



Helsana

Impegnata per la vita.

Rapporto Helsana

Evoluzione delle quantità nell'assicurazione di base

Autore

Pius Gyger, Economista sanitario

**Con la collaborazione di**

Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Wolfram Strüwe,
Manuel Elmiger, Can Arikan, Dragana Glavic-Johansen

Layout: Eigelb – Atelier für Gestaltung

Foto: iStock (Sohl/B&M Noskowski)

Stampa: Stämpfli AG

Settembre 2019

Indice

Prefazione	2-3
Obiettivo	4-5
Evoluzione delle quantità	6-83
Malati	6-9
Trattamenti negli ospedali	10-19
Trattamenti ambulatoriali in ospedale e dal medico	20-45
– Tarmed - Consultazioni	20-29
– Durata delle consultazioni	30-37
– TARMED - Prestazioni	38-43
– Quota di assicurati con diversi medici	44-45
Fruizione di medicinali	46-51
Cure	52-55
Psichiatria	56-73
– Consultazioni ambulatoriali	56-63
– Psicofarmaci ambulatoriali	64-71
– Psichiatria stazionaria	72-73
Prestazioni tecniche / Diagnostica	74-81
– Imaging	74-79
– Laboratori	80-81
Urgenze bagatella nell'ambulatorio ospedaliero	82-83
Discussione	84-88
Domanda – induzione dell'offerta	84-85
La sfida dell'evoluzione quantitativa	85-86
Ruolo degli assicuratori	86-88
Conclusioni	90-91
Metodica	92-93

Prefazione

L'evoluzione dei costi nel settore sanitario conosce un'unica tendenza: la crescita. I premi seguono tale evoluzione e pertanto ogni autunno il Consiglio federale annuncia nuovi aumenti. Nelle discussioni politiche il tema degli aumenti quantitativi è ormai da tempo all'ordine del giorno. Ma quali sono i fattori che provocano una richiesta crescente delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)? Questa pubblicazione è dedicata a tale domanda e presenta cifre e fatti concernenti la fruizione delle prestazioni sanitarie.

Oltre alle fonti di pubblico dominio dell'Ufficio federale della sanità pubblica e dell'Ufficio di statistica, sono stati utilizzati anche i dati anonimizzati di oltre 1,2 milioni di assicurati Helsana. Questo consente di osservare da prospettive differenti aspetti specifici della fruizione e dell'evoluzione quantitativa dell'AOMS.

L'evoluzione delle quantità resta una sfida enorme. Si constata che i pazienti sono trattati sempre più spesso, con maggiore intensità e da un numero costantemente crescente di fornitori di prestazioni. I medici di base hanno sempre meno tempo a disposizione e i pazienti si rivolgono sempre più spesso direttamente agli specialisti e agli ospedali. L'aumento delle consultazioni ambulatoriali in pronto soccorso o delle misure diagnostiche mostrano chiaramente che nel processo della fornitura di prestazioni è insito un notevole potenziale di miglioramento e di risparmio. Affrontare questi sviluppi sarà, in futuro, una delle principali sfide del sistema sanitario. Il coordinamento e il controllo della fornitura di prestazioni mediche diventeranno sempre più importanti.

Di regola sono i pazienti e i fornitori di prestazioni a decidere quando e quali misure mediche vadano prese. Su tali decisioni influiscono il nostro sistema sanitario organizzato su piccola scala e fortemente frammentato, insieme con diversi fattori, in parte individuali.

Decisioni politiche affrettate non consentono di raggiungere l'obiettivo desiderato. I miglioramenti dovrebbero essere introdotti con calma e con la necessaria lungimiranza. Innanzitutto, la questione riguarda gli attori che agiscono concretamente, perché fanno parte di questi processi di cambiamento e sono coinvolti più da vicino.

A favore di un approvvigionamento sanitario sostenibile il presente rapporto di Helsana sulle quantità intende contribuire alla trasparenza, in particolare anche per i nostri clienti. Speriamo che esso susciti un vivo interesse, auguriamo una lettura interessante e saremo lieti di ricevere suggerimenti costruttivi, il tutto nel quadro di un dibattito mirato.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsabile Politica sanitaria

Obiettivo

Perché le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono sempre più richieste? Quali sono i motivi? Nel dibattito politico sul tema della salute non domina certo l'unità di vedute. Pertanto, non stupisce nemmeno che contro tali sviluppi si suggeriscano le ricette più diverse. Su un punto sono tutti d'accordo: maggiori quantità equivalgono fin troppo spesso a maggiori costi.

Nei dibattiti sono numerose le voci di coloro che vorrebbero regolamentare la fruizione delle prestazioni sanitarie. Però quali misure mediche si debbano prendere viene deciso fra paziente e fornitore di prestazioni, nel quadro di situazioni che non si possono osservare con esattezza e sono difficili da standardizzare.

Sono diversi i fattori che influiscono sulla decisione:

- fattori di natura psichica, come la paura dei pazienti o la mentalità del medico orientata alla sicurezza;
- atteggiamenti personali, come per esempio la fede nella tecnologia o l'avversione ai farmaci;
- fattori finanziari, come i costi o la cifra d'affari dei fornitori di prestazioni o la partecipazione dei pazienti ai costi;
- il livello delle conoscenze dei fornitori di prestazioni, come pure dei pazienti (decisioni basate sull'evidenza, health literacy);
- l'ambiente in cui vivono i pazienti (situazione familiare o dei parenti).

Tutta questa gamma di possibili parametri rispecchia anche le diverse ottiche giuridica ed economica riguardo ai ruoli dei fornitori di prestazioni e dei pazienti.

Per esempio, per il diritto civile il rapporto fra medico e paziente è un mandato, così che il paziente è un mandante ed è quindi lui a prendere le decisioni. Simultaneamente la legge sull'assicurazione malattie (LAMal) parte dal presupposto che tutto quello che decide il medico insieme con il paziente sia fundamentalmente efficace, appropriato ed economico (principio della fiducia). Infine, dal punto di vista economico, si parte dal presupposto che sia il medico a decidere (domanda indotta dall'offerta) e che, data la copertura assicurativa, il paziente non si curi di limitare la domanda (moral hazard).

Sui diversi modi di vedere il sistema, combinati in maniere differenti, influiscono quindi pesantemente le più diverse circostanze individuali della relazione medico-paziente. Non c'è quindi da stupirsi se sul piano operativo concreto l'applicazione della triade efficacia, appropriatezza, economicità (EAE) nell'ambito della LAMal rappresenta una sfida enorme.

Il rapporto di Helsana sulle quantità è focalizzato sulla presentazione di fatti e tendenze che si possono replicare da fonti di pubblico dominio e dai dati dei conteggi. Essenzialmente, su questa base non si può fare distinzione né fra prestazioni «giustificate» e «ingiustificate» né stabilire se l'assistenza medica sia divenuta «migliore» o «peggiore».

Infine, si intende migliorare la conoscenza della situazione effettiva, aumentare la trasparenza e rendere possibile una disamina mirata della realtà. Nel migliore dei casi diminuisce l'importanza delle decisioni di politica sanitaria basate su semplici supposizioni.

Evoluzione delle quantità

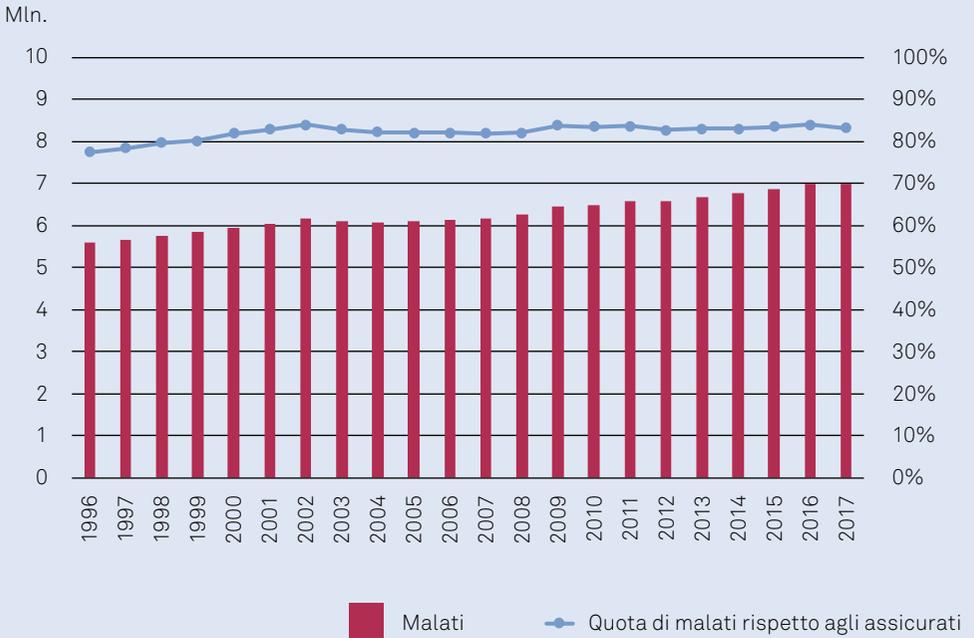
Malati

Secondo la statistica dell'assicurazione malattia dell'UFSP, i malati corrispondono al numero di persone assicurate che nell'anno in esame hanno fruito almeno una volta di prestazioni ambulatoriali o stazionarie.

Mentre dal 1996 al 2017 il numero di malati è cresciuto del 25%, da circa 5,6 milioni a 7 milioni, nel periodo 1996 – 2002 la loro percentuale rispetto alla popolazione complessiva è aumentata dal 79% a circa l'83%. Da allora questo valore è rimasto stabile.

In Svizzera la percentuale di malati nella popolazione totale è rimasta stabile.

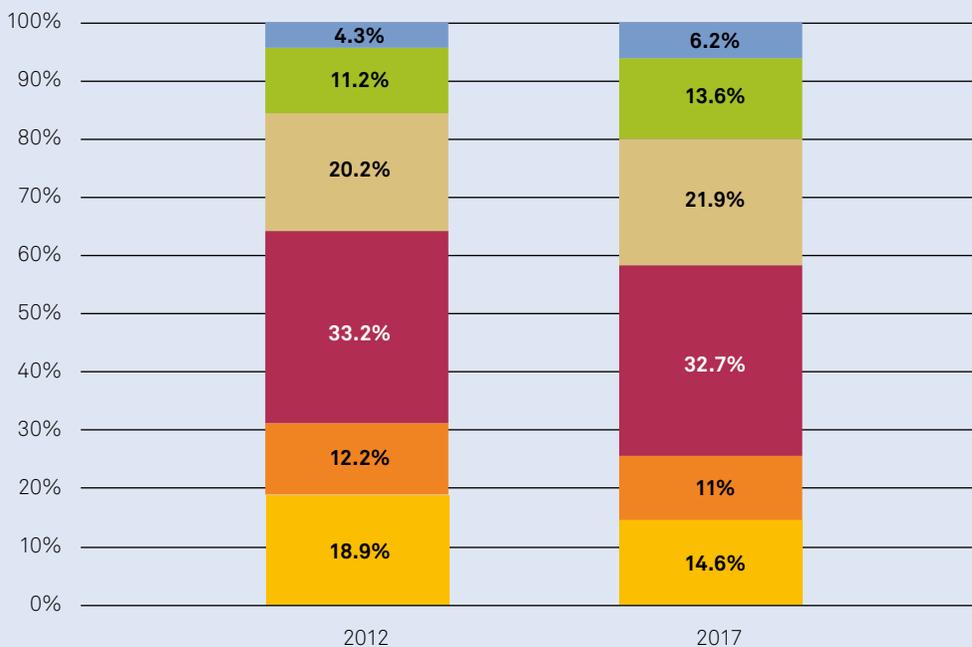
1 | Evoluzione del numero di malati nella popolazione



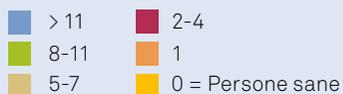
Invece, nel corso del tempo, è aumentato il numero di fornitori di prestazioni differenti per singolo assicurato. La quota di assicurati senza un contatto con un fornitore di prestazioni è diminuita da circa il 19% al 14,6%. Il numero di assicurati che hanno ricevuto trattamenti da più di undici differenti fornitori di prestazioni è aumentato di quasi il 50%.

Gli assicurati ricorrono in misura crescente a differenti fornitori di prestazioni.

2 | Numero medio di fornitori di prestazioni a cui si rivolge un singolo assicurato



Numero di differenti fornitori di prestazioni

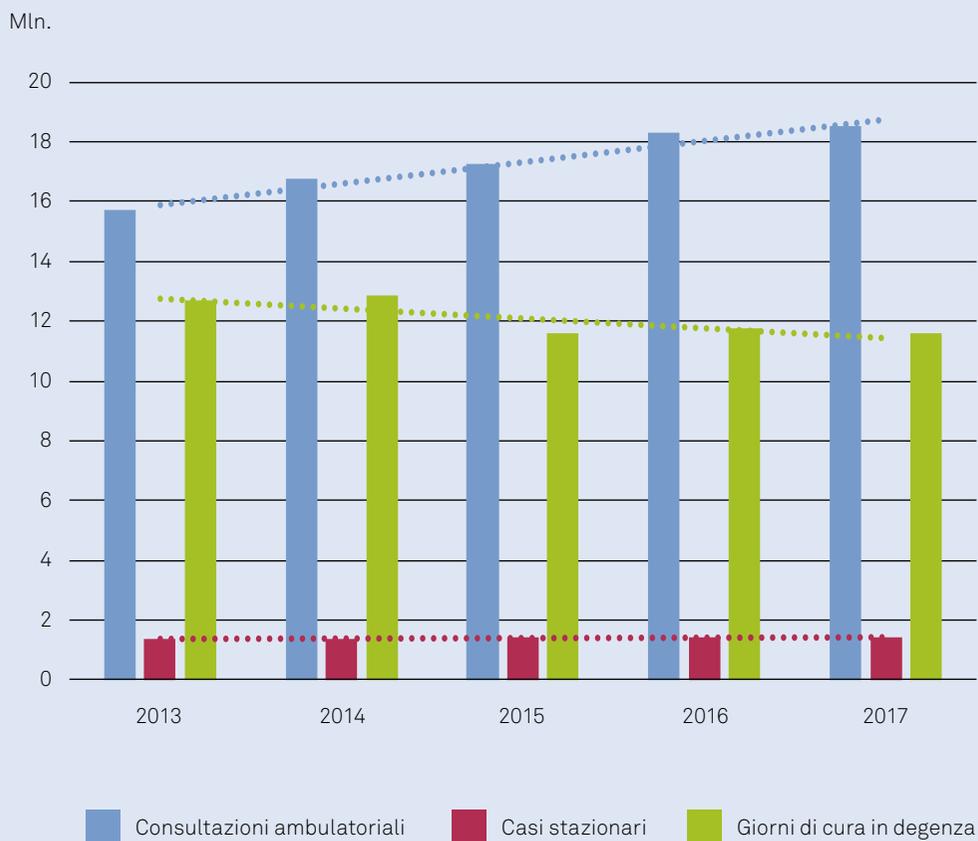


Trattamenti negli ospedali

Dal 2013 il numero di casi nel settore stazionario, infortuni compresi, è aumentato di circa 65 000 unità, il che corrisponde a un aumento di circa il 5%. Invece i giorni di cura per le degenze in ospedale sono diminuiti di circa un milione. In compenso, il numero di consultazioni ambulatoriali negli ospedali è cresciuto di quasi 3 milioni, pari a un notevole aumento del 18%.

La quota di casi stazionari pro capite è rimasta costante. Invece le consultazioni ambulatoriali in ospedale sono aumentate a ritmo costante. Ciò potrebbe anche dipendere dal progresso tecnico dei metodi di trattamento ambulatoriali. Inoltre, con l'introduzione del sistema SwissDRG, gli ospedali sono interessati a ridurre la durata delle degenze e a fare attenzione al numero di casi. Recentemente Confederazione e Cantoni hanno cercato di prescrivere «elenchi ambulatoriali», indicando quali trattamenti vanno fatti in ambulatorio invece che in degenza. Tali elenchi intendono rafforzare lo spostamento verso il settore ambulatoriale, che comunque si sta già verificando. Il motivo di fondo è però puramente finanziario: nel caso degli interventi ambulatoriali assicuratori e assicurati finanziano integralmente i costi, mentre nel caso degli interventi stazionari i Cantoni devono assumersene almeno il 55%. Con tali prescrizioni obbligatorie i Cantoni riducono il proprio onere finanziario a scapito di altri ma il miglioramento della situazione dei costi complessivi è irrilevante.

3 | Evoluzione delle quantità negli ospedali



Le consultazioni non riguardano soltanto quelle nel settore TARMED, ma anche tutti i contatti per diagnostica e trattamenti ambulatoriali, comprese chirurgia di giorno, radioterapia, endoscopie, immaginiografie, ecc. In termini assoluti non è possibile paragonare giorni di cura, casi stazionari e consultazioni. La figura mostra però chiaramente la differenza delle singole tendenze.

