

4376

fr

1

1 ottobre 2014

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione prestazioni
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Berna

*Invio per posta elettronica:
Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch*

Procedura di consultazione concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie relativa al pilotaggio del settore ambulatoriale

Gentili signore ed egregi signori,

con scritto del 20 giugno 2014, il Dipartimento federale dell'interno ci ha sottoposto per avviso la proposta di revisione menzionata in epigrafe.

Nel ringraziarvi per averci associato alla consultazione, vi trasmettiamo di seguito le nostre osservazioni.

Introduzione

La proposta di completare la LAMal con una soluzione definitiva per la gestione strategica del settore ambulatoriale, in sostituzione della moratoria prevista dall'art. 55a LAMal, è senz'altro da salutare favorevolmente per quanto concerne la realtà del nostro Cantone di confine. Al riguardo rileviamo infatti che quando era in vigore la precedente moratoria, nel 2011, le domande di libero esercizio inoltrate da medici ammontavano a 10 in media al mese (i medici di base già non erano più sottoposti a moratoria). Le domande sono poi aumentate a 16.6 nel 2012 e sono infine balzate a 30.8 istanze al mese nei primi sei mesi del 2013. Dopo la reintroduzione della moratoria nel mese di luglio 2013 le nuove domande sono poi ridiscese ad una media mensile di 11.2. Due terzi delle nuove istanze sono state inoltrate da medici provenienti dall'estero.

A livello di cifre globali nel periodo in cui nessuna moratoria era in atto (dal 1. gennaio 2012 al 5 luglio 2013) il numero dei medici attivi in possesso di un'autorizzazione di libero esercizio è cresciuto in Ticino del 30%! In quei 18 mesi sono ad esempio state inoltrate istanze di libero esercizio per 19 nuovi oftalmologi, una cifra del tutto sproporzionata al fabbisogno del nostro Cantone.

La scrivente autorità saluta con altrettanto favore la decisione di optare per una soluzione federalista, che, come la moratoria attualmente in vigore, lascia ai Cantoni la libertà di attuare o meno la gestione strategica del settore ambulatoriale.

Per quanto riguarda il contenuto della proposta va però altrettanto chiaramente evidenziato come il testo di legge elaborato rimanga abbastanza vago riguardo a diversi aspetti. Se ciò può essere comprensibile trattandosi di una legge formale, sorprende tuttavia che anche il rapporto esplicativo (e base del futuro messaggio) non illustra alcuni aspetti più puntuali e concreti che al Consiglio federale dovrebbero pur già essere noti e che dovranno poi essere codificati nell'ordinanza di applicazione. Ad esempio, riguardo alla determinazione della congruità dell'offerta, il rapporto esplicativo si limita a rinviare ai criteri utilizzati nell'ambito della pianificazione ospedaliera, vale a dire in particolare ai dati statistici fondati e ai confronti (art. 58b cpv. 1 OAMal). Ora è ben noto che di dati fondati in ambito ambulatoriale non ne esistono molti (e il progetto di statistica MARS è lungi dall'essere attuato). Parimenti il confronto tra i vari prestatori di servizi (in casu medici) è senz'altro assai più complesso di quanto sia il confronto tra ospedali.

Le maggiori preoccupazioni al riguardo concernono quindi la futura necessità di determinare l'offerta eccedentaria basandosi su dati esaustivi (cfr. p. 7 del rapporto esplicativo) e i relativi criteri che il Consiglio federale dovrà elaborare in virtù dell'articolo 40c cpv. 1. L'esperienza pratica derivante dall'attuazione di dieci anni di moratoria insegna che è assai difficile stabilire in modo oggettivo il fabbisogno di medici sul territorio, pur ricorrendo anche alle società specialistiche. Al riguardo potrebbe essere opportuno incaricare ad esempio l'Obsan di questa valutazione, sviluppando un'impostazione metodologica.

