

Rimborso di 100 franchi per gli assicurati

L'esperienza della rete di cure DELTA
mostra come contenere i premi della salute

L'aumento dei costi della salute non è necessariamente una fatalità! Se esso è in gran parte la risultante della quantità e della qualità delle prestazioni fornite, l'aumento dipende in modo importante anche dal modello organizzativo e dall'ambiente legislativo, nel quale sono fornite le cure.

Accusare le casse malati di cattiva gestione, i medici d'essere degli approfittatori, gli assicurati di consumare cure senza ritegno e la LAMal d'essere una cattiva legge, significa distogliere l'attenzione da ciò che invece richiede vere trasformazioni.

Gli strumenti legali a disposizione permettono già oggi un certo numero d'alternative per modificare "in dolcezza" le strutture e le attuali modalità di finanziamento. Eppure tali modifiche permetterebbero una miglior collaborazione tra gli attori del sistema sanitario e modificherebbero la ripartizione del potere. Invece oggi nulla incita alla collaborazione, alla continuità delle cure e all'integrazione. La "rete di cure DELTA" tenta di mostrare che introducendo alcuni strumenti di "managed care" ^A, associandoli a un cambio delle mentalità, è possibile diminuire i premi dell'assicurazione malattia.

1 Diminuzione dei premi: di che si tratta ?

L'esperienza della rete di cure Delta mostra risultati positivi. In effetti i conti del 2000 presentano eccedenti che permettono di **restituire 100 franchi** a ogni assicurato del collettivo "assicurazione medico di famiglia" della Cassa malati Cristiano sociale svizzera (CSS).

2 Che cos'è la rete di cure Delta ?

Da 10 anni la rete di cure Delta è un'istituzione giuridica operante a Ginevra nel settore medico-sanitario. Da 10 anni essa mostra come sia possibile fare economie introducendo un po' più d'intelligenza e di trasparenza in seno agli scambi tra gli attori della salute ^B.

^A Letteralmente "cure gestite", un concetto sviluppatosi negli anni '90 soprattutto negli USA e che sottintende una gestione parsimoniosa delle cure, ove il fornitore di prestazioni è responsabilizzato sui costi che esso stesso induce.

^B Con questo termine s'intendono, analogamente a quanto avviene per il progetto ticinese di "Rete sanitaria", tutti gli attori attivi nell'universo sanitario: pazienti, medici, farmacisti, para-medici, assicuratori, istituti di cura, servizi preospedalieri, servizi di assistenza e cura a domicilio, Stato, ecc.

Questa rete raggruppa 54 medici di base^C ginevrini, responsabili di circa 12'000 assicurati. Un contratto basato sul principio dell'**importo forfetario pro-capite** (*forfait per paziente, "capitation"*) lega la rete di cure Delta con diversi assicuratori malattia, tra i quali troviamo la Helsana, il Gruppo Mutuel e la CSS. Quest'ultima versa il montante pro-capite relativo ai propri assicurati concretamente nelle casse della rete Delta, mentre gli altri assicuratori gestiscono autonomamente i propri conti.

3 Che cos'è una rete di medici di base ?

Gli assicurati beneficiano di una riduzione del 20% del premio di cassa malati ! In cambio essi devono consultare un medico della rete Delta prima di richiedere qualsiasi ulteriore prestazione medica. L'accesso al Pronto soccorso, ai ginecologi, ai pediatri e agli oftalmologi è invece libero. I medici della rete Delta s'incontrano ogni settimana per condividere le loro esperienze e mettono costantemente in discussione il loro operato negli appositi circoli di qualità.

4 Che cos'è il forfait per paziente ?

Il forfait per paziente (*capitation*)^{1 2 3} è in sostanza una modalità di pagamento, che serve a retribuire un'organizzazione e/o dei professionisti. Essere pagati per *capitation* significa ricevere un importo fisso pro-capite per dispensare direttamente o su delega le cure a un collettivo di assicurati chiaramente definito. Questo importo è determinato per ogni assicurato e deve coprire tutti i costi a carico dell'assicurazione malattia di base (medici, farmaci, ospedali, chirurgia, fisioterapia, laboratorio, radiologia, ecc.) per l'anno seguente.

5 Come fare con le persone molto malate ?

Grazie a una riassicurazione, la rete di cure Delta assume soltanto il 10% delle spese che oltrepassano 10'000 franchi all'anno per assicurato. Ciò permette di corrispondere senza restrizione anche le cure cosiddette pesanti. Lo studio condotto dall'Istituto di medicina sociale e preventiva di Ginevra⁴ ha evidenziato come gli assicurati ritengano di aver ricevuto tutte le cure necessarie, senza restrizioni.