La tendenza verso l'«ambulatoriazione» si rispecchia anche nell'aumento del numero di consultazioni ambulatoriali in ospedale per singolo assicurato, mentre il numero di casi stazionari per singolo assicurato è rimasto quasi costante. Questa tendenza potrebbe essere spiegata con il progresso tecnico e le maggiori comodità che ne derivano per i pazienti.

	Consultazioni ambulatoriali per singolo assicurato	Casi stazionari per singolo assicurato
2013	1.957	0.171
2014	2.061	0.171
2015	2.090	0.170
2016	2.194	0.173
2017	2.209	0.172

Tabella 1: Consultazioni ambulatoriali e casi stazionari per singolo assicurato

Sono sempre più numerosi i pazienti trattati ambulatorialmente in ospedale. Finora la tendenza verso l'«ambulatoriazione» in campo ospedaliero si è affermata senza bisogno di misure specifiche di finanziamento o adeguamenti dei sistemi tariffali.

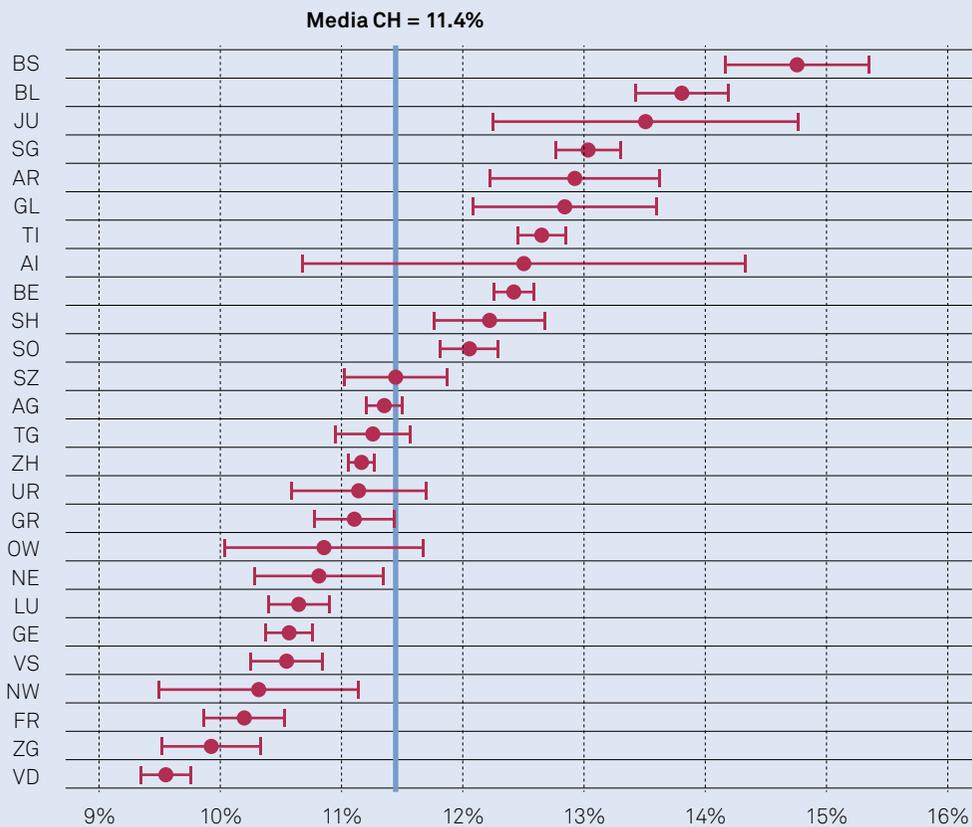


In Svizzera, a livello nazionale, la probabilità di una degenza in ospedale per singolo assicurato è aumentata dal 10,5% nel 2012 al 12,4% nel 2017.

La percentuale della popolazione con almeno una degenza ospedaliera all'anno varia molto da un Cantone all'altro e va dal 9% al 14%.

I Cantoni Vaud, Zugo e Friburgo hanno la percentuale più bassa di degenze ospedaliere per singolo assicurato. La percentuale maggiore si registra nei due Cantoni di Basilea. Malgrado la tendenza all'«ambulatoriazione», in tutti i Cantoni la probabilità di una degenza ospedaliera è leggermente aumentata. Tendenzialmente, nella Svizzera francese la frequenza di ospedalizzazione – epurata dagli effetti dell'età – risulta più bassa che nel resto della Svizzera. Possibili spiegazioni a questo riguardo sono le strutture delle offerte stazionarie e ambulatoriali, la struttura della popolazione e/o differenze di natura culturale. Non sorprende per esempio il risultato del Cantone di Ginevra: Ginevra è un Cantone con una forte prevalenza delle strutture ambulatoriali. Questo si rispecchia nei costi dell'AOMS, perché a differenza del settore stazionario devono essere assunti integralmente dagli assicuratori. Ginevra è in testa alla classifica per quanto concerne l'intensità e la frequenza dei trattamenti ambulatoriali.

4 | Frequenza di ospedalizzazione secondo i Cantoni (2017)

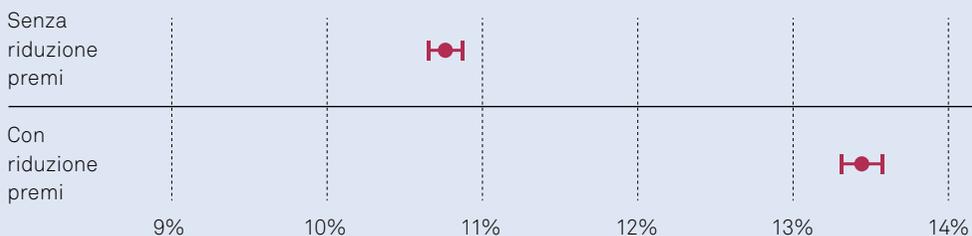


Molti studi, anche internazionali, mostrano come vi sia una correlazione fra morbilità da una parte e formazione, reddito e sostanza, dall'altra parte. Inoltre, le persone facoltose scelgono più spesso franchigie opzionali. Gli assicurati che usufruiscono di una riduzione dei premi sono ospedalizzati con una frequenza decisamente maggiore (v. Figura 5).

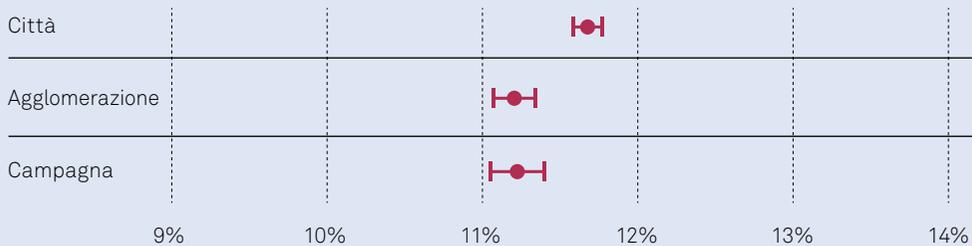
Le differenze della frequenza fra la popolazione urbana e quella non urbana sono relativamente modeste.

Nel caso degli assicurati che beneficiano di una riduzione dei premi la probabilità di un'ospedalizzazione è maggiore che per gli altri assicurati.

5 | Frequenza di ospedalizzazione con e senza riduzione dei premi

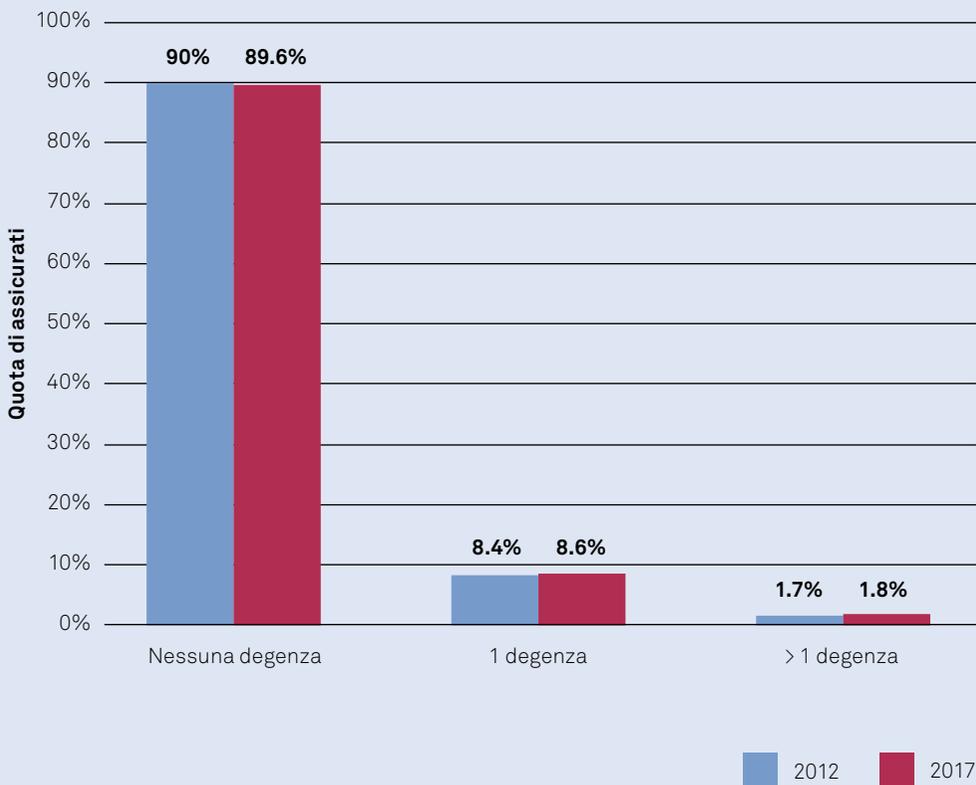


6 | Frequenza di ospedalizzazione della popolazione urbana e non urbana



Nel corso del tempo si osserva soltanto un leggero aumento della quota di assicurati con una o più degenze in diversi ospedali. La fruizione di diversi ospedali cresce in modo lineare con l'aumento della popolazione.

7 | Degenze in diversi ospedali



Trattamenti ambulatoriali in ospedale e dal medico

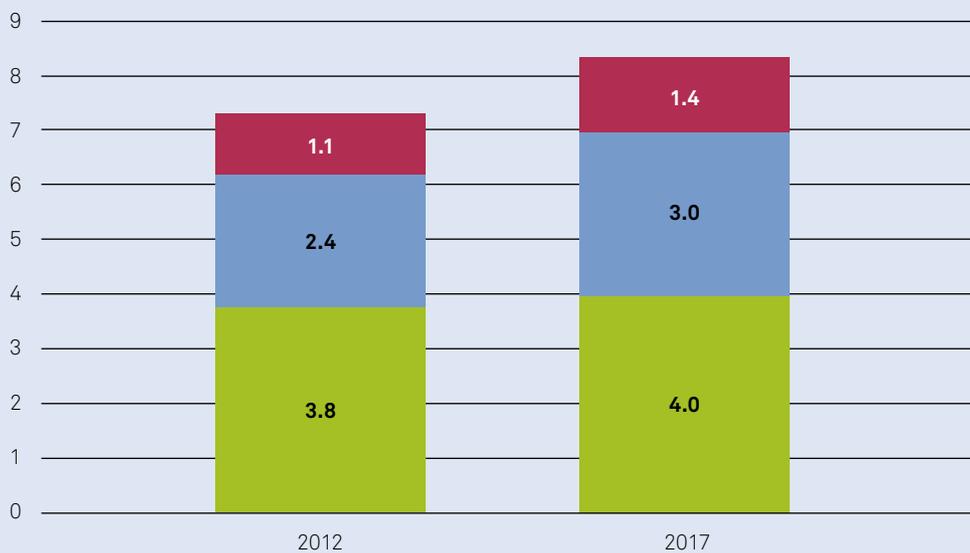
TARMED è la tariffa uniforme a livello nazionale, che viene applicata negli studi medici e nel settore ambulatoriale ospedaliero per il conteggio delle prestazioni fornite. Comprende oltre 4 600 posizioni e quasi tutte le prestazioni sia degli studi medici sia del settore ambulatoriale ospedaliero. A ogni prestazione viene assegnato un determinato numero di punti tariffali, secondo il tempo necessario, la difficoltà e l'infrastruttura necessaria. Inoltre, TARMED fa distinzione fra prestazioni mediche e prestazioni tecniche. Su questa base, utilizzando i dati dei conteggi, si possono generare diversi indici.

Il numero di punti tariffali, le consultazioni, ma anche la durata delle prestazioni a tempo fornite al paziente possono essere determinati in questo modo. Se inoltre si calcola con il numero dei tempi assegnati alle posizioni della tariffa, si possono determinare la durata del trattamento e il tempo impiegato per ogni consultazione e paziente o per ogni specialità. Eventualmente i tempi stabiliti nel TARMED differiscono dai tempi impiegati effettivamente. Dato però che la struttura tariffale è rimasta praticamente invariata fra il 2012 e il 2017, malgrado gli errori di tale struttura si può mostrare almeno molto bene come sono cambiati i tempi di consultazione e le consultazioni nel corso del tempo.

TARMED - Consultazioni

La popolazione svizzera consulta sempre più spesso i medici e gli ambulatori ospedalieri. Fra il 2012 e il 2017 il numero medio di consultazioni di specialisti è aumentato per ogni assicurato da 2,4 a 3,0 (+23,3%) e da 1,1 a 1,4 (+22,4%) nel caso degli ambulatori ospedalieri. Sono tassi di crescita enormi. Risulta minore l'aumento del numero medio di consultazioni dei medici di base (MB) per singolo assicurato; infatti è aumentato soltanto da 3,8 a 4,0 (+5,6%).

8 | Consultazioni di medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri



Numero di consultazioni

 Ospedale

 Specialista

 Medico di base

Il numero assoluto di consultazioni cresce per tutti e tre i gruppi di fornitori di prestazioni. Questi sviluppi variano molto da un Cantone all'altro. Per esempio, nei Cantoni di Giura e Sciaffusa si nota una diminuzione per i medici di base, malgrado in tutti gli altri Cantoni e gruppi si registri ovunque una crescita. Il tasso di crescita più basso per gli specialisti si ha nel Canton Giura. In altri Cantoni i tassi di crescita per gli specialisti arrivano a superare il 50%. Non pare esista una correlazione fra l'aumento delle consultazioni dei medici di base e degli specialisti o degli ambulatori ospedalieri. Tanto meno si notano chiare differenze fra l'ambiente urbano e quello rurale o fra la Svizzera francese e le altre regioni del Paese.

La crescita del numero di consultazioni ambulatoriali di specialisti e ambulatori ospedalieri registra in parte valori veramente esorbitanti, che superano il 70%. Questo specialmente rispetto ai valori dei medici di base, che si attestano intorno al 20%.

Il numero di consultazioni ambulatoriali cresce notevolmente sia nel caso dei medici di base e degli specialisti, come pure degli ambulatori ospedalieri. Nel caso dei medici di base questa crescita è notevolmente minore.

9 | Crescita delle consultazioni secondo i fornitori di prestazioni e i Cantoni



Tasso di crescita

■ Ospedale

■ Specialista

■ Medico di base

Per tale motivo in questo periodo la quota di consultazioni ambulatoriali TARMED dei medici di famiglia, misurata in base alla somma di tutte le consultazioni TARMED di medici di base, specialisti e in ospedale è diminuita, e questo in tutti i Cantoni. Nella misura maggiore però nei Cantoni prevalentemente rurali della Svizzera tedesca. Soltanto nei Cantoni di Ginevra e Neuchâtel la quota è diminuita anche negli ospedali.

Da parecchio tempo la copertura con medici di base è in diminuzione. Inoltre, l'accessibilità degli ambulatori ospedalieri è molto elevata e spesso è più facile avere gli specialisti che non i medici di base, che sono sovraccarichi di appuntamenti. Questi potrebbero essere i motivi per lo spostamento dai medici di base verso gli ambulatori ospedalieri e gli specialisti.

I pazienti sono trattati più frequentemente dagli specialisti e dagli ambulatori ospedalieri. Di conseguenza è aumentata l'importanza di questi due settori dell'assistenza sanitaria.

