

# FOCUS

3 | 2018

## POLITICA SANITARIA

# È ora di creare un modello di partenza!

**Un finanziamento uniforme permette di migliorare la qualità e l'efficienza**



### Agire nell'interesse dei pazienti

Il trattamento ottimale dei pazienti nel luogo più adatto non dovrebbe dipendere dal finanziamento. Gli incentivi sbagliati esistenti, relativi al finanziamento delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali, devono pertanto essere rimossi in modo rapido e mirato per migliorare l'assistenza sanitaria e, contemporaneamente, ridurre i costi. •

Heinz Brand, presidente santésuisse

**Il finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie non è un provvedimento fine a sé stesso, ma crea le condizioni per un reale miglioramento.**

È indispensabile sostenere la tendenza di lungo periodo, che consiste nel passare dalle prestazioni ospedaliere stazionarie a quelle ambulatoriali. Tuttavia, per l'assicurazione malattie sociale il trasferimento comporta attualmente un onere aggiuntivo, socialmente e politicamente indesiderato, a carico di coloro che pagano i premi, mentre i guadagni in termini di efficienza derivanti dall'"ambulatorializzazione" vanno quasi esclusivamente a vantaggio dei Cantoni.

### Rimuovere gli incentivi sbagliati

Grazie al finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere stazionarie e ambulatoriali, il rapporto tra la quota finanziata mediante le tasse e quella finanziata mediante i premi rimarrebbe costante nel lungo periodo. In tal modo, senza gli incentivi finanziari sbagliati, si creerebbe una sorta di

configurazione iniziale, per far sì che i due obiettivi centrali - ossia il miglioramento della qualità e la riduzione dei costi della sanità - possano essere perseguiti in modo più incisivo. Se i Cantoni partecipassero finanziariamente alle strutture ambulatoriali, ci si potrebbe aspettare da parte loro anche un controllo più severo delle autorizzazioni rilasciate ai medici. Inoltre, i Cantoni stessi sono un importante fornitore di prestazioni mediche ambulatoriali, in quanto numerosi ambulatori ospedalieri - che oggi spuntano come funghi - appartengono ai Cantoni. Al momento, però, questi ultimi devono fronteggiare le conseguenze finanziarie delle loro decisioni solo nel settore stazionario. •

### INDICE

Numero minimo di casi	2
Finanziamento delle cure	3
In breve	4

# Basta con la “chirurgia occasionale”

Più trasparenza sulla qualità nei nostri ospedali

**Per gli interventi chirurgici complessi, è stato dimostrato che l'applicazione del numero minimo di casi migliora la qualità e riduce il tasso di mortalità. Tuttavia, in Svizzera non è raro che la politica regionale la spunti sulla qualità dei risultati e la sicurezza dei pazienti.**

In genere, gli assicuratori malattia non si introducono nei modelli commerciali degli ospedali per cure acute. Tuttavia, ora lo fanno e vi sono buone ragioni. L'attenzione si concentra su un tema centrale: la qualità dei risultati non dimostrata nel settore ospedaliero e le sue costose conseguenze. Per fare un esempio, si potrebbe dire che gli ospedali giocano nella Champions League in termini di costi e prezzi, ma nel campionato amatoriale per quel che riguarda la trasparenza. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità degli interventi chirurgici complessi non sono confermate da fatti trasparenti, basati sui dati. Una realtà per la quale gli assicurati pagano profumatamente, benché i pazienti non godano di una qualità ottimale.

## Troppo pochi casi

Un fattore essenziale per migliorare la qualità dei risultati, sarebbe l'imposizione del numero minimo per gli interventi chirurgici complessi. È infatti ben documentato, che un numero di casi

elevato si ripercuote positivamente sulla qualità del trattamento e sulla sicurezza del paziente, oltre a garantire un migliore sfruttamento delle infrastrutture e una riduzione dei costi totali. Mentre in Germania gli ospedali possono eseguire determinati interventi solo se dispongono di un'esperienza minima nell'area specialistica in questione, nella piccola Svizzera si fatica a fissare tali numeri minimi di casi.

## ” La Svizzera deve raggruppare le “forze chirurgiche”

Una lodevole eccezione è rappresentata dal Cantone di Zurigo, che ha stabilito il numero minimo di casi per diverse operazioni chirurgiche. Per interventi complessi ai bronchi e ai polmoni, ad esempio, si tratta di trenta casi per ospedale, un numero che è comunque tre volte inferiore a quello minimo che l'Università Tecnica di Berlino ha calcolato per la Germania. Ma in Svizzera solo 25 su 68 ospedali raggiungono questo valore, già così basso. Una situazione simile si manifesta nel settore delle protesi dell'anca, per l'impianto

iniziale: solo 27 ospedali su 117 presentano un numero di casi sufficiente. A seconda dell'ospedale in questione, sono quindi i pazienti a farne le spese, mentre pensano erroneamente di essere al sicuro.