6 Come garantire la solidarietà sociale ?

Si potrebbe sospettare che la rete di cure Delta concluda contratti prioritariamente con persone sane che costano poco (selezione dei "buoni rischi"). Per evitare questo pericolo, la rete Delta riceve una somma forfetaria per assicurato, calcolata in funzione del singolo rischio. La rete riceve meno soldi per persone a basso rischio e più soldi per persone a maggior rischio, utilizzando appieno il principio della compensazione dei rischi. Ciò è fattibile per esempio suddividendo la popolazione in 16 categorie di **età** e in funzione del **sesso**. Sappiamo infatti che i costi delle prestazioni sanitarie aumentano con l'età e variano secondo il sesso (per esempio a causa della maternità).

^C Specialisti in medicina generale e medicina interna

Il modello utilizzato dalla rete Delta è tuttavia ancora più sofisticato, in quanto aggiunge un'ulteriore nozione: quella dell'**ospedalizzazione precedente**. E' infatti noto che se nel 1998 i costi per una donna di 71 anni, ricoverata in ospedale nel 1997, ammontavano a 1'130.60 franchi, la medesima donna non ricoverata nel 1997 costava invece solamente 414.15 franchi. Perciò il forfait per assicurato della rete Delta è calcolato per 64 categorie diverse (16 classi d'età, uomo/donna, ospedalizzato/non ospedalizzato)⁵.

La tabella seguente mostra per esempio come è stato calcolato il montante versato a Delta nel 2000 per una donna di 71 anni ospedalizzata nel 1997. Il calcolo tiene conto dei costi 1998 degli assicurati simili, della riassicurazione, dell'aumento dei costi 98/99 e 99/00 e della diminuzione arbitraria della CSS:

Costo per il 1998 (donna 71enne ospedalizzata nel 1997)		1130.61
Riassicurazioni casi pesanti	- 23.48%	- 265.47
Aumento 1998/99 e 1999/2000	+ 11.46%	+ 99.15
Diminuzione arbitraria dell'assicurazione CSS	- 37%	- 356.79
Versati alla rete Delta per il 2000		Frs. 607.50

7 Economia, diminuzione dei costi ?

Appare evidente (vedi tabella) che l'assicuratore CSS ha deciso che la rete Delta deve fare almeno il 37% di economie rispetto al costo di un collettivo di rischio comparabile. In pratica però i risultati finanziari della rete Delta sono ancora migliori, avendo questa potuto restituire a ogni assicurato 100 franchi dall'esercizio 2000.

Ma come si ottengono questi risparmi ? Diversi concetti permettono di spiegare questa diminuzione dei costi, anche escludendo gli aspetti culturali (vedi più sotto). Concetti ben noti nella letteratura scientifica, principalmente riferita alle esperienze di "*managed care*" dei Paesi europei e dell'America del Nord. In particolare si tratta dei seguenti elementi:

- **La condivisione della conoscenza**

L'intervento che - a nostro giudizio - ha avuto un effetto dominante sulla diminuzione dei costi è lo sviluppo di una nuova cultura della condivisione, da un lato tra i medici nei circoli di qualità ⁶, dall'altro con i pazienti nel corso delle consultazioni. Appare oggi scontato che una parte importante dei costi della salute sia semplicemente da attribuire al rifiuto (di tutti) di assumere qualsiasi rischio e alla difficoltà di accettare l'impotenza della medicina in diverse situazioni. La condivisione delle **conoscenze** permette al paziente di assumere più autonomamente la propria cura e di partecipare alle decisioni terapeutiche. Questa condivisione delle **emozioni**, delle **angosce** e delle **incertezze** è indissociabile dalla pratica della medicina !

- **Il modo di funzionamento in rete**

La responsabilità della presa a carico di un collettivo d'assicurati è data in esclusiva a un gruppo di medici di base. Gli assicurati devono consultare uno di questi medici prima di ottenere ulteriori prestazioni. Ciò permette una gestione delle cure più

integrata e un miglior orientamento del consumo verso cure più pertinenti e meno costose. I costi delle prestazioni medico-tecniche (laboratorio, farmaci, radiologia) sono infatti diminuiti significativamente, mentre quelli relativi al dialogo con il paziente (consultazione) sono aumentati.

- **Accettare il rischio economico**

La rete di cure Delta deve accettare un rischio economico, poiché la somma ricevuta in applicazione del modello del forfait per paziente è indipendente dal consumo effettivo di prestazioni.