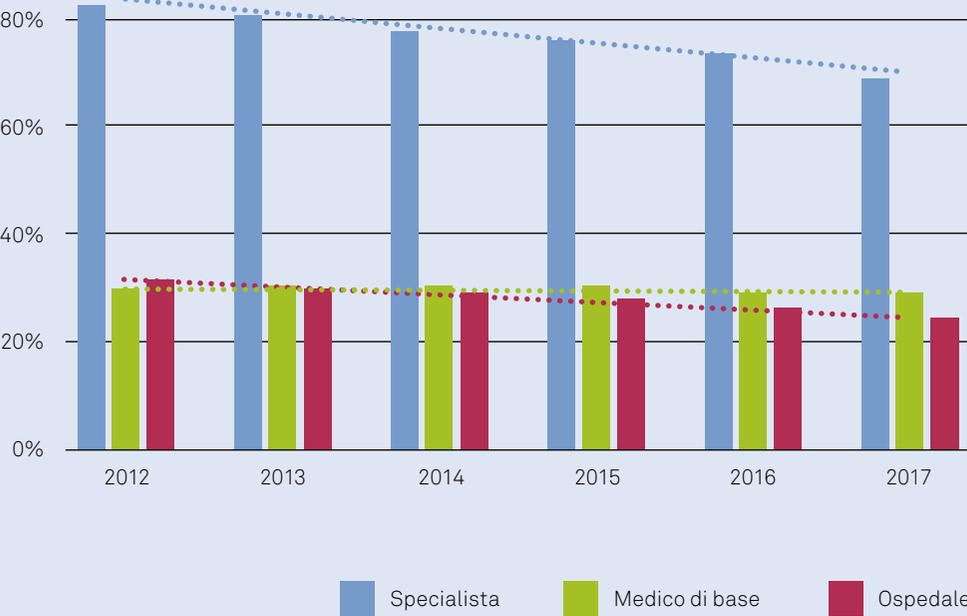
10 | Evoluzione delle quote di consultazioni fra medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri



Vi sono pure notevoli differenze delle consultazioni in base al sesso. Le donne ricevono un trattamento ambulatoriale più spesso degli uomini. Nel 2012 le consultazioni di specialisti pro capite sono state l'83% più frequenti nel caso delle donne che non degli uomini. Nel 2017 questo valore era ancora il 70%. Negli ambulatori ospedalieri questo valore è sceso dal 31% al 24%. Nel caso dei medici di base la differenza di frequenza è costante, pari al 30%. Si presume che almeno una parte di questa differenza sia dovuta agli esami ginecologici.

Le differenze delle frequenze di consultazione per persona fra i due sessi diminuiscono.

11 | Frequenza delle consultazioni da parte di donne/uomini secondo il fornitore di prestazioni



Anche in base alle categorie di età si notano notevoli differenze quanto al numero di consultazioni per singolo assicurato. Quanto più avanzata l'età, tanto più frequente la richiesta di trattamenti medici. Nel periodo dal 2012 al 2017 il numero medio di consultazioni per singolo assicurato è aumentato in ogni classe di età – in massima parte di circa una consultazione. Spiegare questo cambiamento con una maggiore morbilità della popolazione complessiva o cambiamenti delle preferenze dei pazienti è troppo riduttivo. I motivi andrebbero ricercati piuttosto nelle situazioni del mercato sanitario indotte dall'offerta.

Fra il 2012 e il 2017 in ogni categoria di età la frequenza media delle consultazioni è aumentata, ma in misura maggiore nel caso degli ultrasessantenni.

12 | Consultazioni in base alla categoria di età



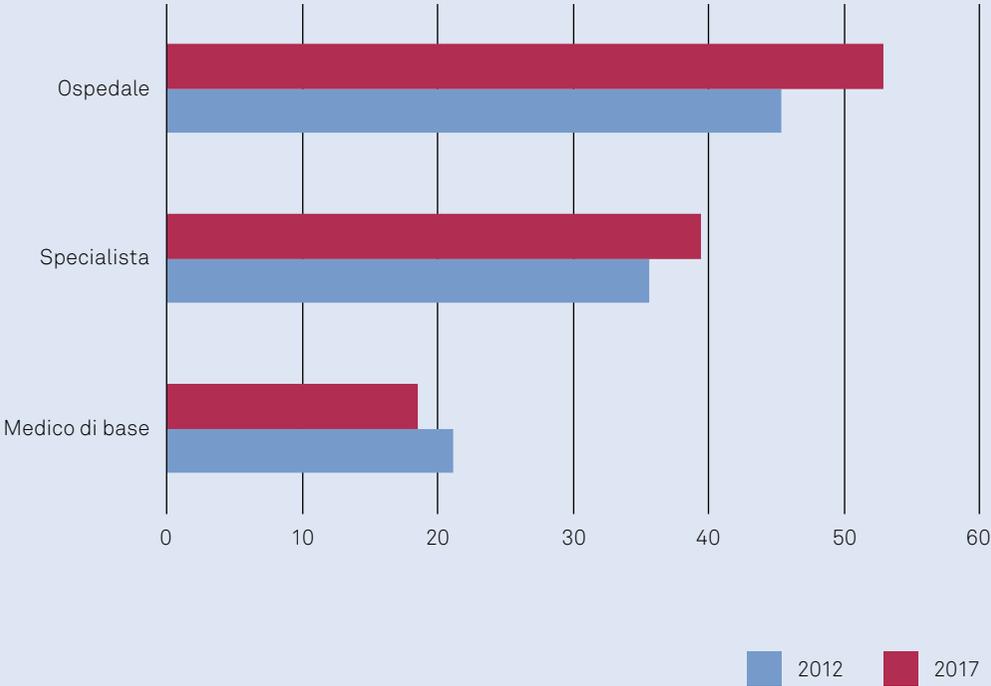
Durata delle consultazioni

Anche la durata media delle consultazioni varia notevolmente a seconda che il trattamento sia stato eseguito da un medico di base, uno specialista o in un ambulatorio ospedaliero. Dal 2012 al 2017 l'evoluzione presenta qualche differenza: mentre nel caso dei medici di base a livello nazionale la durata media delle consultazioni è diminuita di due minuti dal 2012 al 2017, nel caso degli specialisti è aumentata in media da 36 a 39 minuti e in ospedale da 45 a 53 minuti, ossia fino al 18%.

Eventualmente i trattamenti dei pazienti si spostano dalla medicina dialogata verso i settori prevalentemente tecnologico-intervenzionisti. È pensabile, come già menzionato, che ospedali e specialisti risultino più accessibili o che i pazienti apprezzino il fatto che ci sia più tempo a disposizione per accertamenti, diagnostica e informazione. Nella misura in cui esistono tali bisogni, specialisti e ambulatori ospedalieri sono comunque in grado di soddisfarli meglio. Può anche essere che specialisti e ambulatori ospedalieri dispongano semplicemente di maggiori capacità per un aumento della durata delle consultazioni.

Nel 2017, nell'assistenza sanitaria ambulatoriale di base, per il lavoro con il paziente si è impiegato meno tempo per singola consultazione rispetto al 2012. Invece nel settore ospedaliero e nel caso degli specialisti si registra il fenomeno inverso.

13 | Evoluzione della durata delle consultazioni



Se nel 2012 i pazienti hanno trascorso nell'ambulatorio ospedaliero o del medico 223 minuti, nel 2017 i minuti sono diventati 288, ossia quasi cinque ore. Il tempo che fra il 2012 e il 2017 gli assicurati hanno trascorso in media ogni anno nell'ambulatorio di un fornitore di prestazioni TARMED è aumentato a livello nazionale di quasi il 29%.

La durata pro capite dei trattamenti ambulatoriali della popolazione è aumentata in tutti i Cantoni. In testa vi sono i Cantoni di Ginevra, Basilea Città e Vaud. Nei Cantoni di Ginevra e Vaud le prestazioni a tempo per singolo assicurato sono relativamente lunghe, mentre i tassi di ospedalizzazione sono bassi (si veda il capitolo «Trattamenti negli ospedali»). Invece nel Cantone di Basilea Città non si osserva un tale trade-off.

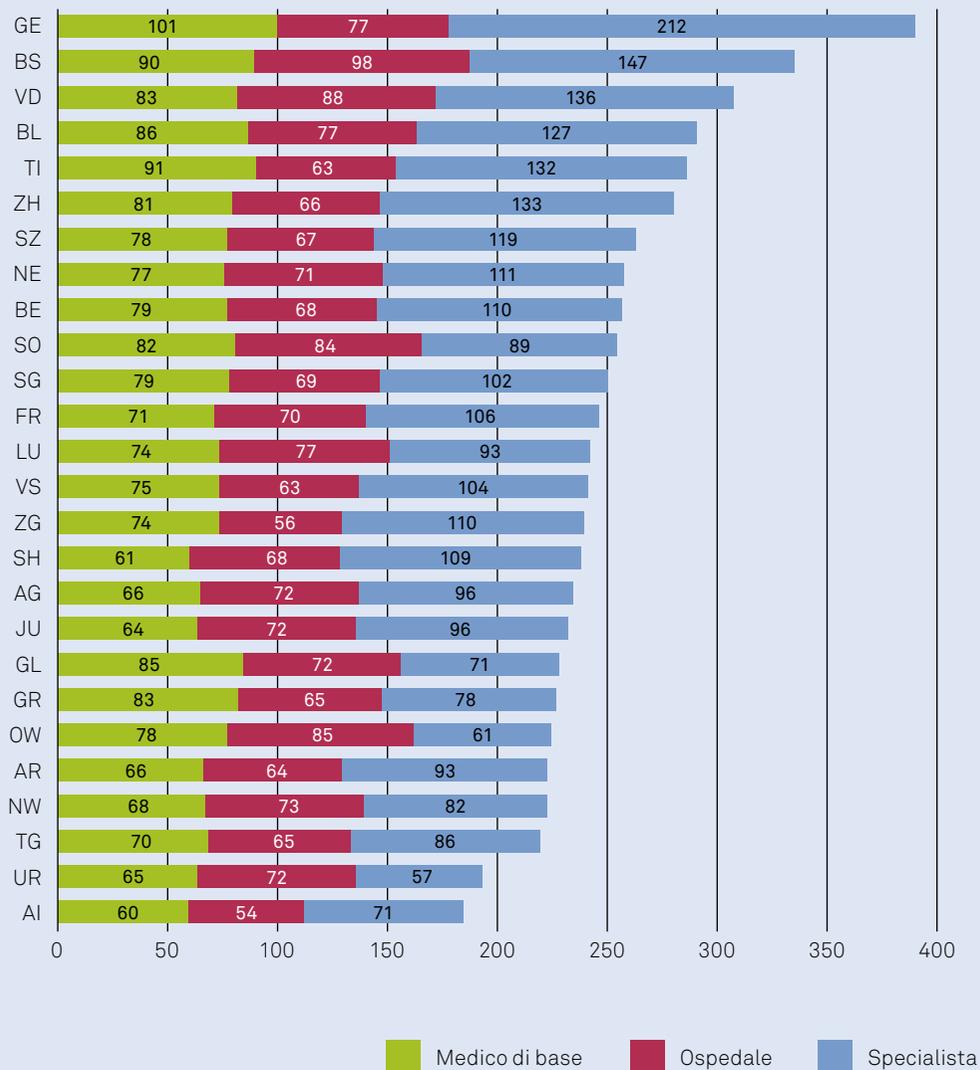
14 | Durata delle consultazioni (in minuti) di medici e ambulatori ospedalieri



Per le differenze secondo medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri il 2017 si presenta con il quadro seguente: mentre nel caso dei medici di base e degli ospedali i tempi sono distribuiti in misura relativamente omogenea in tutta la Svizzera, nel caso degli specialisti le differenze cantonali sono molto maggiori.

Specialmente nei Cantoni della Svizzera francese, prevalentemente urbani, le durate delle consultazioni degli specialisti da parte dei pazienti sono molto superiori alla media. Tale situazione si osserva specialmente nel Cantone di Ginevra. Si può senz'altro pensare che esista una correlazione con la tendenza all'«ambulatoriazione». Eventualmente i pazienti hanno bisogno di trattamenti più complessi. Più probabile è però che vi sia una correlazione fra l'offerta disponibile e la volontà dei fornitori di prestazioni di sfruttare le capacità (induzione dell'offerta).

15 | Durata delle consultazioni (in minuti) di medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri

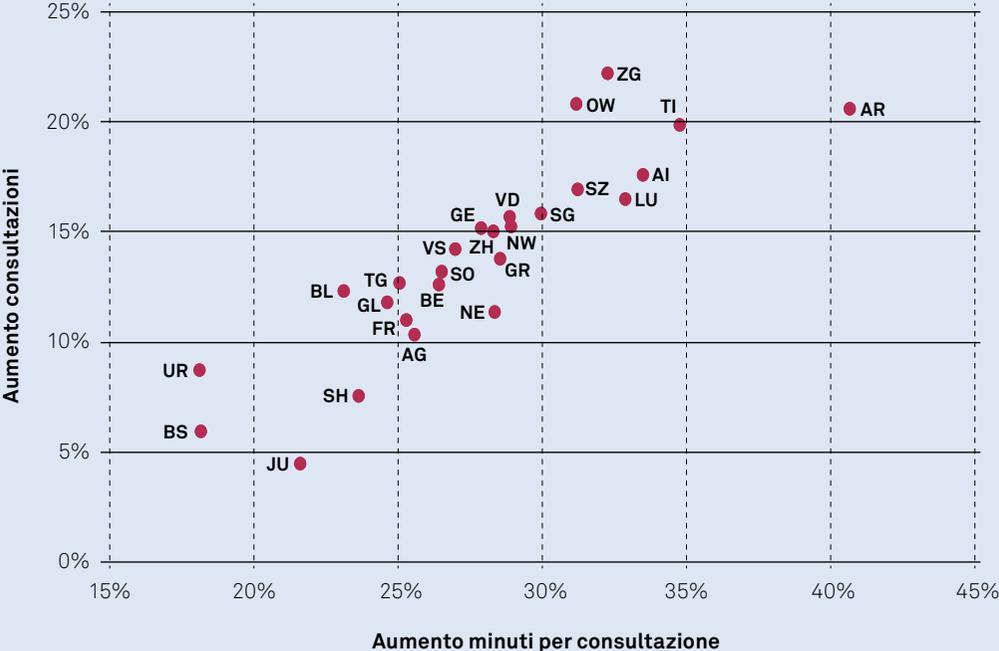


Se per il periodo 2012 – 2017 si rappresenta la crescita del numero di consultazioni per Cantone in funzione dell'aumento della durata media delle consultazioni per Cantone, si ottiene un quadro stupefacente. Si vede come nei Cantoni con un aumento elevato della durata delle consultazioni è maggiore anche la crescita della frequenza delle consultazioni.

Questa dipendenza potrebbe essere dovuta, da una parte, al fatto che nelle regioni con una relativa abbondanza di offerta siano i fornitori di prestazioni a promuovere le consultazioni e ad aumentarne la durata (induzione dell'offerta). Dall'altra parte sono eventualmente anche gli assicurati a richiedere più prestazioni di diagnostica e trattamento. Oppure la morbilità cambia da una Cantone all'altro in misura differente. Inoltre, specialmente nei piccoli Cantoni, è possibile che cambiamenti relativamente modesti del numero di malati abbiano un effetto relativamente grande sulla percentuale.

Dal 2012 in tutti i Cantoni i trattamenti nel settore ambulatoriale sono notevolmente più frequenti e più intensi.

16 | Aumento delle consultazioni e della loro durata (in minuti)



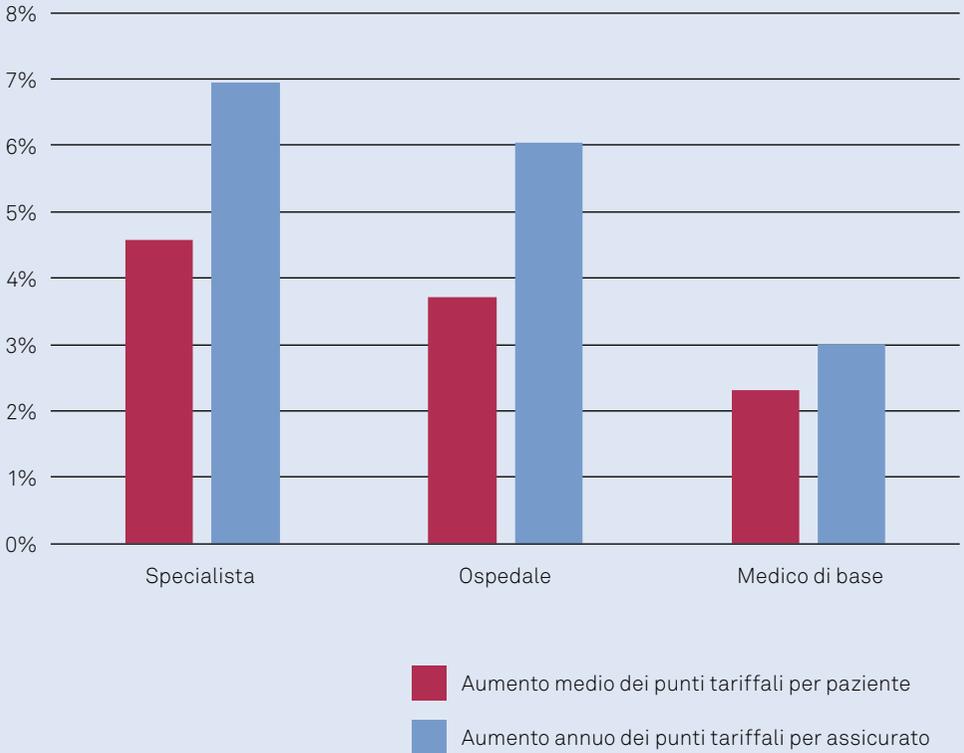
TARMED - Prestazioni

La tariffa per singola prestazione TARMED comprende diversi capitoli. Il capitolo 00 comprende per esempio le prestazioni di base, mentre nel capitolo 08 si trovano le prestazioni relative agli occhi. Alle singole prestazioni del TARMED sono assegnati punti tariffali. Per esempio, alla prestazione Consultazione primi 5 min nel capitolo 00 vengono assegnati 18,61 punti tariffali. I dati del conteggio consentono di esporre i punti tariffali fatturati.