Preoccupa pure la tempistica a questo riguardo: per diventare operativa la gestione strategica in questione richiede infatti l'approvazione della modifica LAMal da parte del Parlamento ed eventualmente del popolo, l'elaborazione della relativa ordinanza con alcuni importanti dettagli di attuazione e, almeno per il Cantone Ticino, la successiva elaborazione di una base legale formale a livello cantonale. Tutto ciò deve avvenire obbligatoriamente entro il 5 luglio 2016: in caso contrario si aprirebbe una nuova lacuna con relativa corsa a nuove autorizzazioni assimilabile a quella a cui abbiamo assistito dal 1. gennaio 2012 al 5 luglio 2013. Auspichiamo che questa ipotesi venga scongiurata e confidiamo che se la procedura per l'implementazione del nuovo regime dovesse protrarsi, verrà procrastinata transitoriamente la regolamentazione attuale dell'art. 55a LAMal, che per rapporto alla nostra realtà cantonale risulta di per sé soddisfacente.

Riteniamo inoltre inattuabile la proposta di integrare la gestione strategica del settore ambulatoriale negli ospedali nella pianificazione ospedaliera stazionaria con relativi mandati di prestazione. Il parallelismo deve piuttosto sussistere con la gestione del settore ambulatoriale nell'ambulatorio medico. In quest'ottica la gestione strategica del settore ambulatoriale ospedaliero non deve essere imperativa, bensì facoltativa, secondo le esigenze dei Cantoni, così come lo sarà la gestione del settore ambulatoriale nell'ambulatorio medico.

Salutiamo per contro favorevolmente l'estensione della gestione strategica a tutte le professioni nel settore ambulatoriale e non più ai soli medici.

La scrivente autorità ritiene infine troppo generosa, e poco coerente con l'obiettivo di perseguire una gestione strategica fondata su requisiti di qualità, la soluzione proposta di garantire in toto e senza limitazione di tempo i diritti acquisiti, nel senso che nessun operatore sanitario già autorizzato ad esercitare a carico della LAMal verrà toccato dalla nuova gestione strategica (articolo 40a cpv. 5). A nostro avviso dopo un congruo periodo transitorio di qualche anno anche gli operatori già autorizzati dovrebbero adeguarsi ai criteri di qualità che si applicheranno agli operatori che vorranno entrare quali nuovi fatturanti sul mercato sanitario, pena la revoca del diritto di fatturare.

Chiediamo altresì di valutare l'introduzione anche nella LAMal di una norma che sancisca formalmente la possibilità per i Cantoni di prevedere una gestione strategica delle attrezzature medico-tecniche particolarmente costose, attraverso uno specifico regime autorizzativo. Una tale regolamentazione, che pure rappresenta uno strumento di controllo dell'offerta ambulatoriale, è in vigore nel Canton Ticino e in alcuni altri Cantoni e la sua legittimità, pur in assenza di normative federali al riguardo, è stata recentemente sancita anche da una decisione di principio del Tribunale federale (DTF 2C_123/2013).

Commento alle singole disposizioni

Art. 39 cpv. 1^{bis}

Trattandosi del settore ambulatoriale in ospedale, anche questa disposizione va formulata in modo potestativo. Siamo però pure dell'opinione che il settore ambulatoriale ospedaliero deve essere disciplinato nella stessa maniera del settore ambulatoriale al di fuori dell'ospedale. Esso va pertanto disciplinato negli articoli 40 e seguenti senza che questi aspetti confluiscono nei mandati di prestazione stazionari, ciò che sarebbe del resto di difficile attuazione.

Art. 40a Misure in caso di offerta eccedentaria

Come menzionato in precedenza anche il settore ambulatoriale ospedaliero va inserito in questa norma.