- **La selezione dei rischi**

La rete Delta può accettare unicamente gli assicurati indirizzatigli dall'assicuratore. I pazienti in cattivo stato di salute esitano a entrare spontaneamente in questa rete, mentre gli assicuratori tentano invece (legittimamente) d'includere nei sistemi a forfait per paziente proprio questi "cattivi rischi". Una parte delle economie potrebbe perciò essere causata da una certa selezione dei "buoni rischi". Tuttavia questo meccanismo non è certamente in grado di spiegare da solo la constatata diminuzione dei costi (più del 40%).

La diminuzione dei costi non è stata ottenuta con il controllo dei fornitori di prestazioni! Infatti non erano a disposizione strumenti informatici potenti, tali da fornire dati utilizzabili a tal fine. Inoltre i prezzi delle prestazioni sono rimasti gli stessi che nel sistema classico: non vi è stata alcuna contrattazione sui prezzi. Tutti i medici della rete sono stati pagati all'atto, come nel sistema classico.

8 I freni allo sviluppo di reti di cura in Svizzera

Lo sviluppo di analoghe reti in Svizzera ^D è ostacolato da diversi fattori:

- numerosi assicuratori non sono persuasi delle economie realizzabili e non sono perciò disposti a modificare i ruoli e i poteri esistenti;
- gli operatori sanitari sono reticenti a occuparsi di soldi e a considerare i costi e la loro gestione nell'attività di fornitori di cure;
- i medici specialisti - non di base - si oppongono ferocemente ai modelli del medico di base, che crea un filtro d'accesso ai loro servizi;
- il nostro Paese non ha alcuna tradizione del ruolo di medico di base ^E e neppure ne ha una sui programmi di salute pubblica;
- la sensazione che la medicina moderna sia onnipotente e il fantasma del "rischio zero" generano un sovra-consumo di atti diagnostici e terapeutici;

^D Per esempio MediX nella regione di Zurigo

^E Sarebbe più corretto dire "non ha più", in quanto molte regioni - Ticino compreso - hanno conosciuto la figura delle condotte e del medico di famiglia quale gatekeeper "ante litteram"

- le derive delle HMO americane hanno originato un grave danno d'immagine. I decisori e la popolazione in generale sono perciò diventati scettici di fronte a simili modelli. Tuttavia vari Paesi europei e il Canada sperimentano con successo formule di forfait per paziente in seno ai propri sistemi sanitari;
- la legislazione federale non permette di ridurre l'importo dei premi oltre il 20% al di sotto dei premi dell'assicuratore considerato⁷. Pochi assicurati sono disposti a rinunciare alla libera scelta del medico per un importo così modico;
- la ricostituzione della riserva obbligatoria, segnatamente quando un assicurato passa dal sistema classico alla rete Delta presso il medesimo assicuratore, appesantisce senza alcuna giustificazione i conti dei modelli alternativi. Medesimo discorso per la compensazione dei rischi: il collettivo degli assicurati Delta non dovrebbe costituire un particolare gruppo di rischio per un medesimo assicuratore, ma dovrebbe invece essere incluso nell'effettivo dell'assicuratore malattia per evitare deformazioni statistiche⁸;
- il finanziamento duale (Stato e assicurazione malattia) dell'ospedalizzazione impedisce di instaurare collaborazioni in grado d'influenzare i processi di cura, soprattutto per le malattie croniche e per le persone anziane con perdita d'autonomia. Il medico della rete non ha infatti alcuna autorità per agire sul trattamento stazionario in ospedale. Le sovvenzioni statali (Cantoni) ai trattamenti ospedalieri ostacolano fortemente lo sviluppo di una gestione coerente delle cure. E' infatti soprattutto a livello dei costi ospedalieri che il "managed care" ha indotto, negli Stati Uniti d'America, le più grandi economie;
- l'assenza di un sistema integrato d'informazione non permette di assicurare il successo dell'integrazione e della continuità delle cure e dei servizi.

9 Conclusioni

Le spese per la salute rimangono oggi una preoccupazione principale in Svizzera.

Il "principio del compromesso", tipico dell'azione politica elvetica, ha permesso al sistema sanitario svizzero di evolvere secondo gli interessi di diversi attori (i vari gruppi professionali, gli assicuratori, gli ambienti economici), ma lo stesso "principio del compromesso" è oggi responsabile delle difficoltà strutturali rilevate da diversi esperti e sinteticamente sottolineate in questo scritto.

Perciò s'impongono delle scelte. Tra proclami che chiedono "più mercato" e uno status quo divenuto ormai insopportabile, è certamente possibile immaginare altri progetti che permettano di migliorare globalmente i risultati del settore sanitario, controllando nel contempo la spirale ascendente dei costi.