Nelle rappresentazioni seguenti è considerato paziente chi ha fruito di una prestazione almeno una volta all'anno ed è stato registrato tramite il sistema di assicurazione malattia.

La crescita annua dei punti tariffali per singolo assicurato e per singolo paziente è enorme, ma nel caso degli assicurati è superiore a quella per singolo paziente. Questo conferma che nell'ambito del TARMED i pazienti ricevono prestazioni sempre più intense e, al contempo, gli assicurati ne fruiscono sempre più spesso. Peraltro, le frequenze aumentano in misura maggiore dell'intensità dei trattamenti.

17 | Crescita TARMED nel caso di medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri



Negli anni dal 2012 al 2017 le prestazioni erogate da tutti i fornitori sono aumentate praticamente in modo lineare e in misura massiccia. Nel caso dei medici specialisti da 3,7 a 5,6 miliardi (+51%), degli ambulatori ospedalieri da 3,1 a 4,3 miliardi (+39%) e dei medici di base da 2,4 a 2,9 miliardi (+21%). Pertanto, dal 2012 al 2017 i punti tariffali fatturati agli assicuratori da specialisti e ambulatori ospedalieri crescono in misura molto maggiore di quelli dei medici di base.

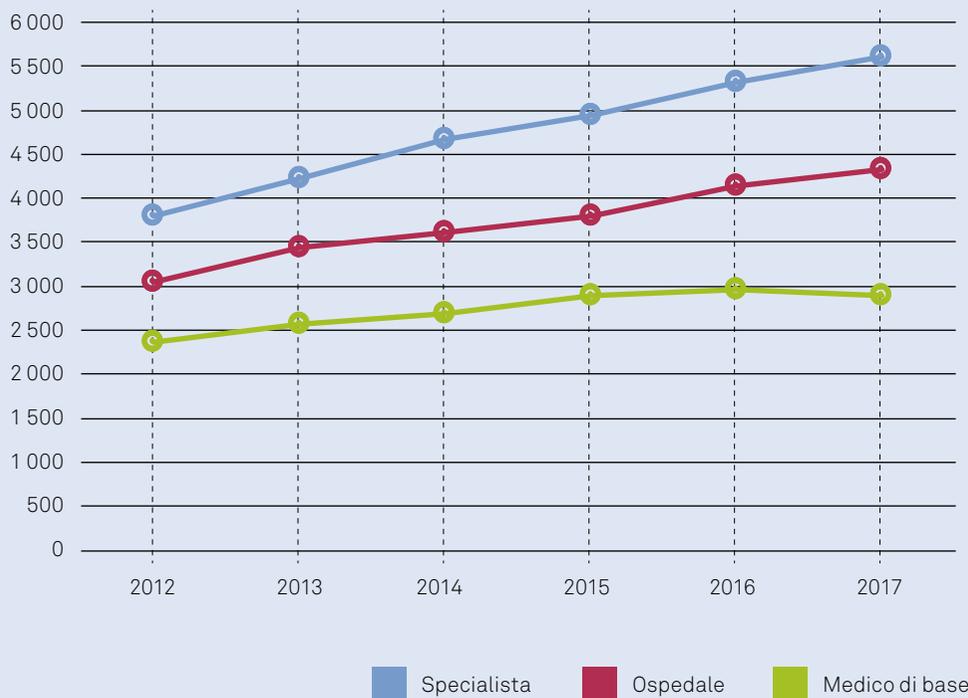
Se si considera l'evoluzione dei punti tariffali in base ad alcuni capitoli scelti del TARMED, si ottiene il quadro seguente:

	Crescita 2012-2017
Esami immaginografici	30.8%
Prestazioni di base	39.8%
Diagnostica e terapia non chirurgica di cuore e vasi	40.5%
Psichiatria	40.8%
Sala operatoria, locale rianimazione, clinica diurna	51.8%
Occhio	53.9%
Totale	38.8%

Tabella 2: Crescita dei punti tariffali secondo i capitoli TARMED

18 | Evoluzione dei punti tariffali TARMED di medici di base, specialisti e ambulatori ospedalieri

Punti tariffali
(in migliaia)

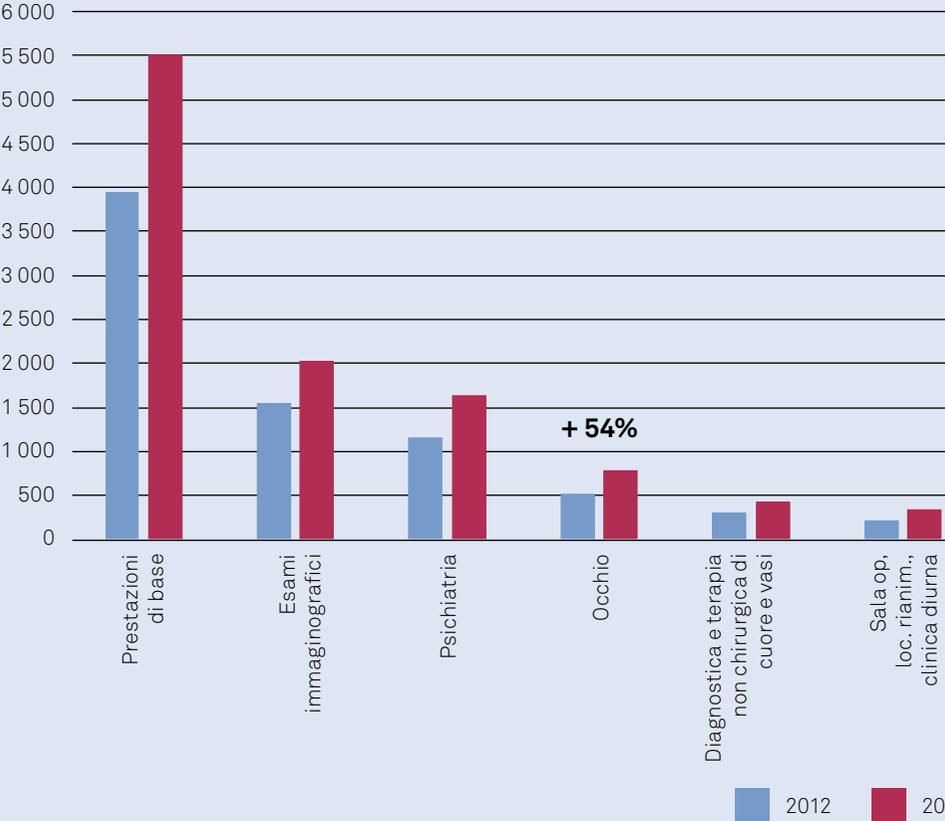


Dal 2012 al 2017 i punti tariffali conteggiati complessivamente sono aumentati di circa il 39%. Dei sei capitoli quantitativamente più importanti, l'aumento del capitolo 8 «Occhio» è stato particolarmente pronunciato (54%).

Questa evoluzione dovrebbe essere dovuta in una certa misura alla persistente tendenza verso l'«ambulatoriazione», ma anche all'andamento demografico. Inoltre, in tale periodo sono aumentati anche il numero e la durata media delle consultazioni.

19 | Evoluzione dei punti tariffali secondo i capitoli TARMED

Punti tariffali
(in migliaia)



Quota di assicurati con diversi medici

Un tema centrale della politica sanitaria degli ultimi anni è stato il bisogno di coordinamento fra i fornitori di prestazioni. Questo comprende temi come managed care, cartella informatizzata del paziente o anche l'interprofessionalità. A questo proposito è interessante sapere come si è sviluppata la fruizione delle prestazioni di diversi fornitori.

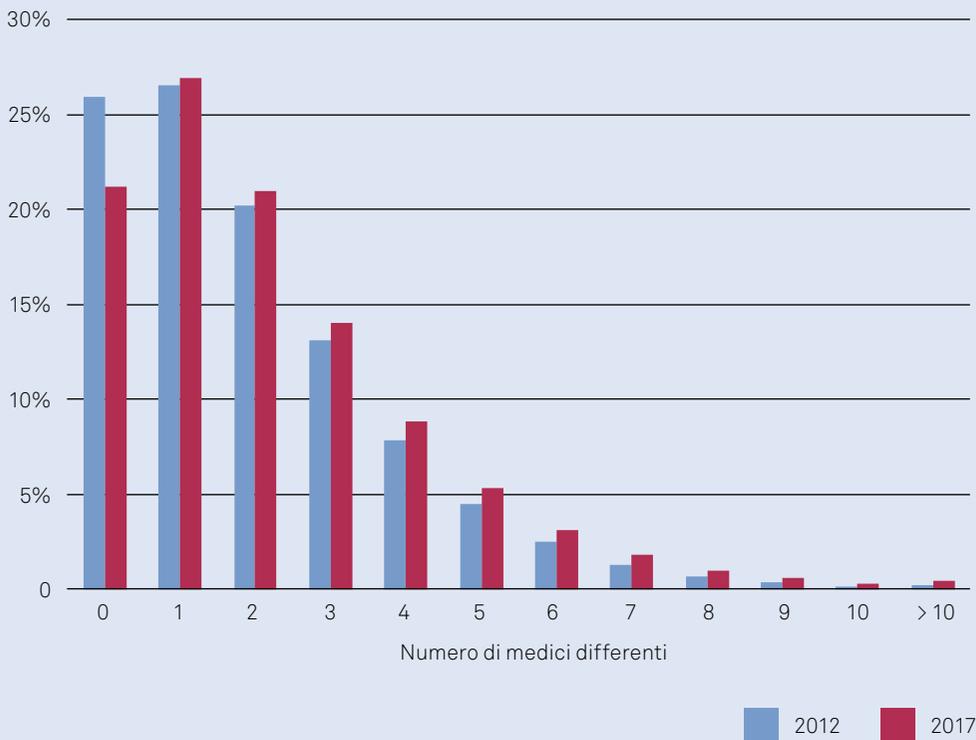
La figura seguente mostra che la quota di assicurati che nel corso dell'anno non si rivolgono a nessun medico è scesa dal 26% circa al 21%. In queste cifre non sono inclusi gli ospedali, si tratta esclusivamente di medici liberi professionisti con un proprio numero codice creditore. Invece in tutti i gruppi è aumentata la quota degli assicurati che si rivolgono a uno o più medici.

Con ogni ulteriore fornitore di prestazioni richiesto aumenta la probabilità che vengano fornite prestazioni che con un buon coordinamento si potrebbero evitare (laboratorio, esami di imaging, ricette, ecc.). La necessità di coordinazione diventa sempre più urgente. Però, con il progredire della specializzazione, il coordinamento diventa sempre più complesso e la gestione delle interfacce più difficile. Al contempo, i medici di base hanno sempre meno tempo per il trattamento dei pazienti. E quindi pare vi sia ancora meno tempo disponibile per un coordinamento.

Visto l'aumento delle consultazioni di differenti fornitori di prestazioni e il crescente bisogno di trattamenti, la necessità di un coordinamento diventa sempre maggiore. I medici di base hanno sempre meno tempo per tale compito.

20 | Quota di assicurati con diversi medici

Quota di assicurati



Fruizione di medicinali

Nel 2012 le fruizioni di medicinali nelle farmacie svizzere sono state circa 47 milioni, a carico dell'assicurazione di base. Nel 2017 si è trattato già di circa 60 milioni. Le fruizioni presso i medici sono aumentate da 32 a circa 41 milioni e per i trattamenti ambulatoriali in ospedale da circa 8 a 12 milioni. La popolazione svizzera si serve in misura relativamente modesta del commercio per corrispondenza.

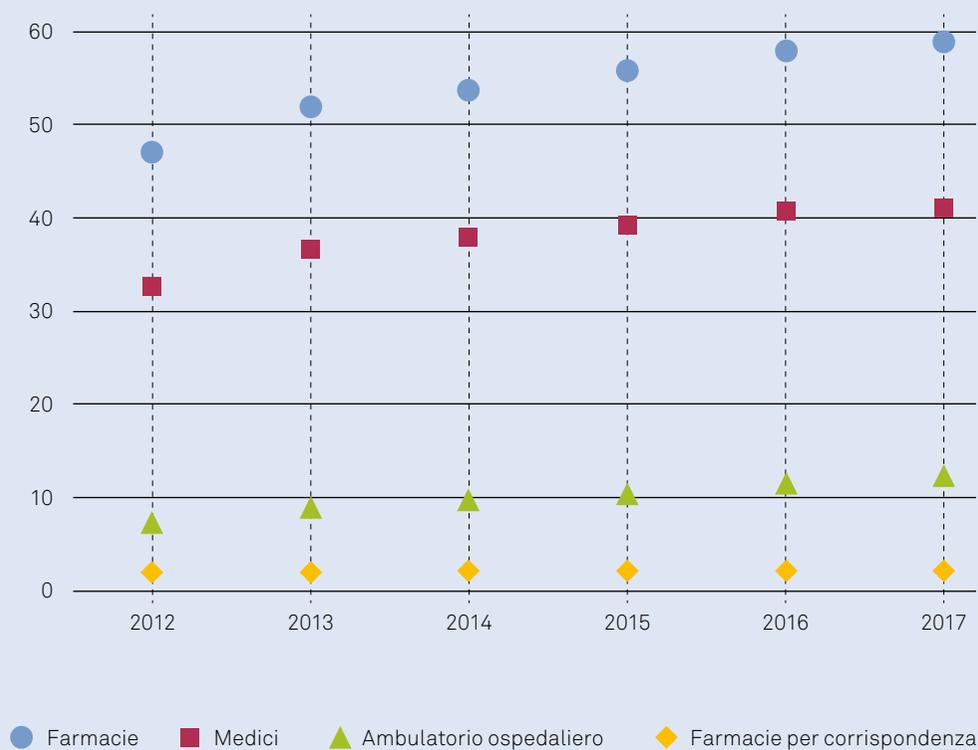
I tassi annui di crescita delle fruizioni differiscono notevolmente e secondo il canale si sviluppano nel modo seguente:

	Tasso medio di aumento annuo 2012-2017
Farmacie	4.6%
Medici	4.8%
Ospedale	10.9%
Farmacie per corrispondenza	1.5%

Tabella 3: Tassi di crescita della fruizione di medicinali secondo il canale

21 | Evoluzione delle fruizioni di medicinali secondo il canale

Fruizioni in milioni

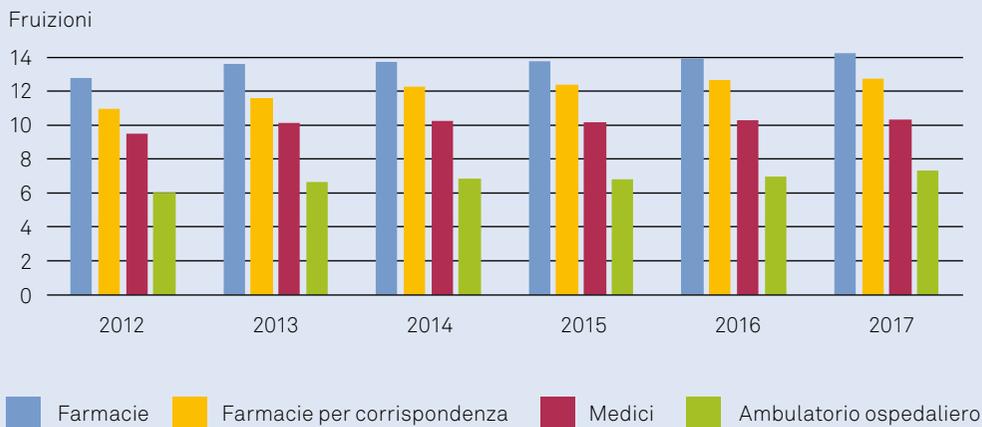


Nel corso del tempo cresce pure il numero medio di fruizioni delle persone che acquistano almeno una volta all'anno medicinali conteggiati con l'assicurazione. Questo vale per tutti i canali di fruizione. Il numero maggiore di fruizioni per persona si riscontra nelle farmacie officinali. Le poche persone che si servono del commercio per corrispondenza hanno in media il secondo maggior numero di fruizioni. In base al Rapporto Helsana sui medicinali 2018 tramite questo canale si acquistano preferibilmente preparati costosi (epaper.helsana.ch/arzneimittelreport/2018/2/).

