

Valutazione dei meccanismi che incentivano o limitano il numero di interventi chirurgici

Ufficio federale della sanità pubblica

L'essenziale in breve

L'aumento dei costi della sanità pubblica è una grande fonte di preoccupazione per la popolazione e il mondo politico. Tra il 2013 e il 2018 le spese annuali sono aumentate in media del 3 per cento superando gli 80 miliardi di franchi. Il Consiglio federale moltiplica i propri interventi nell'ambito dell'assicurazione malattia per attenuare questa evoluzione. Secondo un gruppo di esperti incaricato dal Dipartimento federale dell'interno (DFI), sussisterebbe un potenziale di risparmio pari a circa il 20 per cento delle spese.¹

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha verificato se le prestazioni mediche rimborsate dall'assicurazione malattia rispettano i criteri legali di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE), ossia se esistono incentivi finanziari che portano a un numero eccessivo di prestazioni e se questi incentivi sono gestiti bene. A tal fine, il CDF ha esaminato tre prestazioni chirurgiche: l'angioplastica elettiva (impianto di stent), l'ablazione della prostata e la cifoplastica / vertebroplastica in caso di compattazione vertebrale. Nel 2017 il costo di questi interventi, che riguardavano circa 20 000 pazienti, sfiorava i 250 milioni di franchi.

In questa valutazione il CDF propone otto raccomandazioni all'attenzione dell'Ufficio federale di sanità pubblica. Queste puntano a rinforzare la conoscenza degli interventi chirurgici problematici e a migliorare le regole menzionate nel catalogo che definisce le prestazioni non rimborsate dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), così come la loro sorveglianza. Il catalogo di prestazioni resta il miglior mezzo d'azione della Confederazione per regolare il ricorso a interventi chirurgici che non rispettano i criteri EAE. Infine, il CDF ritiene problematico il fatto che ci siano pochi studi riguardanti gli effetti dei differenti meccanismi incentivanti in questo settore.

Incentivi finanziari importanti con effetti poco conosciuti

Nel sistema dell'assicurazione malattia esistono incentivi finanziari. Il più importante di questi deriva dal legame tra la remunerazione dei medici e i ricavi dal trattamento dei pazienti beneficiari di assicurazioni complementari. Il CDF ha osservato una remunerazione quattro volte più alta nel caso di una prostatectomia radicale realizzata su un paziente privato. In caso di un intervento non necessario incentivato da una remunerazione privata elevata, è coinvolta anche l'assicurazione di base dato che rimborsa più della metà dell'importo fissato dalla tariffa ammessa legalmente.

In un sistema di mercato tutti gli ospedali devono creare dei margini di guadagno per assicurare i loro investimenti. Inoltre gli ospedali privati devono garantire il guadagno dei loro proprietari, perciò hanno obiettivi finanziari decisamente superiori rispetto al settore pubblico. Queste strategie generano una pressione economica indiretta sui medici. Così, i fattori finanziari influenzano chiaramente il modo di trattare l'angioplastica incentivando a operare in ambulatorio i pazienti che hanno l'assicurazione di base e in ospedale i pazienti privati.

¹ Dipartimento federale dell'interno (2017), Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Recentemente il Consiglio federale ha deciso di agire contro questo tipo di incentivi finanziari e ha proposto, a livello di ordinanza, di ritirare entro il 2025 i mandati agli ospedali che presentano incentivi finanziari inadeguati. Questo primo passo importante deve concretizzarsi.

Differenze di prezzi incomprensibili per il materiale di uso corrente e gli impianti

Il CDF ha constatato che lo stesso stent (angioplastica) poteva essere fatturato alla LAMal a prezzi che andavano dai 1200 ai 3500 franchi, senza ragioni chiare. Si tratta di una cifra complessiva che si aggira attorno alle decine di milioni di franchi.

In ambulatorio i fornitori non sono incentivati a negoziare prezzi interessanti, dato che possono far ricadere i costi sull'assicurazione malattia. Pare che la raccomandazione del Sorvegliante dei prezzi di ricorrere alle importazioni parallele sia poco applicata. Il CDF ravvisa una mancanza di trasparenza in questo settore.

Assenza di controllo delle indicazioni da parte degli attori istituzionali

Con il catalogo delle prestazioni, la Confederazione dispone di uno strumento per limitare l'assunzione dei costi da parte della LAMal di certe prestazioni che non rispettano i criteri EAE. Poiché copre solamente un numero ridotto di prestazioni chirurgiche, questo strumento ha attualmente solo un ruolo marginale. Inoltre, gli assicuratori faticano a controllare il rispetto di certe limitazioni, cosa che riduce ancora di più la portata pratica di questo strumento.

Gli assicuratori devono controllare che le prestazioni individuali fatturate alla LAMal rispettino le condizioni previste dalla legge, però non hanno quasi mai la possibilità di verificare la pertinenza delle indicazioni mediche. La loro attività di controllo riguarda principalmente la conformità della fatturazione dei trattamenti.

I Cantoni impongono agli ospedali, spesso in modo dettagliato, procedure che puntano a garantire la qualità delle prestazioni mediche. Prestano però poca attenzione al controllo della necessità medica delle prestazioni nei casi qui in questione.

L'autoregolazione, misure di portata non equa

Il controllo della qualità delle indicazioni mediche avviene a livello dei fornitori, dei medici e degli ospedali. Tutti gli ospedali visitati dal CDF con medici salariati prevedono dispositivi deliberativi al momento di stabilire le indicazioni. Questi sistemi sono solitamente elaborati su iniziativa dei medici. Assumono forme molto differenti nelle istituzioni e non sono ancora obbligatori. Sono più rari nelle cliniche, dove l'indicazione si basa più spesso sulla valutazione di un solo medico.

Le società mediche giocano un ruolo essenziale nell'armonizzazione della pratica medica. Elaborano raccomandazioni e ne assicurano la diffusione. Se queste sono di qualità, hanno basi solide e vengono adottate su larga scala dagli specialisti, riescono a ridurre in modo chiaro la variabilità della pratica medica. Questa è la conclusione del CDF nella presente valutazione.

La qualità dell'informazione ricevuta dal paziente al momento della scelta dei trattamenti è di importanza centrale, poiché è lui che prende la decisione finale. Il fatto che i pazienti ritornino mostra una situazione piuttosto positiva, ma anche la loro dipendenza dal medico.

Un secondo parere medico sembra allora costituire uno strumento opportuno per convalidare la loro scelta. Purtroppo però non è disponibile alcuna informazione sulla frequenza, le modalità e gli effetti della richiesta di un secondo parere.

Testo originale in francese