## Creare centri di competenza

Nella piccola Svizzera, risulta necessario un raggruppamento delle «forze chirurgiche». L'obbligo di effettuare interventi chirurgici complessi, esclusivamente nei centri di competenza cantonali o regionali, rappresenterebbe la soluzione non solo per garantire una qualità ottimale dei trattamenti, ma anche per una maggiore economicità. Un numero minimo di casi, fissato dal Consiglio federale, apre le porte alla specializzazione e alla cooperazione. Per il momento, la questione non riguarda le cure di base negli ospedali ma non è accettabile che tutti facciano tutto: non solo non è efficace, ma non reca nemmeno vantaggi in termini di qualità.

Il problema è che ciò che sembra logico sulla carta, fallisce nell'attuazione pratica a causa della riluttanza dei Cantoni ad abbandonare la loro mentalità di prestigio in tema di politica ospedaliera, all'interno dei propri confini, a favore di una pianificazione ospedaliera sovragiornale, contribuendo a una concorrenza equa sulla qualità e, in definitiva, a una maggiore sicurezza dei pazienti. •



# Copertura voluta

L'assicurazione malattie sociale non è un'assicurazione sanitaria



**Il finanziamento delle cure per pazienti anziani rappresenta una delle grandi sfide del nostro tempo. Il proposito di risolvere i problemi con una maggiore partecipazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) è un'illusione che, con gli inevitabili oneri aggiuntivi a carico di coloro che pagano i premi, mette in pericolo l'AOMS in quanto assicurazione sociale.**

Al momento dell'introduzione della LAMal, era stato previsto che i costi delle cure nelle case di riposo e nelle case di cura sarebbero stati totalmente a carico dell'AOMS. Ci si è però presto reso conto che l'assicurazione malattia non era in grado di sostenere tali costi.

## 2011: l'assicurazione malattia non deve diventare un'assicurazione di cure

Con il «Nuovo finanziamento delle cure», in vigore dal 2011, il legislatore ha deliberatamente limitato il contributo dell'assicurazione malattia in favore dei costi per le cure. Il provvedimento ha voluto evitare che l'assicurazione malattia diventasse lentamente un'assicurazione di cure. Dal 2011 diverse sentenze dei tribunali hanno fatto chiarezza e, più precisamente, hanno confermato ciò che il parlamento ha stabilito nel quadro del nuovo finanziamento delle cure:

- L'assicurazione malattia versa un contributo

dilazionato alle cure di lunga durata, a seconda del bisogno di assistenza.

- I residenti contribuiscono anch'essi al finanziamento. Anche qui il legislatore ha fissato un limite massimo di partecipazione, per evitare che ai residenti venga richiesto un contributo troppo oneroso.
- I Cantoni disciplinano il finanziamento dei costi non coperti (finanziamento residuo).
- Altri costi relativi al soggiorno in una casa di cura, quali l'assistenza e l'alloggio, continuano ad essere a carico dei residenti, i quali devono spesso ricorrere a contributi di altre istituzioni della sicurezza sociale (prestazioni complementari, assegni per grandi invalidi, ecc.).

## Il principio «ambulatoriale prima che stazionario» nel settore delle cure pesa sull'AOMS

Mentre i Cantoni sono competenti per fissare le direttive per le case di cura, gli assicuratori malattia non dispongono nemmeno del diritto di ricorso, ad esempio, nel caso di decisioni cantonali sul numero di posti delle case di cura. L'obiettivo di un finanziamento soddisfacente delle cure deve dunque consistere, anche in futuro, nel limitare la partecipazione ai costi delle cure a carico della LAMal. Una valutazione completa dell'evoluzione dell'assistenza alle persone anziane mostra che la promozione del principio "ambulatoriale prima che stazionario" pone già un carico sempre più oneroso sull'AOMS.

Contrariamente a quanto avviene per le prestazioni stazionarie nelle case di cura, quelle fornite da organizzazioni Spitex o da infermieri indipendenti sono completamente a carico dell'assicurazione di base. Uno sguardo alle statistiche rivela che dall'introduzione del nuovo finanziamento delle cure, i costi annuali nelle case di cura, a carico dell'assicurazione di base, sono aumentati solo dell'1,6% per assicurato, quelli delle cure ambulatoriali (Spitex) del 6,7% e quelli degli infermieri dell'8,2%. D'altronde, se l'iniziativa sulle cure in corso di discussione in Parlamento fosse accettata, la problematica verrebbe ulteriormente accentuata.

