

DRGInfo

DRG

I FORFAIT PER CASO – COLPEVOLI DI TUTTO?

La situazione negli ospedali svizzeri è tesa, la pressione sul personale curante aumenta e sono molti coloro che si chiedono perché le cose stanno così, e se questa situazione si acutizzerà ulteriormente con l'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali con i forfait per caso (DRG). Ecco un'analisi delle cause e alcune raccomandazioni per i curanti.



Elsbeth Wandeler

Segretaria Generale ASI/SBK Centrale

Perché oggi gli ospedali sono sottoposti ad una tale pressione – economizzare, essere efficienti, ridurre le degenze? Per capire le cause di questa situazione occorre interrogarsi sull'orientamento di base del nostro sistema sanitario. Vorrei affrontare la questione sulla base di tre tesi. La prima è questa: il problema non risiede nel nuovo sistema di fatturazione con i forfait per caso (Diagnoses Related Groups DRG), ma nell'orientamento del nostro sistema sanitario, fondato sull'economia di mercato.

Dal paziente al “caso”

Seguendo le attuali discussioni sul finanziamento del sistema sanitario, ci si accorge molto in fretta che al centro della discussione emergono delle nozioni quali logica di mercato, redditività, denaro, guadagno o benchmarking. Queste nozioni sono accompagnate da “proposte di soluzione” corrispondenti che mirano all'efficienza e al risparmio. Unico punto problematico: il paziente, che a volte costituisce un ostacolo alla soluzione perfetta del problema. Ma il paziente, a sua volta, è designato come elemento del mercato: diventa un “caso legato ad una diagnosi”. Ci si avvicina così un po' di più alle leggi dell'economia di mercato, poiché per ogni mercato che si rispetti occorre un cliente – nel nostro caso, il paziente – e un prodotto: la prestazione medica e infermieristica.

Ma i pazienti non possono essere semplicemente classificati in categorie di clienti: il cliente dell'ospedale, che consuma l'offerta della medicina acuta o, come dicono gli economisti, dei “letti occupati”, il cliente delle cure a domicilio, che ricorre alle prestazioni dei servizi di aiuto e cure a domicilio, o la persona che ha bisogno di cure e sceglie il suo IMS come si sceglie un albergo in funzione del numero di stelle. Tutti sono esseri umani che soffrono di una malattia, ma che hanno anche delle speranze e dei desideri, la speranza di guarire o di stare meglio, il desiderio di vivere in modo autonomo malgrado gli handicap, e questo indipendentemente dal luogo in cui si

trovano durante la loro malattia – a casa, in ospedale o in un IMS. Qualsiasi sistema di finanziamento della salute dovrebbe tener conto di queste realtà.

Personalmente sono convinta che i forfait per caso in sé non siano un cattivo sistema. In definitiva, la questione importante è sapere qual è lo scopo perseguito tramite il finanziamento. Un nuovo sistema è introdotto per ridurre i costi, ottenere una giusta ripartizione dei mezzi e promuovere la qualità? Questa è la domanda decisiva, e non quella sulla modalità del finanziamento.

Falsi incentivi

Il sistema dei DRG propone dei falsi incentivi per la presa a carico dei pazienti: il finanziamento differenziato delle cure acute, a domicilio, di riabilitazione e di lunga durata non ha alcun senso. Questa è la mia seconda tesi. Il potenziale di risparmio dei forfait per caso risiede nella riduzione della durata delle degenze. Lo scopo è di mandare a casa i pazienti sempre più in fretta, anche in situazioni complesse, da una parte per liberare un posto per il prossimo caso, dall'altra per mantenere i costi più bassi. A prima vista, la riduzione della degenza non è qualcosa di negativo – infatti chi non vorrebbe tornare a casa il più in fretta possibile? Tuttavia questo obiettivo non deve essere dettato dall'idea di ottimizzare i costi, ma dai bisogni reali del paziente. Da questo punto di vista, il nuovo finanziamento delle cure potrebbe perfettamente svilupparsi nell'interesse del paziente. In pratica, ciò significa che i pazienti possono lasciare l'ospedale da un punto di vista medico, ma in molti casi si deve garantire un accompagnamento infermieristico dopo la degenza. Le persone anziane hanno bisogno di più tempo per vivere con le conseguenze della loro malattia. Ragione per cui la presa a carico si sposta verso il domicilio, nell'IMS o verso le strutture d'accoglienza di giorno e di notte. Queste offerte saranno quindi sempre più frequenti, poiché costituiscono il solo mezzo per garantire interventi terapeutici e evitare efficacemente delle riammissioni.

