



Scheda informativa

Data:

19 agosto 2020

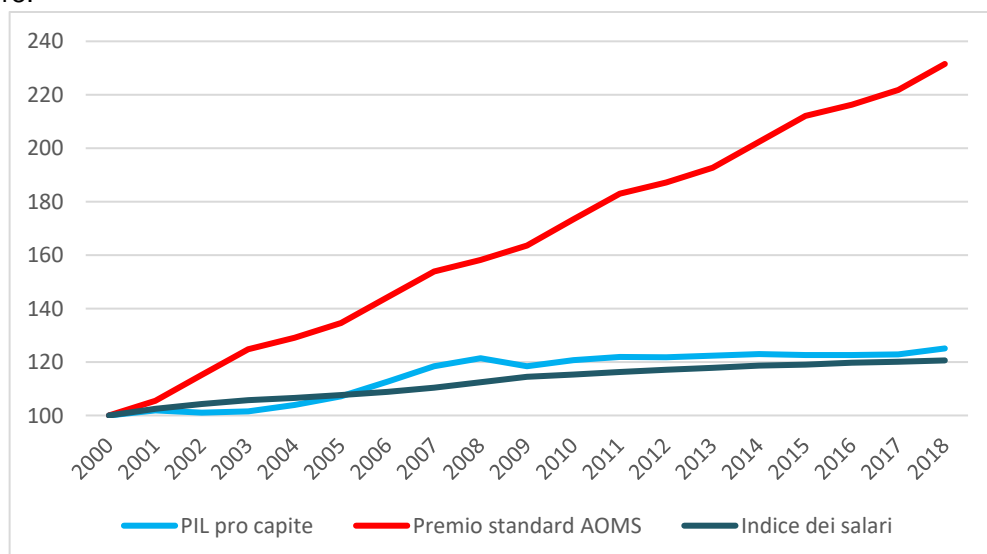
Obiettivo di contenimento dei costi nel settore sanitario

Situazione iniziale

In Svizzera, l'assicurazione malattie è obbligatoria e tutti gli assicuratori-malattie assumono i costi delle medesime prestazioni mediche attraverso l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). L'AOMS è l'unico grande settore della sicurezza sociale in Svizzera che non dispone di una regola delle spese. Mentre le tariffe e i prezzi delle prestazioni mediche sono disciplinati, gli approcci finora adottati per il controllo del loro volume sono stati troppo poco efficaci. Vi sono incentivi che spingono gli assicurati a ricorrere a prestazioni non veramente necessarie sotto il profilo medico. Da parte loro, i fornitori di prestazioni sono incentivati a offrire agli assicurati prestazioni del genere per aumentare gli introiti o sfruttare meglio gli apparecchi.

Come conseguenza, i costi del settore sanitario aumentano, non solo a causa della trasformazione demografica e del progresso della tecnica medica, ma anche per l'aumento dei volumi delle prestazioni non giustificate sotto il profilo medico. Negli ultimi 20 anni, i costi dell'AOMS sono cresciuti annualmente in media del 4,5 per cento (v. fig. 1), ossia quasi del doppio rispetto al prodotto interno lordo (PIL). Il forte incremento dei costi grava particolarmente sulle economie domestiche private con reddito medio e basso nonché sui preventivi pubblici dei Cantoni e della Confederazione.

Figura 1: Evoluzione del premio standard AOMS, del PIL pro capite e dell'indice dei salari in Svizzera 2000-2018.



Ulteriori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione comunicazione, tel. +41 58 462 95, www.bag.admin.ch

L'obiettivo e la sua attuazione

Nel 2017, un gruppo di esperti incaricato dal Dipartimento federale dell'interno (DFI)¹ ha proposto, quale misura centrale per contenere i costi, d'introdurre un obiettivo di contenimento dei costi nel settore sanitario svizzero. L'idea principale del gruppo di esperti era d'introdurre obiettivi vincolanti, sotto forma di un obiettivo di costo complessivo nell'AOMS, accompagnati da meccanismi correttivi correlati. In tal modo la crescita dei costi dell'AOMS dovrebbe essere contenuta in modo efficiente, eliminando al contempo i doppioni. L'aumento attualmente osservato del volume delle prestazioni inutili sotto il profilo medico deve essere ridotto, senza limitare quelle necessarie. Ai pazienti dovrà sempre essere garantito l'accesso alle prestazioni dell'assicurazione di base.

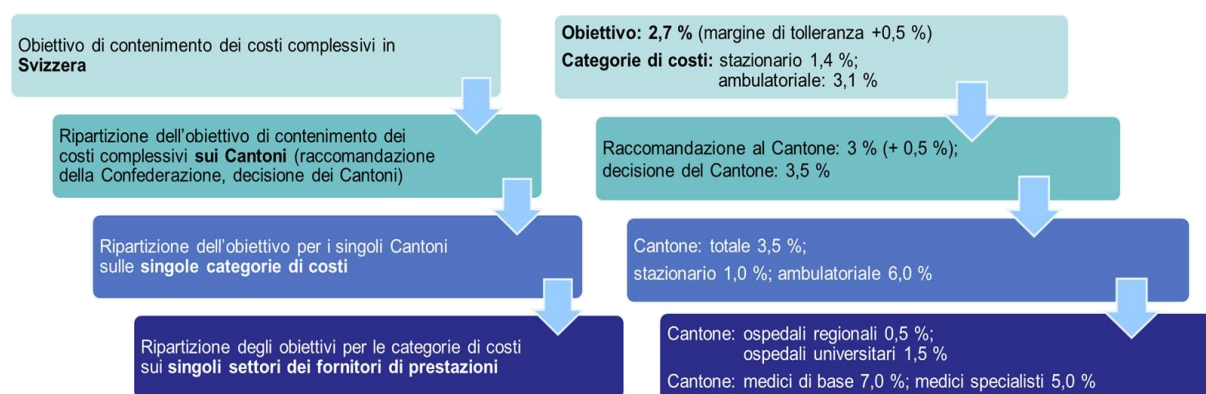
L'impostazione proposta per un tale obiettivo intende ridurre al minimo l'onere amministrativo e cambiare il meno possibile l'attuale distribuzione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni. La responsabilità dei Cantoni e dei partner tariffali sarà rafforzata.