## Finanziamento residuo: i Cantoni si assumano le loro responsabilità

La richiesta di una maggiore partecipazione ai costi dell'AOMS non fa altro che distrarre l'attenzione dal vero problema: la relazione di valutazione del Consiglio federale sul nuovo finanziamento delle cure pubblicato di recente, mostra chiaramente che alcuni Cantoni, spesso aggirando la protezione tariffaria e andando contro la volontà del legislatore, vogliono scaricare i costi residui non coperti sui pazienti. Si tratta di una pratica inaccettabile alla quale si oppongono gli assicuratori malattia, d'accordo con l'autorità di sorveglianza dei prezzi. È necessaria una precisazione della legge sull'assicurazione malattia, per garantire la copertura totale del finanziamento residuo con fondi pubblici. •



# In breve



## 3 miliardi risparmiati

Un recente sondaggio presso i membri di *santésuisse* mostra che gli assicuratori malattia non solo adempiono appieno il loro mandato legale di controllo delle fatture, ma hanno pure le migliori condizioni in termini di know-how e infrastruttura. I risparmi realizzati nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ammontano a circa tre miliardi di franchi all'anno. Vale a dire che, senza il controllo sistematico delle prestazioni da parte degli assicuratori malattia, i premi medi sarebbero più elevati del 10.5% circa. Si tratta di un bilancio che un'autorità statale di controllo delle fatture non riuscirebbe a superare.

Nella loro valutazione, gli assicuratori sono concordi nell'affermare che un adattamento delle condizioni quadro giuridiche permetterebbe di realizzare ulteriori risparmi sostanziali. Essi avanzano tra l'altro la richiesta di sanzioni esemplari nel caso di fatturazione errata, nonché di accesso ai dati individuali anonimizzati, per poter valutare se un fornitore di prestazioni presenta sistematicamente fatture gonfiate. •

## *santésuisse* sostiene una piattaforma della qualità su scala nazionale

Nel quadro della strategia della qualità su scala nazionale, *santésuisse* sostiene l'attivazione di una vasta piattaforma nazionale sulla qualità, come quella attualmente discussa in Parlamento. L'attuazione di una tale piattaforma verrebbe a costare annualmente tra 20 e 30 milioni di franchi. *santésuisse*

è del parere che il finanziamento dovrebbe avvenire in primo luogo tramite fondi pubblici. Gli assicuratori malattia e i fornitori di prestazioni dovranno sostenere i costi per l'elaborazione di sistemi di misurazione appropriati, per l'esecuzione di progetti pilota, nonché per la valutazione e presentazione dei risultati della misurazione a livello operativo «fornitori di prestazioni» e «incentivi». Tale finanziamento sarà oggetto di negoziazione contrattuale tra i partner tariffali. •

## La gestione delle autorizzazioni dei medici necessita una correzione

*santésuisse* chiede una revisione della proposta del Consiglio federale sulla gestione delle autorizzazioni ai medici. Anziché pianificare le cure nell'ambito dei confini cantonali, la Confederazione e i Cantoni dovrebbero definire dei margini di densità dei medici per gruppo di specialisti in tutta la Svizzera, sulla base dei flussi di pazienti e delle regioni di cure. Le prescrizioni devono potersi applicare agli studi medici privati, ma anche al settore ospedaliero ambulatoriale. Se i Cantoni non rispettano le densità o i limiti superiori definiti e, se non possono provare la coordinazione sovracantonale ai fini di una fornitura delle cure e di un'efficacia ottimali, è necessario assicurarsi che i costi delle cure ulteriori non vada a carico degli assicuratori malattia né di coloro che pagano i premi. Per tali casi, occorre prevedere un diritto di ricorso degli assicuratori malattia davanti al tribunale. •

## BLOG

### Costi – un'occhiata nei Cantoni

**Com'è possibile che gli abitanti di Ginevra causino costi per trattamenti medici che ammontano al doppio rispetto alla media svizzera? Oppure che i costi dei trattamenti ospedalieri stazionari a Basilea città siano circa quattro volte più elevati rispetto al resto della Svizzera? Proviamo a dare una spiegazione.**

Le disparità cantonali, a volte notevoli, saltano agli occhi in modo particolarmente evidente ogni anno in autunno, quando vengono comunicati i premi dell'assicurazione malattia per l'anno successivo. Così nel 2018, i premi hanno subito rincari tra l'1,6% al 6,4% a seconda dei Cantoni. In genere, si tratta di variazioni a breve termine che hanno origini tecniche: dato che i premi sono stati già fissati durante l'anno precedente, non è più possibile apportare correzioni in seguito a un'evoluzione inattesa dei costi. Oppure: un assicuratore con una parte di mercato elevata in un Cantone deve ricostituire le riserve. O ancora: arrivi o partenze inattese nel portafoglio assicurati complicano il calcolo degli assicuratori. In genere, si tratta di variazioni che ritrovano l'equilibrio negli anni successivi. Vi sono però anche i "Cantoni sempre costosi", che anno dopo anno annunciano premi elevati con aumenti superiori alla media.

Monsieur Santé si occupa della questione nel suo blog. •

→ <http://santesu.is/sep0q>