La scrivente autorità ritiene inoltre che la disposizione dovrebbe distinguere in modo più chiaro le due fasi del processo:

1. la valutazione dell'adeguatezza dell'offerta e la conseguente decisione di principio a sapere se introdurre la limitazione delle autorizzazioni (magari solo per una determinata specialità o in una determinata regione) a esercitare a carico della LAMal;
2. le decisioni sulle singole domande di ammissione e la conseguente valutazione del soddisfacimento dei criteri di qualità da parte dei medici interessati. A questo proposito potrebbe anche essere interessante valutare l'opzione di un bando di concorso. Appare in ogni caso opportuno disciplinare in modo più esplicito già a livello di legge quali sono i criteri per scegliere tra più medici allorquando è possibile ammetterne qualcuno. Nella legge non se ne parla affatto, mentre il rapporto esplicativo fa genericamente riferimento a criteri di qualità. Al riguardo la scrivente autorità è dell'opinione che appare opportuno riproporre il criterio dei tre anni di attività in un centro svizzero di perfezionamento, non tanto per verificare l'adeguatezza del perfezionamento conseguito all'estero ma per garantire la

conoscenza della realtà sanitaria e del tessuto sanitario locale. Interpretato in questo senso si tratta senz'altro di un criterio di qualità interessante ed importante, che potrebbe apparire legittimo anche di fronte ai dubbi giuridici relativi all'obbligo di svolgere un periodo di perfezionamento vero e proprio in Svizzera, come peraltro oggi sancito dall'art. 55a cpv. 2 LAMal. Altri criteri di qualità potrebbero essere quelli della conoscenza di una seconda lingua nazionale, della partecipazione ai circoli di qualità, dell'aggiornamento professionale.

Al capoverso 2 sarebbe opportuno esemplificare le possibili condizioni che i Cantoni possono imporre al momento di rilasciare un'autorizzazione.

Un altro aspetto che dev'essere regolamentato in maniera più precisa è quello del trasferimento delle autorizzazioni a cui si accenna al capoverso 3. La cessione di uno studio medico non può essere considerata quale eccezione *tout court* alla gestione strategica. Questa possibilità svuota del contenuto le competenze del Cantone e non permette né di riportare il numero di medici attivi sotto la soglia di un'offerta eccedentaria, né di verificare la presenza dei summenzionati criteri di qualità presso i medici che otterranno il nuovo accesso al sistema sanitario mediante l'acquisizione (a prezzi spesso del tutto sproporzionati) di uno studio medico. Deve quindi essere adottata una soluzione che tenga adeguatamente conto di tutti gli interessi in gioco.

Il medesimo ragionamento si applica alla tutela incondizionata dei diritti acquisiti proposta al capoverso 5. Anche con riferimento ai medici già autorizzati a fatturare a carico della LAMal deve essere possibile esigere, nel giro di qualche anno, il soddisfacimento dei criteri di qualità imposti ai fornitori di prestazione che vogliono accedere ex novo all'assicurazione malattie obbligatoria.

Art. 40b Misure in caso di offerta insufficiente

La disposizione relativa alle misure in caso di offerta insufficiente così come formulata è del tutto inutile e va stralciata. Già oggi i Cantoni possono sostenere e sostengono i fornitori di prestazione con degli incentivi estranei alla LAMal. La nuova disposizione non prevede alcun incentivo a carico della LAMal, motivo per cui è appunto superflua in questo contesto e non rientra nel campo di applicazione della LAMal. C'è anzi da chiedersi se non è stata inserita con l'unico scopo di obbligare i Cantoni a "*sottoporre sistematicamente a una valutazione dell'impatto presumibile sui prezzi delle prestazioni e sui costi a carico della LAMal*" tali incentivi (cfr. rapporto esplicativo p. 9).

Potrebbe invece essere mantenuta se costituisse la base legale che permette ai Cantoni di introdurre dei valori del punto tariffari differenziati in modo da incentivare l'insediamento dei medici là dove c'è penuria.

Art. 40c Attuazione delle misure

Come menzionato in precedenza sarebbe stato opportuno spiegare almeno nel rapporto esplicativo (e futuro messaggio) quali potrebbero essere i criteri che il Consiglio federale intende stabilire per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura ambulatoriali. Dovrà trattarsi in ogni caso di criteri minimi, che i

Cantoni dovranno poter completare. La disposizione va inoltre modificata nel senso che il Consiglio federale stabilisce i criteri di concerto con i Cantoni.