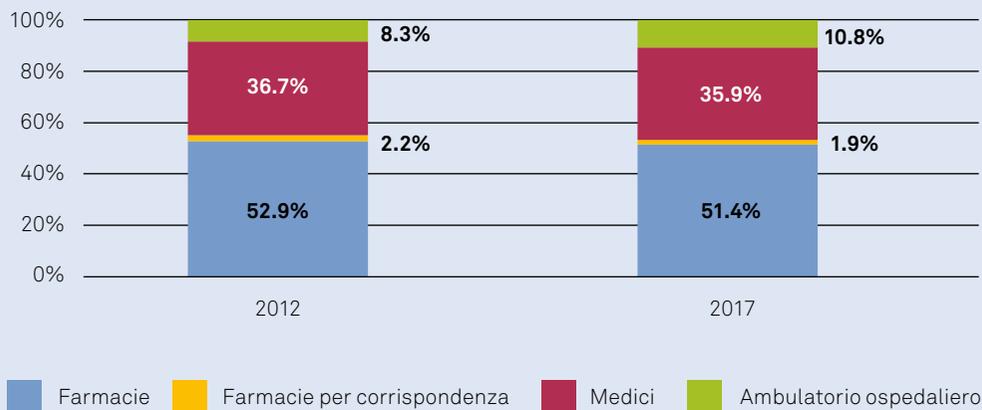
Con l'aumento dei trattamenti ambulatoriali in ospedale aumenta anche la quota di fruizioni in questo settore rispetto al totale di fruizioni di medicinali. Nel 2017 dagli altri centri di consegna i pazienti hanno fruito di quote minori rispetto al 2012.

La farmacia resta sempre il canale di fruizione n. 1. Con lo spostamento dei trattamenti verso il settore ambulatoriale ospedaliero, anche il numero di fruizioni aumenta in misura parimenti elevata.

22 | Fruizioni di medicinali per fruitore secondo il canale



23 | Quote di mercato espresse in fruizioni secondo il canale

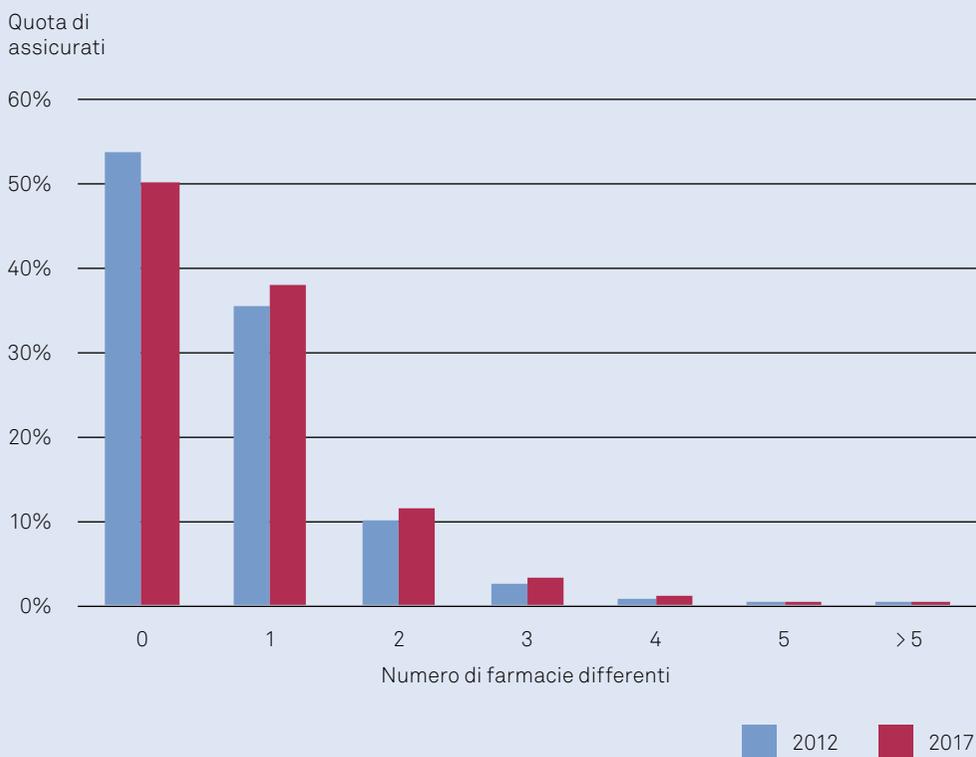


Rispetto alle consultazioni dei medici la quota di assicurati che utilizzano diverse farmacie per i loro acquisti è relativamente piccola. La quota di persone che sull'arco di un anno civile non hanno mai fruito di medicinali tramite l'assicurazione di base, conteggiandoli tramite l'assicuratore malattia, è diminuita dal 54% circa al 50%.

Comunque, per il momento, gli assicurati cercano meno frequentemente diverse farmacie che non diversi medici. È vero che l'accesso alle farmacie è molto facile, il che renderebbe semplice procurarsi i medicinali in una farmacia qualsiasi. Ai clienti pare però vantaggioso servirsi delle farmacie che conoscono nelle loro vicinanze. Il potenziale che a questo proposito risulterebbe se le farmacie si assumessero una funzione di coordinamento è difficile da valutare e pertanto dovrebbe essere prima studiato. La fedeltà relativamente elevata alla farmacia abituale pare indicare almeno un grande potenziale.

Grazie alla fedeltà dei clienti, in futuro le farmacie potrebbero svolgere un nuovo ruolo nel coordinamento dell'assistenza sanitaria di base.

24 | Assicurati con fruizione di medicinali presso più di una farmacia



Cure

Nel settore delle cure da molti anni il motto «ambulatoriali prima che stazionarie» si trova in primo piano nel quadro di diverse iniziative. Nel 2011 è entrato in vigore il finanziamento delle cure attualmente vigente: l'assicurazione malattia si assume un importo massimo fissato per legge e la persona bisognosa di cure paga un contributo massimo per ogni giorno di cura. Il resto dei costi delle cure è a carico dei Cantoni e/o dei Comuni.

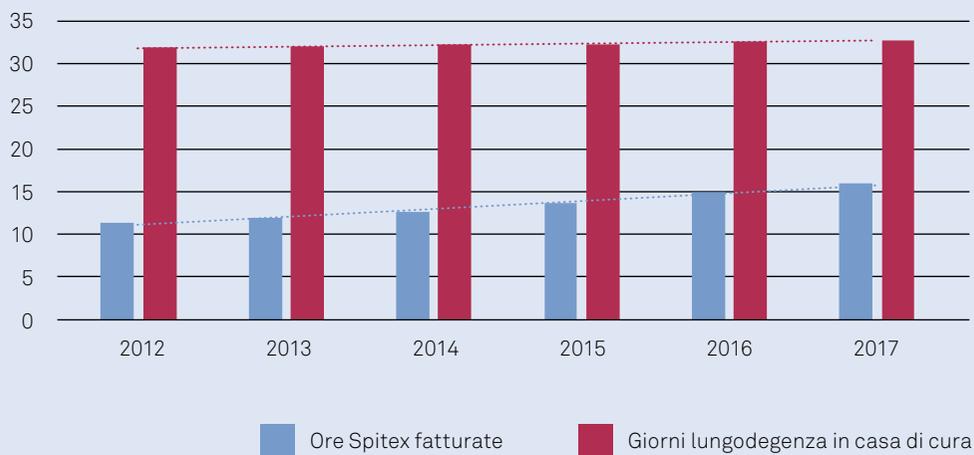
Da allora l'evoluzione del numero di clienti che ricevono cure di lunga durata, ossia ospiti di case per anziani e di cura, è aumentato solo di poco, mentre il numero di fruitori di prestazioni Spitex è cresciuto di quasi il 30%. Il numero delle persone assistite dalle organizzazioni Spitex registra una crescita velocissima.

Ovviamente anche il numero di ore Spitex è aumentato in misura corrispondente. Il numero di giorni di degenza nelle cure di lunga durata è invece rimasto praticamente costante.

25 | Evoluzione del numero di persone che fruiscono di prestazioni Spitex, case di cura e cure di lunga durata



26 | Ore Spitex e numero di giorni in casa di cura



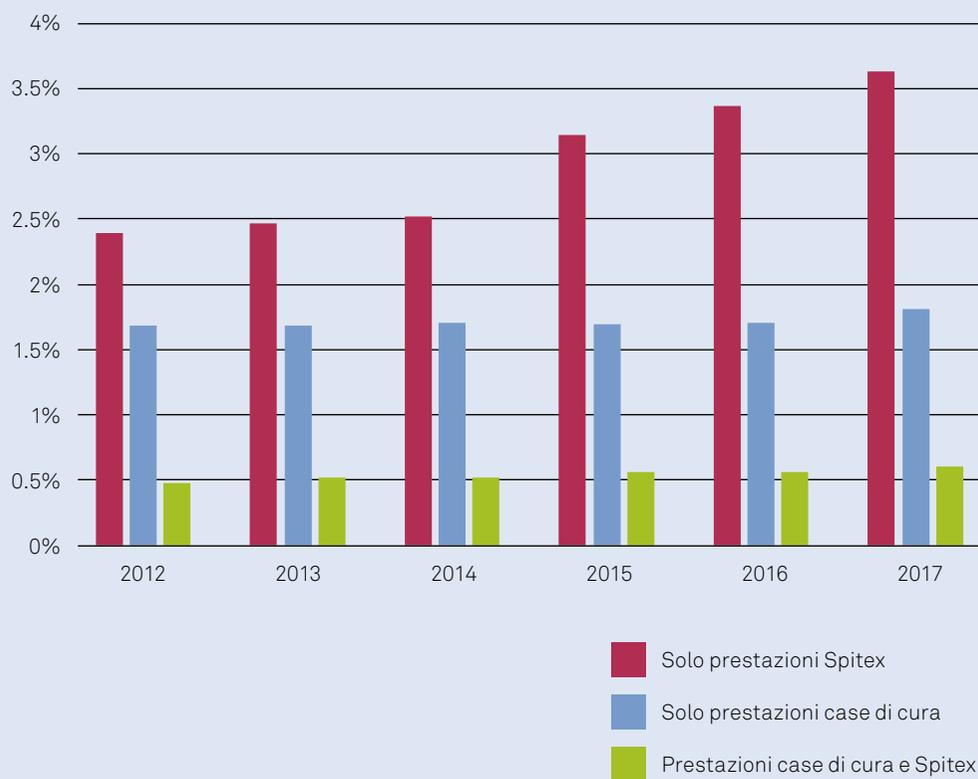
Questa tendenza si rispecchia anche nelle cifre degli assicuratori: dal 2012 al 2017 la quota di assicurati che hanno fruito di prestazioni Spitex è aumentata da circa il 2,5% al 3,5%. Nel caso delle prestazioni delle case di cura il valore è rimasto quasi costante, pari a circa l'1,7%.

Questi sviluppi possono indicare che c'è uno spostamento crescente della fornitura di prestazioni dalle case di cura verso lo Spitex, ossia che il principio «cure ambulatoriali prima che stazionarie» si sta affermando integralmente.

È aumentata la quota delle persone che in un anno hanno ricevuto prestazioni sia Spitex sia di una casa di cura. Questo potrebbe indicare che sono in aumento i ricoveri per sgravare i familiari che si prendono cura dei pazienti. In base a una proiezione con le cifre di Helsana, il numero di queste persone a livello nazionale è salito da 38 000 nel 2014 a 51 000 nel 2017. Una crescita di oltre il 30%.

Sia la quota Spitex nel settore delle cure che il numero di persone che ricevono prestazioni sia Spitex sia di case di cura sono in forte aumento.

27 | Persone assicurate con fruizione di prestazioni Spitex nel corso degli anni

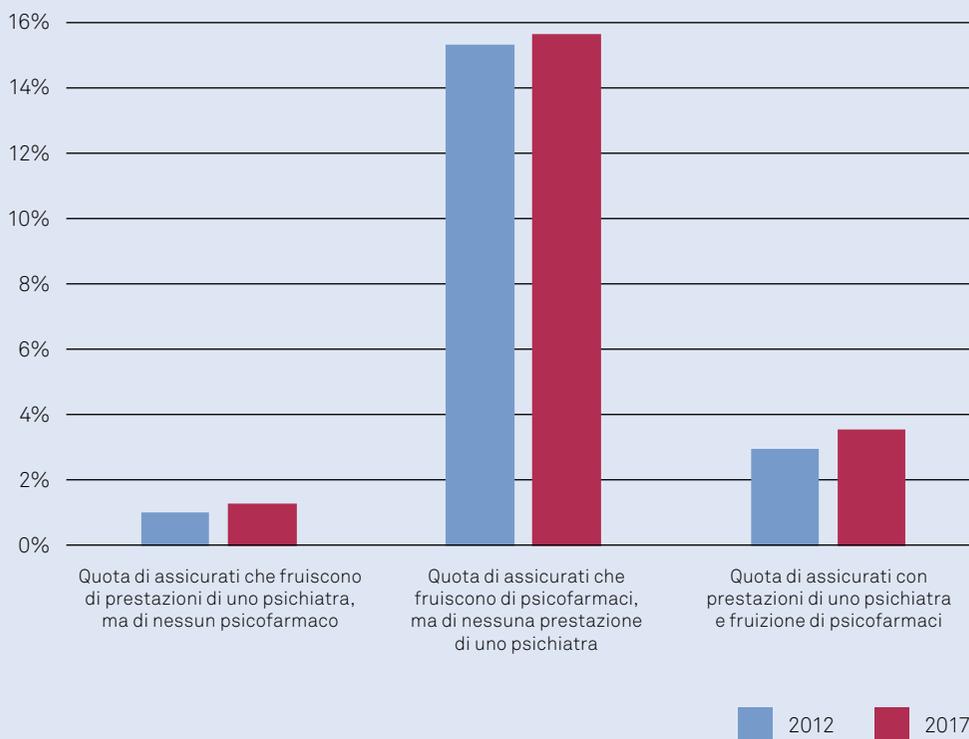


Psichiatria

Consultazioni ambulatoriali

A titolo generale, sulla base dei dati delle prestazioni degli assicuratori si possono rappresentare con diversi parametri le questioni concernenti l'entità dei trattamenti psichiatrici. Per esempio, per oltre il 15% di tutti gli assicurati vengono fatturati psicofarmaci (ATC No5 = psicolettici e No6 = psicostimolanti), che non sono stati prescritti da uno specialista di psichiatria. Nel 2017 la quota di assicurati trattati da uno psichiatra e con fatturazione di psicofarmaci è stata del 4% scarso. La quota di assicurati con trattamento psichiatrico senza prescrizione di medicinali è stata di circa l'1%. Qui di seguito sono considerate pazienti psichiatriche le persone che almeno una volta all'anno hanno fruito di prestazioni psichiatriche, medicinali compresi, registrate tramite il sistema di assicurazione malattia.

28 | Assicurati con prestazioni psichiatriche ambulatoriali



Molti dei pazienti si rivolgono però anche a psicologi, che effettuano trattamenti su delega degli psichiatri. Dal 2012 al 2017, in quasi tutti i Cantoni questa percentuale è in parte aumentata in misura massiccia e in molti Cantoni adesso supera il 50%.