E' vero che la LAMal ha tentato sia d'introdurre meccanismi deputati a stimolare la concorrenza tra gli attori del sistema sanitario, sia di promuovere organizzazioni denominate di "mantenimento della salute", fondate su modelli di "managed care" come le HMO americane. E' però anche vero che gli effetti di queste novità appaiono modesti a causa dei numerosi ostacoli legislativi e strutturali. L'approccio "managed care" comporta

senza ombra di dubbio elementi suscettibili di migliorare la coordinazione e la continuità dei servizi, controllandone i costi. Tuttavia quest'approccio può essere privilegiato - rispetto ad altri - solamente all'interno di un sistema dove lo Stato è garante dei valori collettivi.

Oggi bisogna constatare che il deficit democratico nella presa di decisioni e l'assenza d'informazioni pertinenti sul funzionamento del sistema sanitario non consentono di ammorbidire certi obblighi legislativi responsabili delle barriere strutturali menzionate.

I "**sistemi integrati di cure**" o "**reti**" appaiono oggi essere le forme organizzative più adeguate ai valori e alle norme dell'azione collettiva; inoltre rappresentano formidabili opportunità per ridefinire i meccanismi di coordinazione e di cooperazione tra i diversi attori. Questi sistemi rappresentano anche il luogo ideale per una presa a carico razionale delle traiettorie individuali del paziente. La nostra esperienza lo evidenzia chiaramente.

Certi attori esortano a gran voce maggiori incentivi economici, che creerebbero una maggiore concorrenza tra le casse malati o tra i fornitori di prestazioni, nella speranza di vedere realizzarsi un'organizzazione obbediente alle regole del mercato. Essi dimenticano tuttavia che nel settore sanitario gli obiettivi sono multipli e contraddittori, mentre nel settore delle merci gli obiettivi sono decisamente più chiari: crescita e profitto.

A nostro avviso occorre maggiormente pensare a soluzioni culturali ai problemi dell'aumento dei costi della salute. La LAMal autorizza esperienze come la nostra, nel rispetto dei diversi partner, senza con ciò imporre subito decisioni di portata generale che modificherebbero sostanzialmente il sistema globale, con effetti potenzialmente perversi. Se gli individui sono complessi, i sistemi sociali lo sono all'infinito. Ogni cambiamento delle politiche cagiona meccanismi incitativi che nessuno si potrebbe attendere. La pianificazione del sistema sanitario rappresenta un atto autoritario dello Stato che, anch'esso, ha i suoi limiti.

Citando Robert G. Evans vorremmo concludere affermando che *"in realtà, i meccanismi incitativi e le regolamentazioni fanno parte di ogni contesto istituzionale, nel quale si organizzano le prestazioni e l'utilizzazione dei servizi medici. L'obiettivo consiste nello strutturare questo contesto in modo tale che gli attori principali collaborino alla realizzazione degli obiettivi della collettività"*.

La nostra esperienza mostra che grazie a una collaborazione di tutti gli attori, è possibile controllare le spese senza mettere in pericolo la solidarietà sociale e la qualità delle cure.

Dr méd. Marc André Raetzo
Dr méd. Philippe Schaller
Réseau de soins DELTA
3 Rte de Loëx - 1213 Onex
www.gmo.ch/delta

(Traduzione e adattamento dal francese all'italiano per gentile concessione degli autori,
a cura del Medico cantonale dott. I. Cassis).

-
- ¹ Pernegger Th, Etter JF, Gaspoz JM, Raetzo MA, Schaller PS. *Nouveaux modèles d'assurances maladie et gestion des soins*. Soz Präventivmed 1996; 41: 47-57.
- ² Raetzo MA, Schaller PS. *La capitation, enjeux et implications*. H+ compétence, in press septembre 2001.
- ³ Beck Constantin. *Capitationsberechnung in der Schweiz: the state of the art*. Managed care 2001; 1: 12.
- ⁴ Pernegger Th, Etter JF, Schaad B. *Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève*. Institut de médecine sociale et préventive, Etudes et recherches, Genève 1995.
- ⁵ Beck Constantin. *La compensation des risques - fondement d'une concurrence appropriée dans l'assurance maladie*. Cristiano sociale svizzera 1998.
- ⁶ Raetzo MA. *La formation continue, moteur de la maîtrise des coûts*. Bull méd FMH 1997; 47:1762-66.
- ⁷ OAMal art. 101, cpv 3.
- ⁸ Schneider JA, Raetzo MA. *Primes et qualité des soins: les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal*. Revue suisse des assurances sociales et de prévoyance professionnelle, tome 43, 1999.