazione. I fornitori di prestazioni vengono a loro volta incentivati a prescrivere prestazioni che vanno oltre i limiti indicati dal profilo medico, poiché sono richieste dal paziente e loro hanno interesse ad eseguire la quantità di trattamenti ottimale per loro e la loro infrastruttura dal punto di vista finanziario.

Possibili misure:

- Libertà contrattuale: unica possibilità per limitare l'ampliamento quantitativo indotto dall'offerta e creare incentivi per migliorare la qualità.
- Budget globali: offrono centrali possibilità di controllo e hanno effetto immediato, comportano tuttavia problemi di assistenza e di qualità e un grande dispendio burocratico.
- Pianificazione dell'offerta: pianificazione sanitaria, applicata dalla Svizzera già oggi nella pianificazione ospedaliera dei cantoni o con la moratoria sull'apertura di nuovi studi medici nell'ambito ambulatoriale. Questa ostacola la concorrenza e comporta un grande dispendio burocratico.
- Partecipazione ai costi più elevata (franchigia e aliquota percentuale): un tale provvedimento rafforza l'autoresponsabilità e riduce il sovente ricorso (inefficiente) a prestazioni.

➤ *Richieste di Visana*

- *Misure a breve termine*

- *Parità dei diritti degli ospedali pubblici e privati nell'allestimento degli elenchi degli ospedali da parte dei cantoni.*
- *Introduzione, neutrale dal profilo dei costi, dei DRG.*
- *Un'alleanza per contenere i costi nel sistema sanitario: tutti i partner si mettono d'accordo su una limitazione della crescita annuale dei premi ad esempio al tre per cento.*
- *Vanno applicati in generale i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità. Ciò vale per la medicina classica e complementare così come anche per la prevenzione.*

- *Misure a lungo termine*

- *Introduzione del modello Gatekeeper Visana: l'accesso alle prestazioni fornite da medici specialisti e alle prestazioni stazionarie avviene solo tramite l'assistenza di base ambulatoriale.*
- *Garanzia dell'assistenza regionale, potenziando la rete dei fornitori di prestazioni dai medici di famiglia agli specialisti, gli ospedali, la riabilitazione fino al servizio Spitex.*
- *Soppressione di falsi incentivi: ad esempio introduzione di valori dei punti tariffali uguali per l'assistenza ambulatoriale sia negli ospedali che negli studi medici nonché di un sistema di finanziamento uniforme per prestazioni ospedaliere ambulatoriali e stazionarie.*
- *Aumento sostanziale della partecipazione ai costi e adeguamento al rincaro (aliquota percentuale e franchigie opzionali) per rafforzare l'autoresponsabilità e diminuire il sovente ricorso a prestazioni.*
- *Pianificazione complessiva (linea guida) dell'assistenza ambulatoriale e stazionaria da parte dei cantoni:*

- *pianificazione adeguata alle esigenze dell'offerta minima (ambito ambulatoriale e stazionario) per assicurare l'assistenza della popolazione.*
- *Promozione della rete nell'organizzazione dell'assistenza di emergenza, nel coordinamento della medicina di punta e negli apparecchi medico-tecnici ecc.*
- *Introduzione del monismo.*
- *Trattative sui prezzi dirette tra industria farmaceutica e assicuratori malattie.*
- *Creazione e imposizione di criteri di qualità uniformi e trasparenti nel settore ambulatoriale e stazionario.*