Il modello di base dell'obiettivo può essere riassunto nel modo seguente (v. fig. 2).

In un primo tempo, il *Consiglio federale* fissa annualmente un obiettivo per la crescita massima dei costi complessivi (*obiettivo di costo complessivo nazionale*) su raccomandazione di una commissione consultiva composta dagli attori più importanti del settore sanitario. Quindi, il Consiglio federale comunica questo *obiettivo di costo complessivo* ai singoli Cantoni, raccomandando loro un obiettivo e fissando un margine di tolleranza, che indica in quale misura l'obiettivo di costo complessivo cantonale raccomandato può essere superato. Inoltre, il Consiglio federale formula raccomandazioni per la ripartizione dell'obiettivo sulle singole categorie di costi. Queste concernono gli ospedali (stazionario e ambulatoriale), le cure mediche ambulatoriali (in studi di medici liberi professionisti), i medicinali e le rimanenti categorie di costi AOMS (p. es. case di cura, cure ambulatoriali, laboratorio, fisioterapia, mezzi e apparecchi).

Tenuto conto di queste categorie, i *Cantoni* possono scegliere liberamente gli obiettivi per loro vincolanti nei limiti di questo margine di tolleranza. Pertanto, in base alla raccomandazione della Confederazione, ogni singolo Cantone fissa un *obiettivo di costo complessivo cantonale* nei limiti del margine di tolleranza vincolante. Gli attori interessati (fornitori di prestazioni e assicuratori) devono essere sentiti in merito e spetta concretamente ai Cantoni coinvolgerli. Se un Cantone non fissa entro i termini un obiettivo adeguato a questi requisiti, vigono le raccomandazioni della Confederazione, senza margine di tolleranza.

Figura 2: Possibile attuazione di un obiettivo con cifre fittizie a titolo di esempio



In conclusione, coinvolgendo gli attori interessati, i singoli Cantoni ripartiscono i rispettivi obiettivi di costo complessivi cantonali sulle *categorie di costi* prestabilite dal Consiglio federale. I Cantoni possono procedere liberamente a questa ripartizione, purché rispettino l'obiettivo di costo complessivo cantonale

¹ Rapporto del gruppo di esperti «Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)»

(compreso il margine di tolleranza). I Cantoni possono ulteriormente ripartire le categorie di costi pre-stabilite dal Consiglio federale su settori di prestazioni specifici. Anche in questo caso, i Cantoni sentono gli attori.

In caso di superamento degli obiettivi, i Cantoni (e anche la Confederazione, nei limiti della sua sfera di competenza) possono, anzi devono adottare misure correttive. L'avamprogetto di legge posto in consultazione presenta due varianti: la prima prevede che, in caso di superamento degli obiettivi, i Cantoni siano liberi di adottare misure, senza esservi obbligati. La seconda prevede invece l'obbligo per i Cantoni di adottare opportune misure correttive in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi. Le misure correttive sono ordinate dai Governi cantonali. L'adozione di misure correttive per le categorie di costi di competenza federale spetta al DFI.

L'obiettivo di costo deve orientarsi all'evoluzione del volume delle prestazioni e dei costi giustificabili sotto il profilo medico ed economico. A tal fine occorre tener conto di grandezze macroeconomiche come l'evoluzione economica e importanti fattori d'influenza come l'evoluzione demografica e il progresso della tecnica medica.

Opportunità

L'introduzione di un obiettivo offre alla Confederazione, ai Cantoni e ai partner tariffali nuove possibilità per gestire l'evoluzione dei costi secondo un'ottica globale finora assente. Gli attori del settore sanitario sono richiamati alle loro responsabilità in materia di costi, rimasta finora disattesa. I Cantoni, per principio competenti per l'assistenza sanitaria in Svizzera, dovranno accettare di vedersi maggiormente confrontati tra loro sull'evoluzione dei costi. Viene acuita la consapevolezza politica, ad esempio sul fatto che le decisioni cantonali in materia di pianificazione ospedaliera hanno conseguenze anche per l'evoluzione dei premi.

L'obiettivo di costo e la possibilità di ricorrere a misure correttive incentivano inoltre maggiormente i partner tariffali ad accordarsi su soluzioni volte a ridurre l'aumento del volume delle prestazioni non giustificate sotto il profilo medico. Il comportamento, soprattutto dei fornitori di prestazioni ma anche degli assicuratori, viene influenzato positivamente in modo da sfruttare meglio i margini di efficienza disponibili.

Rischi

L'attuazione di un obiettivo comporta un certo onere. Occorre definire gli obiettivi, garantirne il rispetto ed eventualmente decidere e verificare le misure correttive. L'onere amministrativo che ne risulta va messo in relazione con il possibile aumento dell'efficienza, che sarà molto elevato già nel caso di una riduzione moderata dell'evoluzione dei costi. Bisogna infine evitare ogni manifestazione di razionamento (liste di attesa, trasferimento dell'assunzione dei costi ad assicurazioni complementari o ricorso a finanziamenti privati) nonché la riduzione della qualità dei trattamenti, impostando correttamente l'obiettivo e monitorando l'evoluzione dei costi e della qualità.