

numero			Bellinzona
4302	fr	0	26 agosto 2020
Repubblica e Cantone Ticino Consiglio di Stato Piazza Governo 6 Casella postale 2170 6501 Bellinzona telefono +41 91 814 43 20 fax +41 91 814 44 35 e-mail can-sc@ti.ch			Repubblica e Cantone Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor Consigliere federale
Alain Berset
Dipartimento federale dell'interno DFI
3003 Berna

Invio per posta elettronica
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) Criteri di pianificazione e principi di determinazione delle tariffe: consultazione

Egregio signor Consigliere federale,

ringraziamo per la lettera del 12 febbraio 2020 con cui sottoponete al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, la modifica dell'OAMal riguardante l'adeguamento dei criteri di pianificazione e l'emanazione di disposizioni uniformi per la determinazione delle tariffe in un modello di remunerazione di tipo DRG (Diagnosis Related Groups), in vigore nel settore stazionario ospedaliero. I nuovi principi tariffali richiedono a loro volta un completamento dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre), con disposizioni più approfondite relative al calcolo corretto dei costi delle prestazioni. Le misure sono finalizzate al rafforzamento della qualità dell'offerta e della trasparenza, nonché al contenimento dei costi.

In maniera generale, e prima di formulare delle osservazioni specifiche sui due ambiti toccati dalla modifica (pianificazione e tariffazione), il Cantone Ticino - pur riconoscendo la validità degli obiettivi perseguiti e di alcune nuove disposizioni, in particolare per il settore case di cura - non può sostenere il progetto di revisione in oggetto, essenzialmente per l'eccessiva ampiezza ed incisività di alcune misure in esso contenute. Queste minano il margine di manovra dei Cantoni in materia sia di pianificazione ospedaliera, con un'ingerenza sproporzionata nelle competenze cantonali da parte della Confederazione, sia di tariffazione, introducendo non solo una sistematica troppo rigida, ma mettendo in discussione anche il primato delle trattative fra partner tariffali.

Riteniamo inoltre doveroso considerare la fase storica eccezionale in cui s'inserisce il progetto di modifica in discussione. La pandemia tuttora in corso ha inciso parecchio e ancora incide sull'offerta sanitaria ospedaliera nazionale, evidenziandone i molti pregi ed alcune criticità. Sarebbe inopportuno e inappropriato ridefinire il contesto normativo pianificatorio e tariffale

ospedaliero proprio in questa fase, aggiungendo ulteriori difficoltà alle strutture e non cogliendo gli insegnamenti che l'esperienza attuale sta maturando.

Entrando nel merito delle singole modifiche, formuliamo le seguenti considerazioni.

Pianificazione dell'offerta degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura

Per quanto concerne gli aspetti pianificatori, la proposta di modifica dell'OAMa riprende, riformulandoli in parte, quasi tutti i principi già presenti nella versione attualmente in vigore. Dal punto di vista sostanziale, la novità consiste nell'introduzione dei principali parametri alla base del modello di pianificazione elaborato dal Canton Zurigo (ossia i fattori per il calcolo del fabbisogno ed il ventaglio di requisiti per gruppo di prestazioni), nonché la definizione del concetto di coordinamento intercantonale.

Se l'introduzione dei quattro fattori utili al calcolo del fabbisogno potrebbe rappresentare una novità per quei Cantoni che non si sono orientati sul modello zurighese (alcuni di essi hanno infatti utilizzato il modello sviluppato dall'Osservatorio svizzero della salute, Obsan), l'introduzione dei gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera (SPLG, *Spitalplanungs-Leistungsgruppen*) e dei rispettivi requisiti non rappresentano una novità, in quanto è il sistema di raggruppamento utilizzato per la propria pianificazione da quasi tutti i Cantoni, Ticino compreso. Le proposte di modifica oggetto della consultazione, come d'altronde già precedentemente fatto dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) tramite l'aggiornamento delle proprie raccomandazioni sulla pianificazione, tengono pure conto della recente giurisprudenza, in particolare per quanto concerne l'esame dell'economicità, la valutazione della qualità e il coordinamento intercantonale (flussi di pazienti).

Nello specifico dei singoli articoli:

Art. 58b Pianificazione ospedaliera

L'unico cambiamento formale apportato a questo articolo consiste nell'inserimento al cpv.1 dell'elenco dei fattori rilevanti per la previsione del fabbisogno. Sono di fatto stati ripresi i quattro fattori definiti dal modello zurighese, ovvero l'evoluzione demografica, medico-tecnica, epidemiologica ed economica.

Il Cantone Ticino, per l'analisi del fabbisogno della pianificazione ospedaliera attualmente in vigore, si è affidata ai servizi offerti dal Dipartimento di sanità del Canton Zurigo, pertanto, le cifre utilizzate per la definizione dell'elenco ospedaliero si fondano proprio su questi fattori. Dal punto di vista tecnico, i quattro fattori previsti dalla presente modifica dell'ordinanza ricalcano quelli abitualmente utilizzati a livello internazionale, pertanto non abbiamo obiezioni riguardo. La formulazione aperta utilizzata non preclude la possibilità per i Cantoni di utilizzare altri fattori di influenza.

Il nostro Cantone suggerisce di ripensare alla formulazione dei cpvv. 2 e 3 che rimangono invariati. La versione italiana utilizza lo stesso verbo, cioè "determinare", nei cpvv. 1, 2 e 3 dell'art. 58b. Considerata la versione in lingua tedesca della norma, sarebbe più corretto, per una sua migliore comprensione e chiarezza, utilizzare il verbo "rilevare" ai cpvv. 1 e 2 e solo al cpv. 3 il verbo "determinare". L'utilizzo dello stesso verbo suggerisce il principio secondo il quale la determinazione dell'offerta utilizzata in istituti che non figurano nell'elenco (es. ospedali convenzionati) influenzi per differenza l'elaborazione dell'elenco ospedaliero. In questo modo gli ospedali convenzionati (con il consenso degli assicuratori malattia) avrebbero il privilegio di poter espletare dei mandati senza rispettare le condizioni imposte dal Cantone nelle procedure di aggiudicazione degli stessi. Dovrebbe invece valere una trafila opposta, dapprima si considerano gli ospedali con sede nel Cantone ed eventualmente gli istituti extra-cantonali che vogliono essere inseriti sugli elenchi cantonali e solo nel caso di copertura

insufficiente si valuterebbe l'offerta degli ospedali convenzionati, a meno che la versione proposta (e già in vigore) persegua evidenti scopi di tipo finanziario (risparmio per i Cantoni).

Art. 58d Valutazione dell'economicità e della qualità

Il nuovo articolo 58d contiene disposizioni più dettagliate per la verifica dei criteri di economicità e qualità nel quadro della determinazione dell'offerta di cure.

Riguardo all'economicità, i primi due capoversi stabiliscono il principio secondo cui la valutazione della stessa debba avvenire mediante un confronto dei costi delle prestazioni, tenuto conto della gravità o del bisogno di cure dei casi. Tale impostazione riflette quanto già avviene nella prassi ed è condivisa dal Cantone Ticino.

Rispetto all'attuale disciplinamento, l'attenzione data ai criteri di qualità è notevolmente aumentata. Infatti, questo aspetto viene ad oggi solo genericamente menzionato all'art. 58b cpv. 5 lett. b OAMal e lascia ai Cantoni la libera interpretazione del concetto di "qualità necessaria". Il nuovo articolo OAMal elenca ai cpvv. 3-8 gli elementi da esaminare per la valutazione della qualità nell'ambito del procedimento pianificatorio. Tuttavia, va osservato che le disposizioni inserite in questi capoversi sono da considerare delle misure di base nell'ambito della gestione della qualità, ad oggi già adottate e implementate dalla maggior parte delle strutture ospedaliere di riferimento a livello nazionale.

Per quanto attiene alle case di cura, segnaliamo che i requisiti minimi richiesti per la qualità nel nuovo articolo 58d cpv. 4 sono attuati o in fase di attuazione: i requisiti di cui alle lett. a, e, f sono soddisfatti mentre i requisiti menzionati sotto le lett. b, c, d sono previsti negli obiettivi della pianificazione in corso (Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030).

Nel nostro Cantone, le principali strutture non avranno particolari problemi a dimostrare il rispetto di questi criteri (o almeno dei principali), poiché sono già stati inseriti nella loro strategia di gestione della qualità da molti anni (esistenza di un'équipe dedicata alla gestione della qualità, analisi degli indicatori dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche - ANQ, sistema di segnalazione degli errori e altre iniziative in collaborazione con diverse organizzazioni nazionali). L'Autorità cantonale sostiene quindi la modifica, che dovrebbe favorire anche l'adozione di un procedimento strutturato e comune per tutti gli ospedali, così come per le case di cura, ai fini di garantire la qualità delle cure.