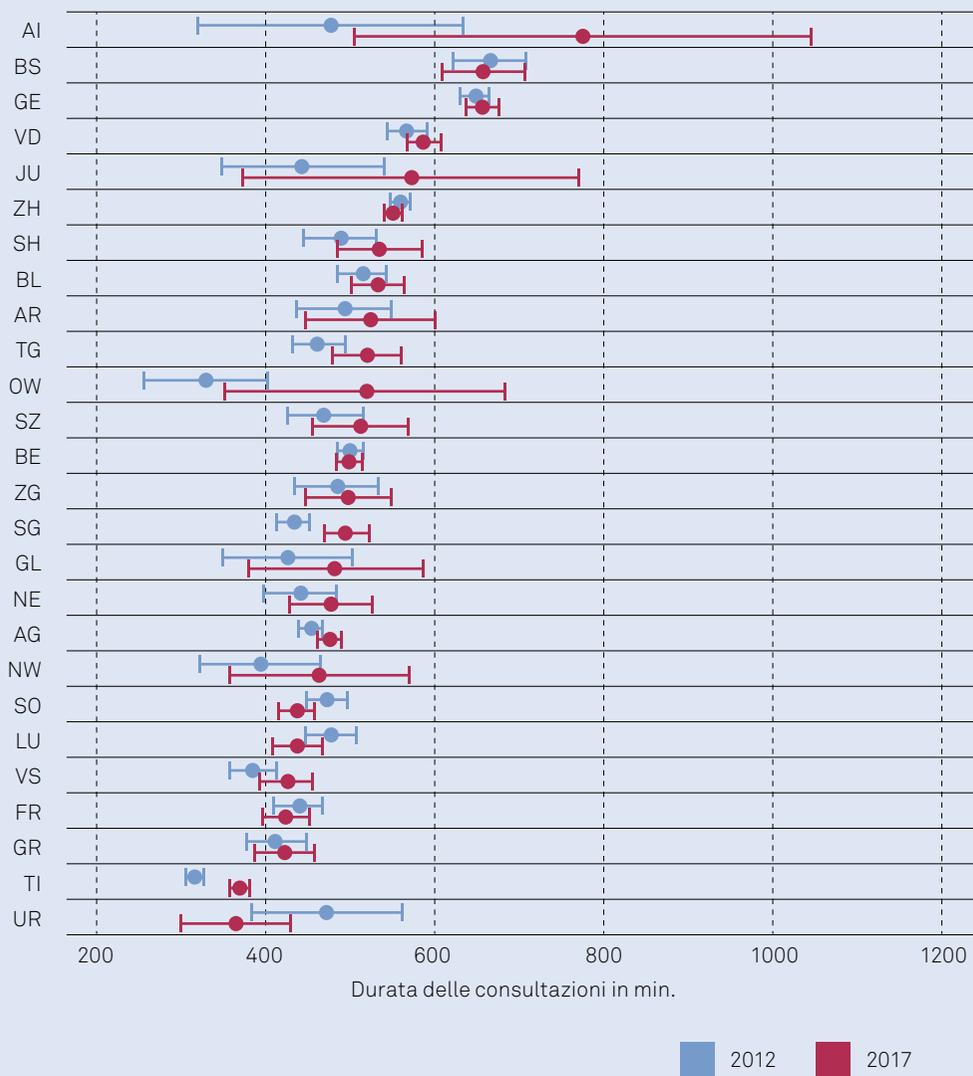
La quota di consultazioni psicoterapeutiche delegate rispetto al totale di consultazioni psicoterapeutiche è in forte aumento, ma con grosse differenze da un Cantone all'altro.

29 | Quota delle consultazioni di psicoterapia delegata



Anche il tempo in cui i pazienti sono in un rapporto di scambio attivo con il loro psichiatra varia secondo il Cantone. I tempi maggiori si riscontrano per i pazienti nei Cantoni di Basilea Città, Ginevra e Vaud. Meno invece nei Cantoni piuttosto rurali e nel Canton Ticino. In alcuni Cantoni il tempo impiegato è leggermente aumentato. Peraltro, nella maggior parte degli altri Cantoni il tempo impiegato dagli psichiatri per singolo paziente non è cambiato in misura statisticamente significativa. Resta aperta la questione di quanto questo dipenda dalla struttura demografica e/o dalla densità di medici.

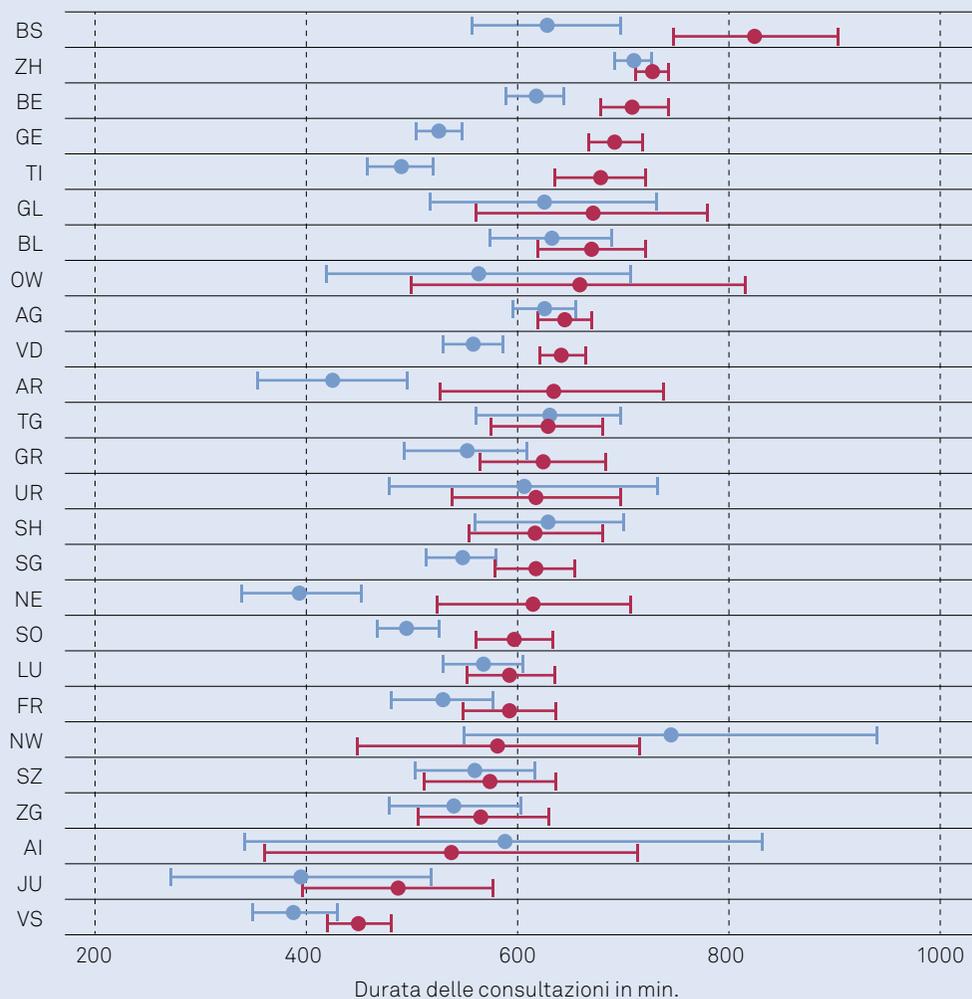
30 | Durata delle consultazioni dallo psichiatra (in minuti)



Nella psicoterapia delegata il tempo impiegato per i pazienti risulta notevolmente maggiore che non per lo specialista psichiatrico. Ma in questo caso le differenze cantonali sono molto più pronunciate rispetto a quelle relative agli psichiatri. Anche qui sono particolarmente in evidenza i tre Cantoni di Basilea Città, Ginevra e Vaud.

Nella psicoterapia delegata i trattamenti durano più a lungo che dallo psichiatra.

31 | Durata della consultazione nella psicoterapia delegata (in minuti)



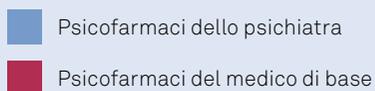
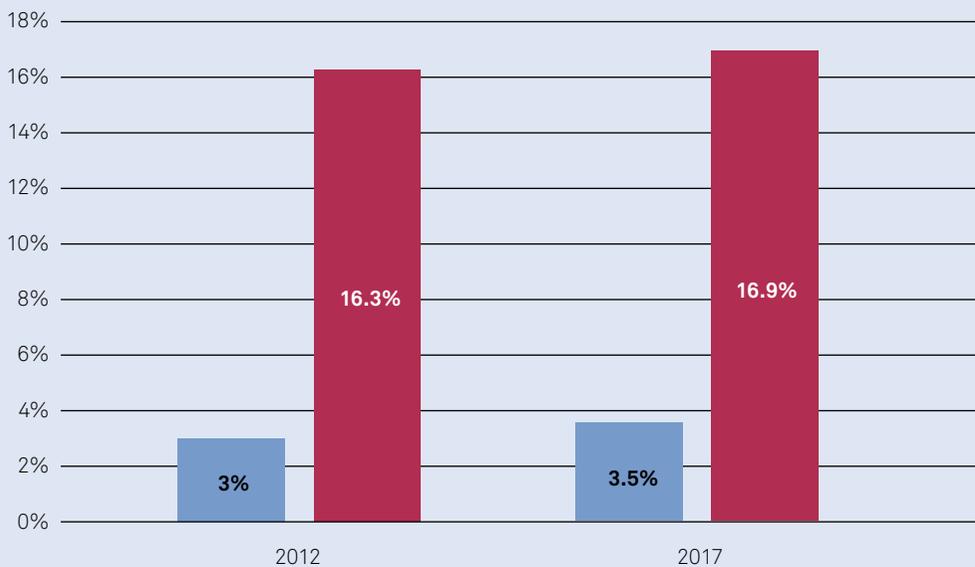
2012 2017

Psicofarmaci ambulatoriali

La terapia medicamentosa è la componente centrale dei trattamenti psichiatrici. Peraltro, i pazienti si fanno prescrivere con frequenza di gran lunga maggiore gli psicofarmaci (psicolettici, psicostimolanti) dai medici di base. Circa il 17% di tutti gli assicurati ricevono tramite questo canale psicofarmaci almeno una volta all'anno. A un po' meno del 4% degli assicurati vengono prescritti dallo psichiatra. Nel corso degli anni questi valori sono rimasti praticamente stabili.

32 | Assicurati con fruizione di psicofarmaci

Quota di assicurati



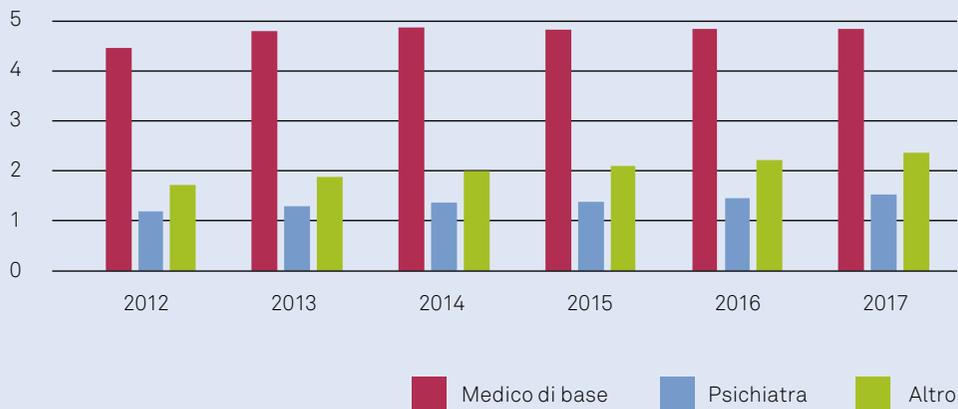
Dai dati non si può evincere direttamente per quali motivi gli psicofarmaci siano prescritti in massima parte dai medici di base. Si può supporre che nell'assistenza sanitaria di base non ci sia un vero e proprio accompagnamento terapeutico in forma di terapia della parola. Probabilmente, alla maggior parte dei pazienti vengono prescritti farmaci con effetto calmante in combinazione con altre terapie.

Oltre ai medici di base e agli psichiatri, anche altri medici prescrivono psicofarmaci. Tramite questo canale di distribuzione dal 2012 al 2017 il numero assoluto di prescrizioni è salito del 40%, e più precisamente da circa 1,7 milioni a circa 2,4 milioni.

Di conseguenza, la percentuale di prescrizioni al di fuori degli psichiatri e dei medici di base è aumentata dal 23,4% al 27,1%.

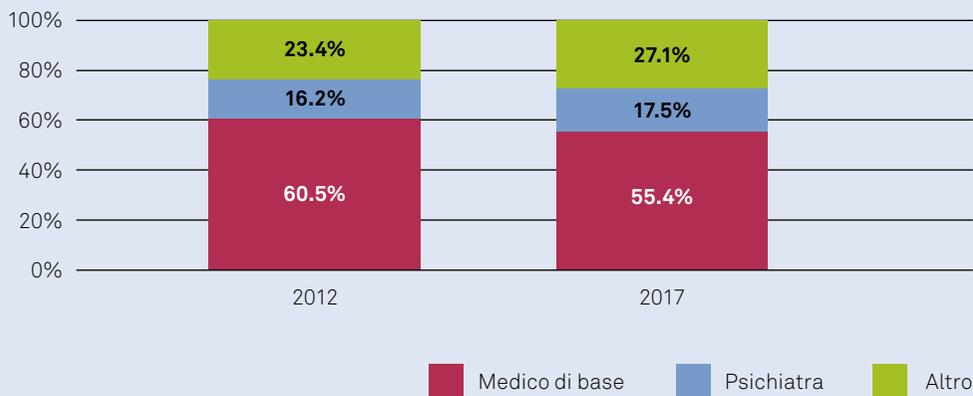
33 | Prescrizioni di psicofarmaci secondo il canale

Numero di prescrizioni



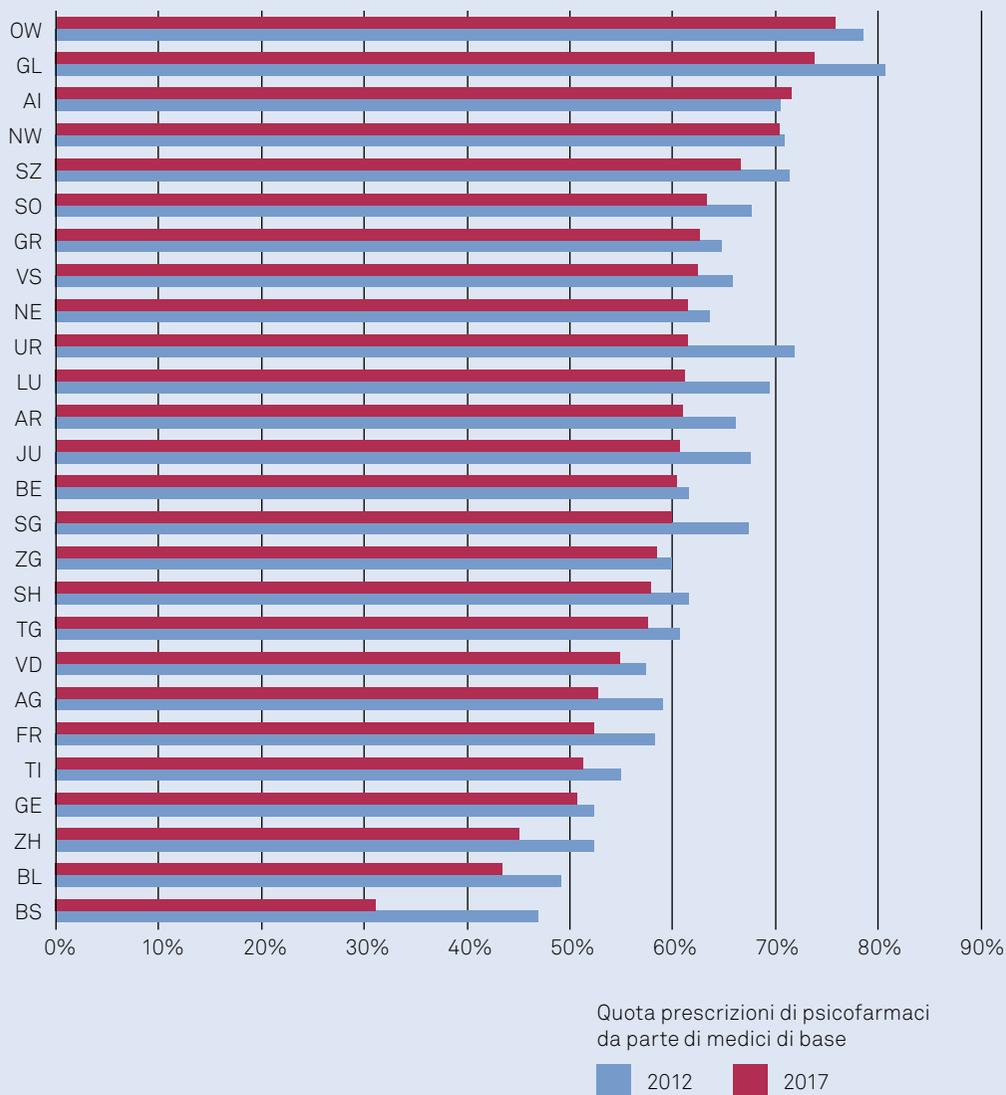
34 | Prescrizioni di psicofarmaci secondo la categoria di medici

Numero di prescrizioni



Questo quadro viene confermato se si osserva la quota di prescrizioni di psicofarmaci da parte dei medici di base secondo il Cantone: è infatti diminuita praticamente in tutti i Cantoni. La più elevata si riscontra nei Cantoni prevalentemente rurali della Svizzera tedesca. Quella più bassa si osserva invece nei Cantoni di Basilea Città, Basilea Campagna, Zurigo e Ginevra. Molto verosimilmente dipende dalla densità di medici.