Il generico rinvio a una procedura trasparente, a dati statistici fondati e ai confronti lascia perplessi e potrebbe anzi procrastinare a tempo indeterminato l'attuazione delle misure di gestione strategica, considerato come attualmente non esistono dati statistici consolidati per il settore ambulatoriale (cfr. progetto MARS). Ne potrebbe conseguire l'impossibilità di introdurre la gestione strategica del settore ambulatoriale senza soluzione di continuità rispetto alla moratoria attuale, che giungerà a scadenza nel mese di luglio 2016.

Il Governo cantonale condivide invece l'approccio collaborativo con i partner istituzionali quale l'Ordine dei medici e gli assicuratori malattie mediante l'istituzione di una commissione consultiva. Quest'ultima non dovrà tuttavia avere competenze a livello decisionale per quanto riguarda le singole ammissioni a fatturare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ma occuparsi in prima linea delle questioni di principio quali ad esempio il quesito a sapere se introdurre o meno la gestione strategica. Il Cantone dovrebbe inoltre far parte come membro formale della commissione.

La decisione finale in merito all'introduzione di adottare le misure in caso di offerta eccedentaria deve comunque competere, come proposto, al Cantone.

Il capoverso 5 relativo allo scambio gratuito di dati andrà completato con la Confederazione e le organizzazioni cui gli assicuratori malattie delegano determinati compiti.

Art. 53

La disposizione proposta trova la nostra approvazione.

Art. 55b

La scrivente autorità si oppone a questa disposizione. La determinazione delle tariffe compete in prima linea ai partner tariffali, mentre i Cantoni assumono una funzione di alta sorveglianza mediante le loro competenze di approvazione e determinazione sussidiaria delle tariffe, funzione che soggiace alla verifica del Tribunale federale amministrativo.

Per diversi motivi non appare pertanto opportuno creare una nuova possibilità d'intervento da parte della Confederazione nell'ambito delle tariffe ambulatoriali. Oltre al fatto che la soluzione proposta violerebbe l'attuale ripartizione delle competenze e dei compiti tra Confederazione (Tribunale amministrativo federale), Cantoni e fornitori di prestazioni nell'ambito della determinazione della tariffa, la proposta ci sembra assai problematica anche dal punto di vista della sua attuazione. Il dato di partenza (base di calcolo) dei costi considerati per persona assicurata è assai diverso nei vari Cantoni. La sola considerazione dell'evoluzione dei costi (senza considerare la base di partenza) per valutare se esiste una necessità di intervento da parte della Confederazione non appare pertanto assolutamente adeguata. Un aumento dei costi non è inoltre dovuto unicamente all'offerta (che si intende influenzare con una riduzione delle tariffe) ma può avere molti altri motivi. Non è ammissibile stabilire come unico criterio per un intervento a livello tariffale quello di un aumento dei costi percentuale e unitario. Appare infine assai problematico prevedere che il Consiglio federale possa ridurre le tariffe approvate o stabilite dal Governo cantonale di al

massimo il 10%, poiché non sussistono criteri per stabilire l'effettivo ammontare della riduzione.

Vogliate gradire, gentili signore ed egregi signori, l'espressione della nostra alta stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

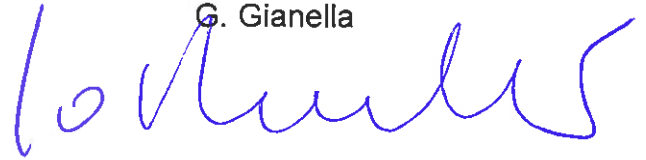
Il Presidente:



M. Bertoli

Il Cancelliere:

G. Gianella



Copia per conoscenza a:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (deputazione@ti.ch)
- Segreteria del Consiglio di Stato (can-scads@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Ufficio di sanità (stefano.radczuweit@ti.ch)
- Ufficio del medico cantonale (dss-umc@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet