

Rapporto

numero

6130 R

data

15 dicembre 2008

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione della gestione e delle finanze sul messaggio 14 ottobre 2008 concernente l'approvazione del Contributo globale 2009 dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e del finanziamento delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi- privati

1. INTRODUZIONE

Dove andrà il sistema sanitario ticinese nel 2012 con l'introduzione del finanziamento pubblico - nella misura del 55% dei costi- a tutti gli istituti pubblici e privati figuranti sulla lista ospedaliera LAMal? Come verranno assorbiti i 70 milioni di franchi di costi annui supplementari a carico del Cantone? Come verrà garantita la qualità nel settore pubblico e nel settore privato, in modo da non creare un dumping delle condizioni di lavoro e delle cure ai pazienti? Come influiscono i sistemi di pagamento forfettario (DRG) sulla qualità medica e sulle condizioni di lavoro (dibattito molto vivace in Svizzera tedesca e Germania)? Come leggere i fenomeni legati alla diminuzione delle degenze e all'aumento dei letti non occupati?

Occorre iniziare a riflettere sul futuro scenario e l'occasione del voto parlamentare sul contributo globale 2009 per l'EOC è parsa utile per raccogliere qualche prima indicazione, dopo che nel recente rapporto sul consuntivo 2007 (messaggio 6089) si era già evidenziata:

- la politica EOC di razionalizzazione dell'attività medica;
- la politica EOC di razionalizzazione dei servizi centrali;
- la questione della sostituzione del personale assente negli ospedali;
- l'assunzione dei quadri intermedi all'EOC.

Le citate politiche di razionalizzazione e la migliore gestione delle assenze dell'EOC consentono di contenere i costi a carico dello Stato, al punto che in termini reali nel periodo 2003-2009 essi diminuiscono. Si conferma il trend ad un calo delle assenze per malattie nel periodo 2003-2007, anche grazie all'introduzione dell'assicurazione perdita di guadagno nel 2006: da un media di 13,07 giorni nel 2003 si è scesi nel 2007 a 11,9 giorni (in particolare migliora il personale dei servizi generali/lavanderia, che nel medesimo periodo passa da 25,1 giorni a 18,8 giorni; il personale curante è stabile e passa da 12,9 a 12,75 giorni).

Il contributo 2009 a carico del Cantone sarà di 165,8 milioni Fr, cui si aggiungono 26,4 milioni Fr per il pagamento delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semiprivati.

2. EOC E CLINICHE PRIVATE VERSO IL 2012

Già da anni l'EOC ha iniziato delle collaborazioni con le Cliniche private (Centro Cardiocentro per l'utilizzo della TAC; Clinica Luganese Moncucco per la radioterapia; Clinica Hildebrand per la riabilitazione; Cliniche Gruppo Ars medica per la radioterapia e la medicina nucleare; Ospedale di Castelrotto per la riabilitazione pneumologica). Anche in prospettiva dello scenario del 2012 l'EOC ha manifestato la volontà di perfezionare ulteriormente le collaborazioni con le cliniche private. L'EOC ritiene che questi ambiti di intesa dovranno essere valutati anche nell'ambito dei lavori inerenti la nuova Pianificazione ospedaliera.

3. QUALITÀ DELLE CURE DA CONTROLLARE

Il tema della qualità delle cure è stato di recente affrontato dal rapporto del collega Malacrida del 29.5.2008 a nome della Commissione speciale sanitaria sull'iniziativa parlamentare Marina Carobbio Guscetti per la modifica dell'art. 79 della legge sanitaria (criteri di qualità imperativi nelle strutture e nei servizi sanitari). Il rapporto conclude in particolare con la seguente fondamentale constatazione:

- “5) Elementi fondamentali per mantenere una qualità delle cure che soddisfi pazienti e curanti, qualità che richiama anche la sicurezza dei pazienti, sono:*
- a) adeguare il personale curante qualificato al numero dei pazienti, soprattutto nelle fasce notturne*
 - b) garantire la formazione continua del personale curante*
 - c) allestire da parte di ogni istituto regolari protocolli scritti diagnostici e terapeutici, registrare gli eventi avversi e le complicanze postoperatorie, controllare ogni forma di contenzione, promuovere le direttive anticipate nel rispetto delle rispettive convinzioni, far capo a una commissione di etica clinica per risolvere eventuali conflitti di valore fra curanti e pazienti.*
- 6) Parrebbe pure di grande utilità implementare strumenti di raccolta-dati che permettano di verificare quanto al punto 5).”*

Con il nuovo sistema di finanziamento in atto nel 2012 appare logico che il Cantone, che diventa principale finanziatore degli ospedali pubblici e privati, si prepari adeguatamente per attuare questa verifica fondamentale per la qualità delle cure.

4. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO IN BASE AI DRG

Alla fine del mese di settembre Berlino ha assistito alla più grande manifestazione nella storia dei servizi della sanità: 130'000 persone hanno coperto la distanza dalla Porta di Brandeburgo alla Colonna della vittoria. Il personale sanitario tedesco ha chiesto in particolare un sensibile aumento dei finanziamenti per i salari, la formazione ed il materiale sanitario. Da quando nel 2004 è stato introdotto il sistema di finanziamento forfait per caso o DRG (Diagnosis Related Groups), un terzo dell'insieme delle cliniche e degli ospedali tedeschi sono scivolati nelle cifre rosse. Avvisaglie di questi problemi si hanno anche a Zugo, dove l'ospedale cantonale è stato sottoposto a forti pressioni sui costi dal sistema DRG (le casse malati prendono a termine di riferimento i Cantoni con salari modesti) e ha dovuto disdire il contratto collettivo di lavoro, aprendo un conflitto sociale con il personale. Secondo i sindacati del settore sanitario il sistema DRG può condurre a pressioni sui salari, ma anche a peggioramenti delle cure ai pazienti, spingendo a dimissionare anticipatamente i pazienti, anche quando non è sicuro che essi possano effettivamente curarsi al di fuori della struttura ospedaliera. Inoltre esiste il pericolo che delle importanti prestazioni mediche non vengano elargite, poiché gli ospedali ricevono delle somme

forfetarie indipendentemente dalle prestazioni realmente fornite. In questo modo casi di cure insufficienti o sbagliate sarebbero inevitabili. Anche la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana ha affermato nella sua ultima presa di posizione di essere preoccupata a questo riguardo.

Abbiamo per questo motivo chiesto qual è l'esperienza con i DRG da parte dell'EOC, che ha anticipato l'applicazione del sistema, destinato ad entrare in vigore obbligatoriamente in tutta la Svizzera nel 2012: l'EOC ci ha trasmesso la seguente nota del lic. oec. Danilo Beffa, vicedirettore e capo Area Finanze, controlling e ICT.

“L'Ente ospedaliero cantonale utilizza i DRG da ormai una decina d'anni e il giudizio che ne trae è sicuramente positivo. Dal profilo gestionale/finanziario il sistema è molto più trasparente, favorisce valutazioni precise dei processi di cura interni all'istituto e consente di fatturare le prestazioni in modo corretto tenendo conto dell'effettivo valore della prestazione erogata, ossia ognuno paga in base a quello che ha ricevuto. D'altro canto l'esperienza fin qui condotta ha dimostrato che non esistono controindicazioni dal profilo sanitario né sulla durata della degenza in ospedale né sulla qualità delle cure.

Il sistema DRG, in particolare il sistema APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups), variante applicabile a tutti i pazienti degenti in un ospedale somatico acuto, è stato introdotto all'EOC nel 1998 dapprima unicamente con obiettivi di tipo gestionale. A questa prima fase, che consentì di delimitare, confrontare e valorizzare i processi di cura interni, ne è seguita una seconda, di tipo sperimentale, che introdusse un nuovo tipo di rapporto con gli assicuratori malattia. In particolare tutte le fatture per ricoveri in camera comune inviate agli assicuratori malattia del Gruppo Helsana, dal 2003 furono elaborate secondo le regole definite dal sistema APDRG, ossia la fattura venne emessa in base alla patologia e non più in base al costo della giornata di cura. Preso atto dei risultati positivi della fase pilota, nel 2005 iniziò la terza fase con l'allargamento del sistema a tutti gli assicuratori (malattia e infortuni), a tutte le classi di degenza e con l'inclusione anche della parte relativa agli onorari dei medici. Rimangono tuttora escluse da questo sistema di finanziamento ospedaliero le attività riabilitative svolte dalla Clinica di riabilitazione di Novaggio e dall'Ospedale di zona di Faido.

L'esperienza vissuta in questi anni con il nuovo sistema di gestione e fatturazione per patologia, che dal 2012 sarà obbligatorio per tutti gli istituti elvetici nell'ambito del progetto SwissDRG, ha dimostrato che lo stesso rappresenta una corretta e trasparente modalità di finanziamento ospedaliero a tutto vantaggio della gestione dei costi, del “benchmarking”, dei rapporti interni e di quelli con gli assicuratori. Per il personale l'introduzione dei DRG all'EOC non ha avuto alcun effetto negativo.

Dal profilo sanitario in questi anni la degenza media negli ospedali pubblici si è abbreviata ciò che ha consentito anche di ottenere degli evidenti risparmi. Sarebbe azzardato però mettere in relazione questo fenomeno con l'introduzione dei DRG in quanto si tratta di una tendenza comune nel mondo ospedaliero e in atto già da ben prima l'introduzione dei DRG. Per contro si può affermare che il sistema DRG non ha avuto nessun effetto negativo in ambito sanitario contrariamente a quanto sembrerebbe sia avvenuto in altri Stati, quali per esempio la Germania, e ciò è dimostrato dal sondaggio svolto lo scorso anno da Comparis dove un'elevata percentuale di pazienti curati negli ospedali dell'EOC ha esternato la propria soddisfazione per i trattamenti e le cure di cui hanno beneficiato.

La pressione sui costi nel mondo ospedaliero e in generale in tutto quello sanitario esiste e si accentuerà ancora nei prossimi anni. Le cause però non vanno ricercate nei sistemi di finanziamento bensì nella continua crescita dei bisogni e dei costi che la società e l'economia in generale fanno sempre più fatica a sopportare.”

Le valutazioni dell'EOC sono per il momento rassicuranti, ma si tratta di una questione che dovrà essere considerata con attenzione in vista del nuovo sistema di finanziamento degli istituti ospedalieri privati e pubblici nel 2012.

5. DIMINUZIONE DI DEGENZE E AUMENTO DEI LETTI NON OCCUPATI

Forniamo qui alcune indicazioni del 25.11.2008 del Consiglio di Stato fornite alla Commissione in merito ai quesiti sollevati in ambito del consuntivo 2007 dal collega Caimi:

5.1 La diminuzione delle degenze (numero di giornate) è un fenomeno che tocca tutti gli ospedali acuti, quindi anche l'EOC e che riguarda tutte le classi di degenza e non solo la camera comune. Ciò è dovuto, in particolare, ai costanti progressi della medicina, segnatamente da quello tecnologico e delle tecniche di cura, che incidono positivamente sulla degenza media per paziente, in costante diminuzione. Per l'EOC: consuntivo 2002: 9.17 giorni; consuntivo 2007: 8.49 giorni; previsione 2009: 8.27 giorni. Questa tendenza si riflette simmetricamente in un aumento dell'attività ospedaliera ambulatoriale.

5.2 Un tasso di occupazione medio dell'87% (consuntivo 2007) non significa che ci siano dei letti in esubero. Si rileva innanzitutto che si tratta di una media annuale con evidenti possibili oscillazioni, anche importanti. D'altra parte, la degenza media sempre più breve implica un *turnover* di pazienti sempre più elevato, con conseguente necessità di disporre di più letti nello stesso momento. Inoltre si rileva che le medie di occupazione raggiunte dall'EOC sono in linea con i tassi medi registrati a livello svizzero per strutture ospedaliere analoghe. Si osserva infine che gli assicuratori (*santésuisse*) nell'ambito del riconoscimento delle tariffe, considera un tasso di occupazione per gli ospedali regionali (Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio) dell'85% e del 90% per gli ospedali di zona (Faido e Acquarossa).

5.3 Un minor numero di letti non significa automaticamente un minor costo. Il costo di una degenza è infatti costituito per circa l'80% da costi fissi (infrastruttura) e relativamente fisso (personale). Di conseguenza una diminuzione di singoli posti letto potrebbe avere un'incidenza sui costi non immediata. Per contro, diverso è il discorso se si dovessero chiudere degli interi reparti (riduzione di costi fissi), in questi casi la diminuzione dei costi per la struttura stazionaria interessata è chiara.

6. CONCLUSIONI

Il Consiglio di Stato nel Preventivo 2009, conto 364.002 CRB 295, ha ripreso l'importo calcolato per il contributo globale all'EOC nell'ambito della preparazione del contratto di prestazione: fr. 167'509'700.

Il calcolo per il contratto (Messaggio 6130 del 14.10.2008) si è basato sul dato del rincaro stimato dal SECO, disponibile a quel momento: agosto 2008, 2.5%.

Il nuovo importo di fr. 165'840'600.-- è invece calcolato in base ai dati attuali (situazione novembre), segnatamente un tasso di rincaro dell'1.5%.

La Commissione della gestione e delle finanze invita ad approvare il decreto legislativo allegato al rapporto, concernente l'approvazione del contributo globale 2009 dell'EOC.

Per la Commissione gestione e finanze:

Raoul Ghisletta, relatore

Bacchetta-Cattori - Beltraminelli - Bertoli -

Bobbià - Celio - Foletti - Gobbi N. - Lurati -

Orelli Vassere - Pinoja - Righinetti - Vitta

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'approvazione del contributo globale 2009 dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visti gli articoli 25 lett. b), 27 lett. b), 29 e 30 della Legge sull'EOC del 19.12.2000;
- visto il messaggio 14 ottobre 2008 n. 6130 del Consiglio di Stato ed i relativi contratti di prestazione (quadro 2006-2009 e annuale 2009);
- -visto il rapporto 15 dicembre 2008 n. 6130 R della Commissione della gestione e delle finanze;
- considerata la decisione del TF delle assicurazioni del 30 novembre 2001, nonché la Legge federale dell'11 giugno 2002 e la successiva modifica del 21 dicembre 2007,

d e c r e t a :

Articolo 1

L'ammontare del contributo globale del 2009, di fr. 165'840'600.--, è approvato.

Articolo 2

L'ammontare di fr. 26'338'400.-- quale finanziamento a carico dello Stato delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati è approvato.

Articolo 3

Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.