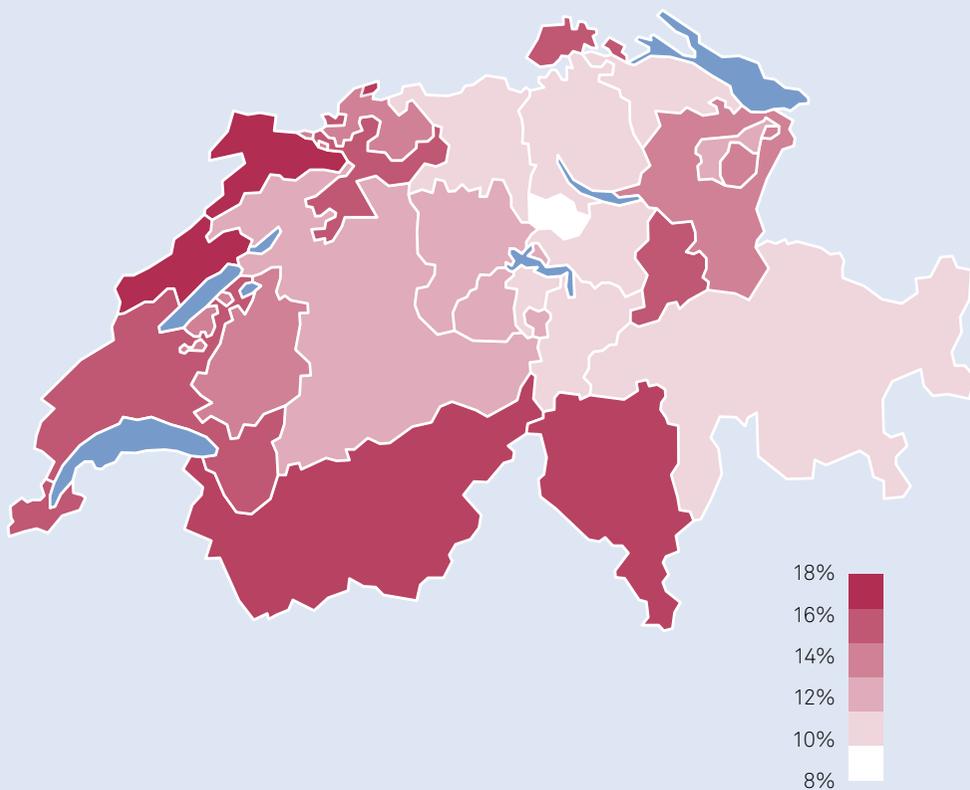
35 | Prescrizioni di psicofarmaci da parte dei medici di base secondo il Cantone



Nella rappresentazione seguente sono considerati pazienti con fruizione di psicofarmaci quei pazienti che almeno una volta all'anno hanno assunto un tale farmaco. La quota dei pazienti dell'assistenza sanitaria di base ai quali nel 2017 il medico ha prescritto psicofarmaci fluttua notevolmente. In testa alla classifica c'è Neuchâtel con il 18%, mentre il fanalino di coda è Zugo, con l'8%. Nel complesso ritroviamo in primo piano specialmente i Cantoni della Svizzera francese.

I trattamenti con psicofarmaci non sono avviati prevalentemente dagli specialisti. Non avvengono nel quadro di un accompagnamento terapeutico.

36 | Pazienti con prescrizioni di psicofarmaci da parte dei medici di base secondo il Cantone

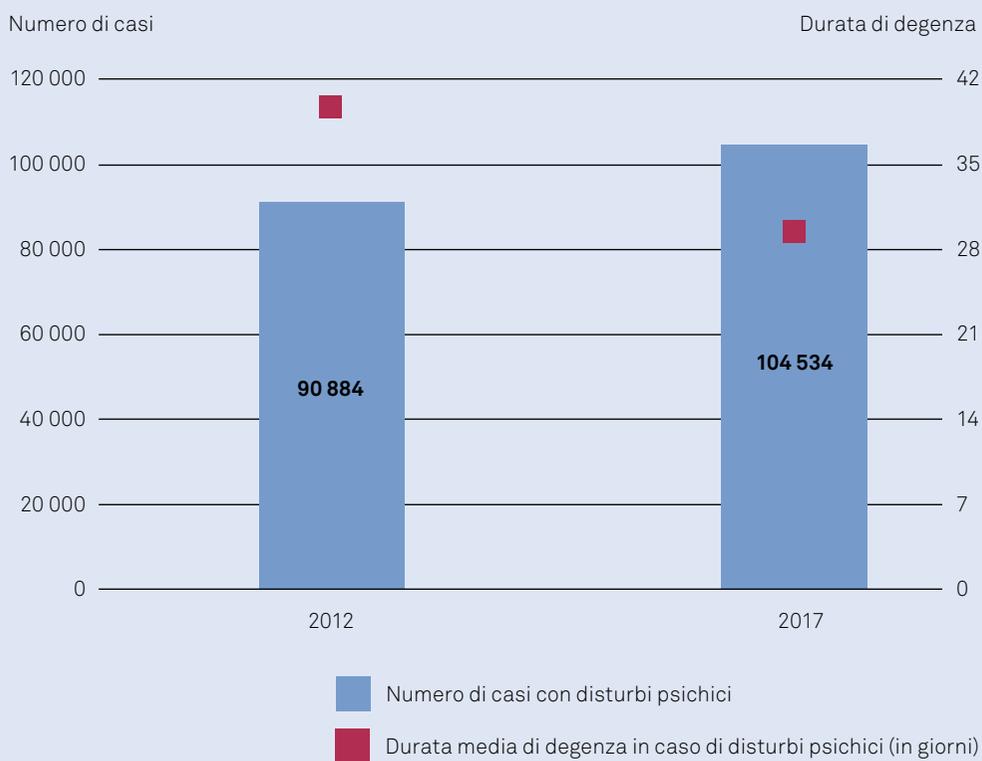


Psichiatria stazionaria

Fra il 2012 e il 2017 il numero di giorni di degenza in psichiatria negli ospedali è diminuito, da circa 3,6 milioni a circa 3,1 milioni. Simultaneamente però il numero di casi è aumentato di oltre il 10%, attestandosi a 105 000. Questa crescita si accompagna a una minore durata delle degenze, perché il numero di giorni di degenza è sceso in media da circa 40 a 29 giorni. Sulla base del totale della popolazione, la quota di casi stazionari è aumentata in misura minima dall'1,15% all'1,24%.

Sulla base della popolazione totale, negli ultimi cinque anni la quota dei casi stazionari in psichiatria è leggermente aumentata. Invece la durata delle degenze è molto diminuita.

37 | Casi stazionari e durata minima di degenza con diagnosi psichiatriche

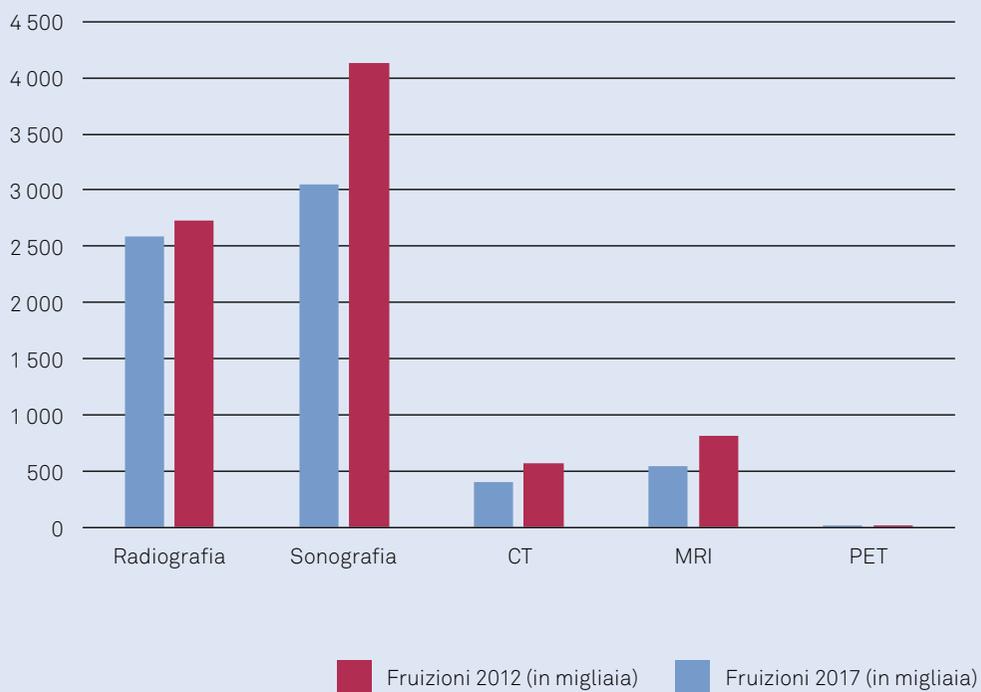


Prestazioni tecniche / Diagnostica

Imaging

In Svizzera gli esami immaginografici più utilizzati sono le radiografie e le sonografie. Fra il 2012 e il 2017 gli impieghi di impianti radiografici sono aumentati relativamente poco, da circa 2,6 a 2,7 milioni. Invece nel 2017 le sonografie sono state impiegate 4,1 milioni di volte: oltre 1 milione di volte in più rispetto a cinque anni prima (2012: 3 milioni). Si tratta di un aumento del 37%. Su un livello più basso, ma con forti tassi di crescita, si impiegano la tomografia computerizzata (CT, +45%) e la risonanza magnetica (MRI, +49%). Con cifre molto più basse troviamo la tomografia a emissione di positroni (PET).

38 | Fruizione di esami immaginografici



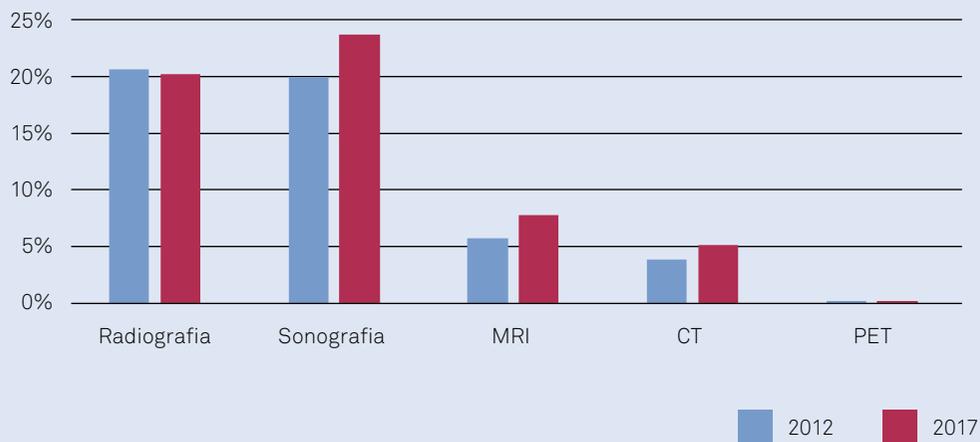
Oggi giorno, in relazione alla popolazione totale, la sonografia è l'esame che viene impiegato con maggiore frequenza. Nel 2012 veniva impiegata ancora per circa una persona su cinque. Nel 2017 questo valore è aumentato a quasi una persona su quattro.

Il più delle volte gli esami MRI vengono eseguiti una sola volta per paziente. Invece la tecnica sonografica si usa circa due volte all'anno per paziente.

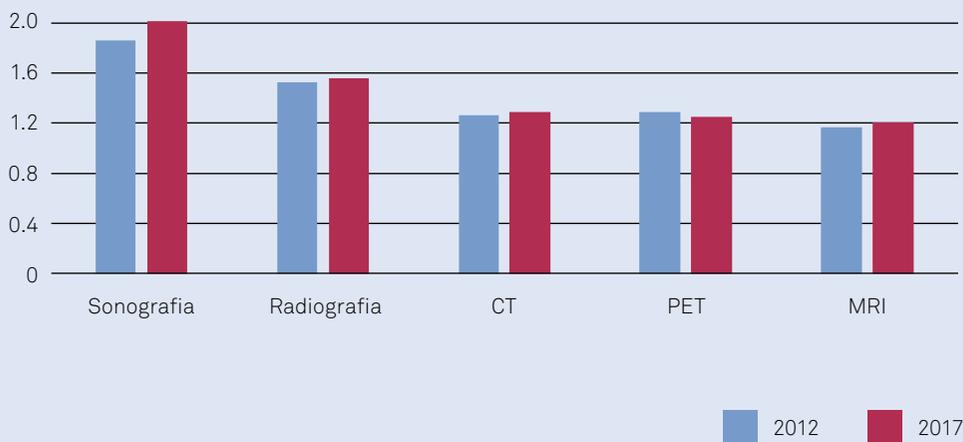
Fondamentalmente l'impiego di metodi diagnostici affidabili consente probabilmente di formulare diagnosi migliori. L'aumento osservato potrebbe dipendere da un crescente bisogno di sicurezza dei pazienti e dei fornitori di prestazioni. Un certo ruolo potrebbe essere giocato anche dai progressi tecnici e da una disponibilità migliore, ossia più semplice.

Complessivamente, gli esami immaginografici vengono impiegati sempre più frequentemente e questo vale anche per il valore medio per singolo paziente.

39 | Quota della popolazione che fruisce di esami immaginografici



40 | Esami immaginografici per paziente



Nei dibattiti sul nostro sistema sanitario frammentato si tematizza spesso l'inutilità di esami multipli. Questo si verifica specialmente quando, p. es., un fornitore di prestazioni fa una radiografia, la quale porta a un trasferimento, dove per il medesimo accertamento si fa di nuovo una radiografia.

Quella che non si può chiarire con i dati dei conteggi degli assicuratori è la domanda della necessità medica di una seconda diagnostica. Per avere un'idea dell'ordine di grandezza della tematica, si prende in considerazione la quota della fruizione di esami immaginografici eseguiti una seconda volta nel giro di sette giorni rispetto al numero totale di tali esami.

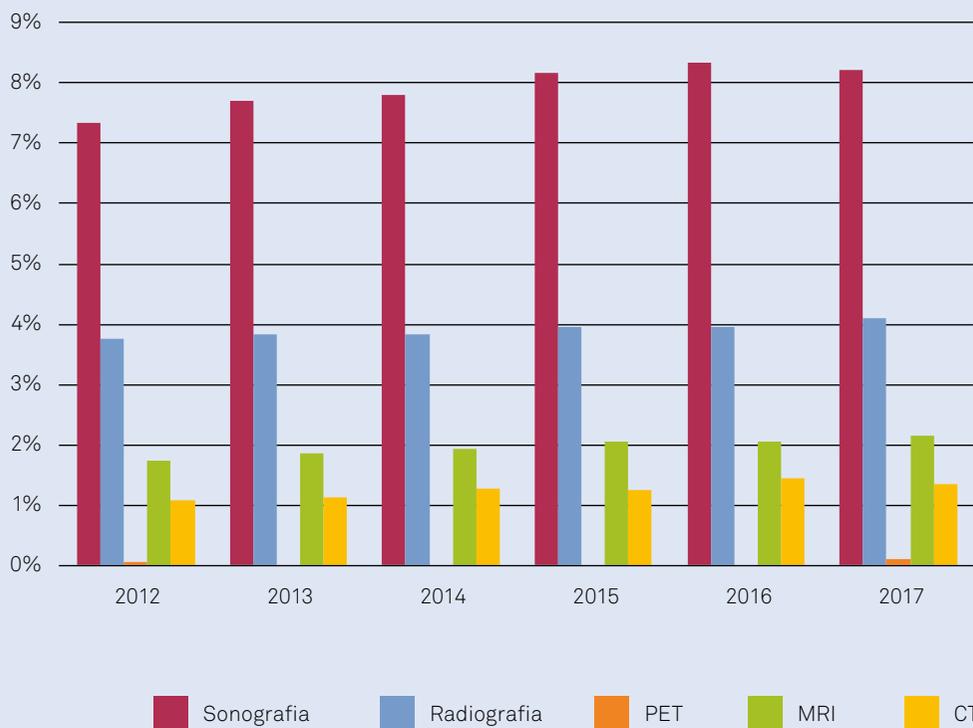
Si constata così che nel settore ambulatoriale negli ultimi cinque anni per tutti gli esami immaginografici la quota di una seconda diagnostica nel giro di sette giorni è aumentata. La percentuale maggiore si riscontra per le sonografie, per le quali il 7% delle fruizioni soddisfa questo criterio. Nel caso delle radiografie si tratta del 4% e dell'MRI, del 2%.

Il fatto che questa percentuale aumenta si spiega molto difficilmente con l'indicazione medica. Eventualmente c'è una correlazione con la qualità o la difficoltà di interpretazione della prima diagnosi. È però molto probabile anche che almeno una parte delle misure diagnostiche sia evitabile e non dovrebbe essere ripetuta se i processi fossero ottimali.

Infine, probabilmente, capita spesso anche che prima si esegua un esame immaginografico (p. es. una radiografia) e successivamente si faccia un secondo tipo di esame.

La quota di esami doppi nel giro di una settimana è aumentata.

41 | Frequenza di un secondo esame immaginografico nel giro di una settimana



Laboratori

Negli ultimi anni le posizioni di laboratorio fatturate sono cresciute molto. Fra il 2012 e il 2017 il numero di analisi è aumentato da 83 milioni a 117 milioni. Si tratta di un aumento del 41%. In tale periodo però anche il numero di analisi disponibili è leggermente diminuito, da 1280 a 1260.

Nel contempo, dal 2012 al 2017 il numero di analisi fatturato per singolo fruitore è aumentato di circa il 23%.

Le possibilità diagnostiche in continua espansione sono sempre più richieste. Questa tendenza dovrebbe essere dovuta al desiderio di pazienti e medici di avere migliori accertamenti. A questo occorre aggiungere che è relativamente semplice disporre dell'infrastruttura necessaria, così che praticamente non vi sono ostacoli che impediscano di accedervi. Un eventuale fattore in molti casi può essere il fatto che non vi sono raccomandazioni chiare riguardo alla diagnostica.

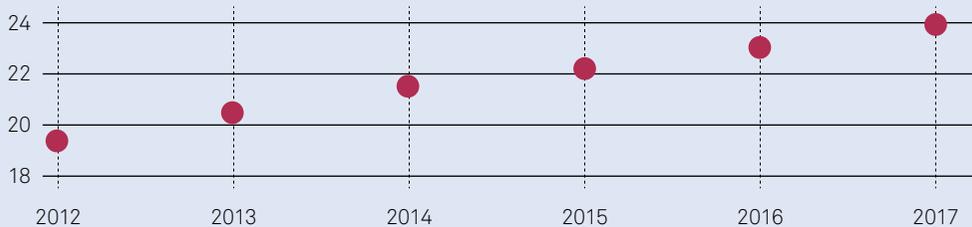
Il numero di test di laboratorio eseguiti per ogni fruitore aumenta continuamente in misura massiccia.

42 | Evoluzione delle analisi di laboratorio

Numero di analisi (in mln.)



43 | Posizioni di laboratorio fatturate per singolo fruitore



Urgenze bagatella nell'ambulatorio ospedaliero

Da anni si discute regolarmente delle urgenze «inutili» nel settore ospedaliero. Con le corrispondenti posizioni tariffali TARMED si può rappresentare graficamente l'evoluzione quantitativa delle consultazioni di urgenza in ospedale. Dal 2012 al 2017 questo numero è cresciuto del 37%.

Anno	Consultazioni di urgenza in ambulatorio ospedaliero
2012	1,18 mln.
2013	1,31 mln.
2014	1,42 mln.
2015	1,55 mln.
2016	1,64 mln.
2017	1,62 mln.

Tabella 4: Consultazioni di urgenza negli ambulatori ospedalieri

Da questi dati non si può evincere direttamente in che misura si tratti di casi inutili ed evitabili e quindi di bagatelle, ossia casi di piccola importanza.

Come surrogato sperimentale dell'«irrilevanza» si utilizza la quota di tali pazienti con una posizione tariffale di urgenza che nel giro di 30 giorni dalla consultazione in questione non hanno altri costi a carico dell'AOMS. Ossia non hanno medicinali, né consultazioni successive dal medico né nessun'altra prestazione obbligatoria. Dal 2012 questa percentuale è diminuita praticamente in tutti i Cantoni. Nel 2017 questa quota ha oscillato fra il 12% e il 24%, secondo il Cantone. Si può quindi presumere che gran parte di queste consultazioni di urgenza in ultima analisi fossero prevalentemente problemi medici di scarsa importanza.

È difficile spiegare come mai questa percentuale varia tanto da un Cantone all'altro. Potrebbe dipendere dall'accessibilità di setting di trattamenti alternativi o dalle strutture dell'offerta.

44 | Consultazioni di urgenza negli ambulatori ospedalieri senza trattamenti successivi



Fra il 2012 e il 2017, il numero di casi urgenti negli ambulatori ospedalieri è cresciuto del 37%. Il numero di casi bagatella è invece leggermente diminuito. Probabilmente, proiettando le cifre a livello nazionale, si tratta di oltre 200 000 casi che non avrebbero dovuto essere trattati necessariamente in un setting ospedaliero.

Discussione

Domanda – induzione dell'offerta

Generalmente, gli andamenti quantitativi dei mercati vengono spiegati con l'evoluzione di offerta, domanda e formazione dei prezzi. Nel caso delle prestazioni coperte dall'AOMS il meccanismo di libera formazione dei prezzi si inceppa per svariati motivi. Le regole di partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale), che dovrebbero costituire uno stimolo per una maggiore consapevolezza dei costi sul lato della domanda, e le misure sul lato dell'offerta, come per esempio la moratoria dei medici o la pianificazione ospedaliera, possono evitarlo solo in misura limitata.

Occorre quindi domandarsi quali meccanismi e in quale misura siano effettivamente alla base delle evoluzioni quantitative osservate. Innanzitutto, la fruizione di prestazioni nel sistema sanitario svizzero è controllata dai pazienti e dai fornitori di prestazioni, in particolare dai medici. I meccanismi dei prezzi hanno un effetto molto limitato sia sul lato dell'offerta che su quello della domanda. Con un tale sistema c'è il pericolo che i fornitori di prestazioni e i pazienti stimolino, per così dire, reciprocamente le fruizioni quantitative e che le quantità aumentino indefinitamente.

Gli assicuratori malattia e le autorità cercano sempre più di contrastare una tale situazione. Per esempio mediante:

- la procedura per la garanzia di assunzione dei costi, specialmente prima dei trattamenti stazionari;
- la redazione del catalogo delle prestazioni, mediante elenchi dei Can-

toni e della Confederazione, che prescrivono quali prestazioni vadano fornite prevalentemente in ambulatorio invece che in degenza;

- limitazioni di tempo nelle strutture tariffali e controlli di economicità o qualità più a valle.

Tali interventi sono contrari al principio della fiducia ancorato nella LAMal, secondo il quale le prestazioni mediche dovrebbero essere di per sé efficaci, appropriate ed economiche. Soltanto in casi eccezionali le prestazioni andrebbero controllate sulla base di tali criteri.

La sfida dell'evoluzione quantitativa

Senz'altro anche in futuro i pazienti saranno trattati con frequenza e intensità sempre maggiori e da un numero crescente di diversi fornitori di prestazioni, il che rende sempre più complesso il percorso dei pazienti.

Al contempo, l'offerta delle misure possibili diventa sempre più vasta e la padronanza dell'aumento delle conoscenze mediche sempre più difficile. L'impiego delle tecnologie disponibili diventa più esigente e in futuro i pazienti richiederanno presumibilmente sempre di più. La specializzazione aumenta, il coordinamento sta diventando una sfida difficile e la gestione delle interfacce diventa sempre più complessa. Di conseguenza la frammentazione dell'intero sistema è sempre maggiore.

È vero che le attività di managed care cercano di contrastare tali sviluppi, ma, malgrado in Svizzera già oltre due terzi degli assicurati abbiano scelto modelli alternativi di assicurazione, siamo ancora ben lungi dal vincere le sfide. Specialmente quei modelli che mettono al centro il

medico di famiglia paiono aver raggiunto i loro limiti. Questi medici di base hanno sempre meno tempo a disposizione e i pazienti si rivolgono sempre più spesso agli specialisti o direttamente a un ospedale.

Porre un freno a questi sviluppi è una delle future sfide di importanza centrale. In ultima analisi, per i pazienti è importante che ricevano le misure per loro necessarie al momento giusto, nel posto giusto e nella misura giusta. A questo riguardo occorre porsi per esempio domande sullo sviluppo delle relative capacità, i progressi delle conoscenze necessarie o anche il finanziamento.

Le evoluzioni quantitative osservate indicano che tutti gli attori coinvolti nel processo di assistenza sanitaria devono essere ben coordinati fra loro. C'è una grande urgenza. I processi interprofessionali devono funzionare, le attività di coordinamento essere stabilite su ampia base, non devono esserci inutili ostacoli alla gestione delle interfacce e i pazienti devono essere coinvolti nei processi nel modo più ragionevole possibile. È necessario ripensare a fondo le attuali assegnazioni delle competenze delle diverse professioni mediche. Per esempio, l'aumento delle consultazioni di urgenza negli ambulatori ospedalieri da 1,18 milioni a 1,62 milioni (+440 000) o l'aumento delle misure diagnostiche evidenziano chiaramente che nell'ambito dei processi vi sono notevoli potenziali di miglioramento e di risparmio.

Ruolo degli assicuratori

Quale ruolo svolgono gli assicuratori malattia in considerazione di tali sviluppi? Considerata la complessità delle domande riguardanti il nesso fra le cause e le prestazioni richieste, la strada giusta non consiste in una «battaglia indifferenziata contro gli aumenti quantitativi».

Essenzialmente gli assicuratori possono seguire le due vie seguenti per reagire adeguatamente:

1. Gli assicuratori intervengono nel processo decisionale individuale fra paziente e fornitore di prestazioni per identificare meglio le prestazioni sbagliate, inutili o addirittura abusive e quindi poter impedire il finanziamento.
Nel quadro delle verifiche individuali delle prestazioni si eseguono innanzitutto i controlli prescritti dal legislatore. Questi comprendono per esempio la gestione dei casi nel settore «Off-Label-Use» dei medicinali o anche la procedura per la garanzia di assunzione dei costi nell'ambito della riabilitazione. Con una gamma più ampia di controlli, qualora in singoli casi vi siano evidenti sospetti di abusi, si procede a controlli individuali al fine di prevenirli. Però il settore deve essere consapevole dell'importanza centrale del rapporto fra paziente e fornitore di prestazioni.
2. Gli assicuratori si occupano della configurazione di condizioni quadro ragionevoli, (ri)elaborano i modelli di tariffazione e assicurazione e cooperano con i fornitori di prestazioni al fine di instaurare pro-

cessi di buona qualità. Questo fa parte essenzialmente del mandato principale degli assicuratori malattia. Sono in corso anche numerose attività, che in ultima analisi mirano a creare un ambiente orientato al bisogno e favorevole alle innovazioni per l'assistenza medica. Simultaneamente occorrono gli stimoli giusti per evitare lo «spreco di mezzi». Questo include per esempio la lotta contro le misure politiche indifferenziate come i budget globali o un contingentamento esclusivo delle quantità come pure l'elaborazione e il sostegno di condizioni quadro mirate, come il miglioramento della compensazione del rischio, un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, ecc. Oltre a tali attività occorrono iniziative personali concrete, specialmente negli ambiti in cui le assicurazioni hanno un margine di manovra per la configurazione dei prodotti. Si tratta degli ambiti dei modelli alternativi di assicurazione, di forme innovative di cooperazione, come p. es. l'impiego di tecnologie per la sicurezza delle terapie medicamentose o anche le misurazioni cooperative della qualità, sulla base dei propri dati di routine.

Inoltre, occorre creare una maggiore trasparenza del mondo medico. Il presente rapporto fornisce un piccolo contributo a questo riguardo.

Conclusioni

«Quantità senza fine» è il messaggio centrale del presente rapporto. Questo è tanto più inquietante, in quanto questa constatazione si basa su dati che tengono già conto della crescita demografica.

Maggiori quantità con prezzi invariati significano automaticamente costi più elevati. Questo induce non di rado il mondo politico a un'operosità frenetica. Si pensa sempre di dover agire a livello di legge. Nel frattempo, il numero di iniziative parlamentari ha raggiunto un volume tale che, considerata la complessità della materia, si rischia di legiferare nella direzione e nel modo sbagliati. Sarebbe invece opportuno che dapprima gli attori sfruttassero la libertà di manovra esistente.

Un esempio è costituito dall'evoluzione quantitativa delle prestazioni mediche: l'intervento del Consiglio federale nel TARMED 2018 è stato un colpo di avvertimento per i partner tariffali, affinché mettessero mano una buona volta all'aggiornamento e alla rielaborazione necessari. Questo ha fatto sì che alla fine i medici e una parte degli assicuratori malattia si siano accordati sulla nuova struttura tariffale TARDOC.

Anche riguardo ai prezzi che deve fissare il Consiglio federale sussiste la necessità di intervenire, senza bisogno di modifiche di legge. Il rapporto mostra come vi sia un aumento quantitativo quasi irrefrenabile delle analisi di laboratorio. Ancora oggi le prestazioni sono retribuite in massima parte come posizioni singole. Considerando i progressi tecnici

e quante analisi nei grandi laboratori siano eseguite quasi in unico ciclo, questo appare come un anacronismo.

Una verità lapalissiana del sistema sanitario è che la promozione della qualità è la gestione dei costi migliore. Più qualità significa costi minori, perché si omettono trattamenti che non servirebbero a niente o sarebbero addirittura dannosi e se ne applicano altri ragionevoli e che riescono meglio, ossia causano meno effetti secondari. Fissando la discussione esclusivamente sui costi non si tiene conto di questi fatti.

Gli aumenti quantitativi non sono di per sé un male, ma vanno studiati con cura. Se si vuole che nel settore delle cure si affermi il principio «ambulatoriali prima che stazionarie», un aumento delle prestazioni Spitex appare addirittura auspicabile. Ma questo non è compatibile con il fatto che il Consiglio federale riduca i contributi corrispondenti. Perché avrebbe la competenza di disporre diversamente.

Inoltre, il rapporto evidenzia come nelle evoluzioni quantitative vi siano enormi differenze da un Cantone all'altro. La Svizzera è uno Stato organizzato su base federalistica e quindi le strutture di erogazione delle cure sono su piccola scala e frammentate. Le attività di riforma devono tenerne conto e vanno assolutamente evitate soluzioni dettagliate a livello nazionale.

Il rapporto evidenzia che occorre intervenire specialmente per quanto concerne il coordinamento dell'assistenza sanitaria. I medici di base hanno sempre meno tempo per svolgere questo compito. Questo crea confusione fra i ruoli tradizionali e occorre trovare nuove forme di coordinamento. Bisogna considerare se ad altri fornitori di prestazioni, come per esempio ai farmacisti, non vadano assegnate le relative competenze o se per conseguire questo obiettivo nuove categorie professionali non debbano operare a carico dell'assicurazione di base. L'esclusività del monopolio dei medici non potrà durare.

Metodica

Le presenti analisi si basano da una parte sui dati delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) del gruppo Helsana degli anni 2012 – 2017. Per le analisi si è potuto ricorrere ai dati anonimizzati di circa 1,2 milioni di assicurati. Rispetto alla popolazione totale, nel portafoglio di assicurati del gruppo Helsana il rapporto dei sessi pende a favore delle donne. Dato che le donne assicurate sono più anziane degli uomini assicurati, l'età media del campione è maggiore della media della popolazione svizzera. Pertanto, nelle nostre analisi sono stati applicati correttivi alla popolazione di assicurati Helsana per standardizzarla in base alla popolazione complessiva. Inoltre, i singoli valori sono stati proiettati all'intera popolazione. In tal modo, per le analisi che ne sono state derivate, il campione di Helsana costituisce una base di dati rappresentativa sia in termini di ordine di grandezza sia per la distribuzione secondo l'età e il sesso.

I dati Helsana comprendono però soltanto le informazioni che vengono conteggiate tramite l'assicurazione malattia. Specialmente nel settore ambulatoriale, le fatture vengono gestite secondo il sistema del cosiddetto Tiers garant, in cui il medico invia la fattura direttamente al paziente. Però una parte dei pazienti successivamente non invia la fattura all'assicuratore, perché la sua franchigia esclude un rimborso. Questo comunque non influisce sulla significatività delle analisi. Diversi sono i casi, in cui i fornitori di prestazioni spediscono la fattura direttamente all'assicuratore, di regola con copia al paziente (Tiers payant). Questi casi vengono tutti registrati nei sistemi dell'assicuratore.

Dall'altra parte, oltre ai dati Helsana, sono state utilizzate anche fonti di pubblico dominio dell'Ufficio federale di statistica (UST) e dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (v. riquadro).

- Costi e finanziamento del sistema sanitario (UST);
- Statistica medica degli ospedali (UST);
- Statistica degli istituti medico-sociali (UST);
- Statistica dell'assistenza e cura a domicilio (UST)
- Statistica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (UFSP).

La base di dati disponibili è costituita da cosiddetti dati secondari, che non sono stati rilevati appositamente per le presenti analisi. Per esempio, nel caso dell'UFSP si tratta prevalentemente dei dati dei conteggi, ottenuti nel quadro della normale applicazione dell'assicurazione malattia. Questi dati esigono quindi grande attenzione nella loro analisi e interpretazione. Sono comunque perfettamente adatti per una rappresentazione attuale e in massima parte non distorta della situazione dell'assistenza sanitaria in Svizzera.

Gruppo Helsana
Casella postale
8081 Zurigo
www.helsana.ch