Art. 58e Coordinamento intercantonale delle pianificazioni

Questo articolo, al cpv. 1, riprende i principi di adempimento all'obbligo di coordinamento delle pianificazioni attualmente definiti all'art. 58d (l'analisi dei flussi, la valutazione delle sinergie ai fini dell'economicità e della qualità e il coordinamento delle pianificazioni).

Il cambiamento sostanziale si trova invece al cpv. 2 con la definizione dettagliata e precisa delle condizioni per cui dei Cantoni sono interessati dalla pianificazione di un altro Cantone. Si tratta in particolare dei Cantoni in cui hanno sede uno o più istituti extracantonali che figurano nell'elenco del Cantone che pianifica, nonché i Cantoni di provenienza di importanti flussi di pazienti negli istituti del Cantone che pianifica o di arrivo di importanti flussi di pazienti dal Cantone che pianifica.

Il Canton Ticino per determinate prestazioni specialistiche (di principio per la medicina altamente specializzata, MAS) deve inevitabilmente fare riferimento ad istituti extracantonali, in particolare agli ospedali universitari. Per quanto concerne i flussi di pazienti, essendo il Ticino "isolato" dal resto della Svizzera dal massiccio del S. Gottardo e confinando fisicamente solamente con tre Cantoni, nonché considerando il fattore linguistico, non è toccato da flussi

importanti (fatta eccezione dei pazienti della Mesolcina). Il Canton Ticino condivide la necessità di coordinamento e non solleva alcuna riserva sulla proposta di modifica.

Art. 58f Elenchi e mandati di prestazioni

Nei primi tre capoversi di questo articolo sono stati ripresi i concetti attualmente definiti all'art. 58e. La formulazione del cpv. 3 si presta ad equivoci, gli ospedali e le case per partorienti potrebbero pensare di aver diritto a un mandato che comprende l'intero ventaglio delle prestazioni. Una revisione del secondo periodo s'impone del seguente tenore "Il Cantone attribuisce a un ospedale che figura sull'elenco, almeno un mandato di prestazioni per la totalità dei gruppi di prestazione che questo comprende."

Le novità sostanziali si trovano nei capoversi successivi. In particolare, il cpv. 5 elenca i requisiti medici, organizzativi e strutturali attribuibili a ciascun gruppo di prestazioni e definiti dal modello di pianificazione del Canton Zurigo (quali la disponibilità di medici, pronto soccorso e reparto di cure intense, il numero minimo di casi o la garanzia della qualità). Al cpv. 6 è introdotta la possibilità di definire dei vincoli quantitativi atti a contenere la crescita dell'attività degli istituti (volumi massimi di prestazioni per il settore somatico-acuto, volumi massimi di prestazioni o numeri massimi di letti per la psichiatria e la riabilitazione).

Il Canton Ticino, come già detto precedentemente, ha effettuato la propria pianificazione ospedaliera basandosi integralmente sul modello zurighese. Pertanto, per quanto concerne la definizione dell'elenco dei requisiti per gruppo di prestazione e in assenza di criteri quantitativi e qualitativi vincolanti, condivide la proposta di modifica, pur riconoscendo che in taluni casi, essi potrebbero essere troppo vincolanti. Un margine di apprezzamento a discrezione dei Cantoni deve essere mantenuto.

Per quanto riguarda la possibilità di definire dei volumi massimi (cpv. 6) – norma peraltro prevista nella precedente versione della Legge cantonale di applicazione della LAMal (LCAMal), poi abrogata – il Canton Ticino condivide la proposta di modifica. La forma potestativa ne permette l'utilizzo a dipendenza della situazione concreta di ogni Cantone, come ad esempio in presenza di un esubero di offerta o di una crescita incontrollata delle prestazioni.

Determinazione delle tariffe per cure stazionarie in ospedale e case per partorienti

Le regole secondo le quali i partner tariffali, o i Cantoni, fissano le tariffe per le prestazioni ospedaliere stazionarie sono state dettagliate allo scopo di assicurare in futuro una procedura di determinazione della tariffa (dati e metodologia) uniforme sul piano nazionale, garantendo tariffe trasparenti ed economiche. Se la finalità è condivisibile, l'ampiezza dell'intervento legislativo risulta eccessivo su alcuni aspetti centrali, limitando pesantemente il primato delle trattative dei partner tariffali e le competenze cantonali. Le modifiche riguardano due articoli dell'OAMal (di cui uno nuovo), le quali, a loro volta, implicano altrettante modifiche dell'OCPre.

Art. 59c OAMal Tariffazione

L'articolo è stato completato ed è condiviso dal Cantone Ticino. L'aggiunta del nuovo cpv. 2 specifica che, relativamente ed esclusivamente al modello di remunerazione di tipo DRG, i principi d'economicità della tariffa enunciati al cpv. 1 devono valere per l'ospedale che funge da riferimento. Inoltre, il cpv. 3 è stato completato introducendo la possibilità di raggruppare singole prestazioni remunerandole tramite un forfait.

Art. 59c^{bis} OAMal Calcolo della tariffa in un modello di remunerazione di tipo DRG

Il nuovo articolo stabilisce come determinare il valore di riferimento per il calcolo della tariffa in ambito stazionario ospedaliero. In generale, l'approccio metodologico indicato (molto simile a quanto già raccomandato dalla CDS) e la finalità perseguita sono condivisi. Tuttavia, l'articolo risulta in alcuni sue parti, troppo dettagliato e incisivo. È corretto mirare a un'uniformità di determinazione della tariffa, ma le disposizioni in esso contenute si spingono ben oltre, riconducendo di fatto la tariffazione a un meccanismo pressoché sistematico, eliminando il necessario margine d'apprezzamento da parte dell'Autorità cantonale, responsabile dell'approvazione e, in via subordinata, della fissazione delle tariffe.

Ne è principale esempio il cpv. 1 lett. b, che si spinge fino a definire sia il percentile massimo applicabile ai fini della determinazione della tariffa di riferimento, sia la base su cui debba essere applicato, ossia il numero di ospedali. È opinione dei Cantoni, confluita nelle raccomandazioni della CDS sulla verifica dell'economicità in vigore già da qualche anno, che ai Cantoni debba essere lasciato un margine d'apprezzamento sul percentile da adottare, in ragione delle loro specificità regionali. Inoltre si ritiene opportuno che i costi dei singoli fornitori siano ponderati per i casi trattati, tenendo quindi in debita considerazione anche la grandezza degli ospedali e non solo il loro numero.

Incompleti o inappropriati risultano a nostro parere anche i cpv. 3 e 7. Il primo prevede come siano esclusivamente gli assicuratori a determinare la tariffa di riferimento, esponendone le modalità di calcolo ai Cantoni. Questi ultimi, in realtà, hanno un compito d'approvazione e fissazione delle tariffe che li parificano agli assicuratori, andrebbero quindi citati nell'articolo.

Il cpv. 7 è reputato superfluo a livello d'ordinanza, poiché contempla una modalità di calcolo della tariffa per prestazione, ovvia, essendo implicita in un sistema di remunerazione DRG. Infine, se l'obbligo di pubblicazione per i partner tariffali dei prezzi base e delle procedure pendenti espresso al cpv. 9 è sostenuto dal Cantone Ticino, la frequenza di pubblicazione trimestrale appare troppo stretta. Di regola, le tariffe hanno validità di almeno un anno e una loro pubblicazione con questa frequenza risulterebbe più consona anche dal profilo amministrativo.

Art. 9 cpv. 5^{bis} OCPRe

Doverosa l'aggiunta di questo nuovo capoverso, con cui si richiede una certificazione da parte di un organo di revisione esterno sulla piena conformità della contabilità analitica alle disposizioni di legge.

Art. 10a^{bis} OCPRe Determinazione dei costi in un modello di remunerazione di tipo DRG

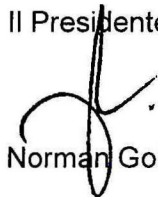
L'articolo è nuovo e si sofferma in dettaglio sulle voci di costo da considerare o meno ai fini della definizione della tariffa. Le precisazioni riguardanti la determinazione dei costi corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG sono pienamente condivise. Queste infatti ricalcano quanto già elaborato dai Cantoni attraverso la CDS, la quale già da qualche anno ha emanato delle raccomandazioni per il calcolo dei costi per caso e, in maniera più ampia, per la verifica dell'economicità in ambito stazionario ospedaliero. In tal senso, è attivo da anni uno speciale gruppo di lavoro che coinvolge una decina di Cantoni, Ticino compreso.

In conclusione, e per inciso, il Cantone Ticino appoggia il breve completamento dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF), nella misura in cui, per la remunerazione dei costi della degenza ospedaliera assunti dall'assicurazione-infortuni, vengono ripresi i principi già validi in ambito LAMal.

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, voglia gradire, signor Consigliere federale, l'espressione della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Norman Gobbi

Il Cancelliere:



Arnaldo Coduri

Copia per conoscenza:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Pubblicazione in internet.