Una visione d'insieme

Anche la preparazione e il seguito degli interventi operatori o diagnostici avverranno sempre più spesso a domicilio o negli IMS, il che richiederà delle offerte di cure adeguate. La preparazione ottimale di un intervento ambulatoriale è determinante per la sua riuscita.

Questo mostra chiaramente che l'introduzione dei forfait per caso richiederà lo sviluppo di offerte di cura ambulatoriali e di cure di transizione nel settore delle cure a domicilio e negli IMS, il che non può evidentemente essere gratuito. I risparmi conseguiti con la riduzione delle degenze avranno come conseguenza l'aumento dei costi degli istituti che intervengono a valle e a monte.

Un sistema di finanziamento delle cure orientato unicamente sulla presa a carico acuta istituzionale non permetterà un'ottimizzazione effettiva dei costi, ma implicherà piuttosto uno spostamento dei costi e creerà dei falsi incentivi per la presa a carico dei pazienti. Se il finanziamento nel settore ambulatoriale non è garantito o ricade sui pazienti, la qualità della presa a carico ne risentirà. Per questo sono convinta che solo un sistema di finanziamento uniformato, che si basa sulla catena di presa a carico (ambulatoriale/stazionaria/riabilitativa in cure di lunga durata) sarà in grado di evitare degli incentivi negativi di spostamento dei costi.

Un paziente e non un “caso”

Il successo del sistema dei DRG dipende dagli investimenti nella pratica delle cure e dalla valorizzazione delle cure nel sistema sanitario: questa è la mia terza tesi. Quante volte ci viene chiesto, come curanti, se abbiamo già curato “un tale caso”? La risposta è ovviamente negativa: nessun caso, forse una persona che presenta la stessa diagnosi, ma appunto un altro essere umano, con un'altra anamnesi, un'altra biografia, proveniente forse da un altro ambiente culturale, con altre aspettative, un altro comportamento, altri desideri. Al centro delle cure si trova un essere umano con la sua malattia che si basa effettivamente su una o più diagnosi, ma queste non rappresentano che una parte dei bisogni di questa persona malata. Per noi, il mandato delle cure è un compito globale che si orienta da una parte sugli indicatori medici, ma che include anche i bisogni personali e l'ambiente professionale e familiare. E' questa funzione di intermediario tra medicina e individualità che rende le cure allo stesso tempo esigenti e appassionanti. L'introduzione del sistema di finanziamento DRG comporta il rischio di perdere questi elementi fondamentali delle cure, perché i fattori “deboli” sono difficilmente misurabili per mezzo di indicatori di cura, che permettono di valutare la loro incidenza sui costi.

Flessibilità

E' innegabile che il lavoro dei curanti sarà ancora più difficile se la durata della degenza è ulteriormente ridotta. Saremo chiamati a curare più pazienti in situazioni acute e la pressione esercitata per coloro che lasciano l'ospedale più in fretta richiederà, da parte dei curanti, maggiori conoscenze e margine di manovra per quanto riguarda la valutazione della situazione. La dimissione del paziente inizia al momento dell'ammissione. Decidere se un paziente può lasciare l'ospedale o meno non deve essere solo di competenza del medico: anche il punto di vista dei curanti deve essere tenuto in considerazione. In seguito si pretenderà dai curanti sempre più flessibilità, poiché si assumeranno quando i letti sono occupati e saranno congedati al più presto quando l'occupazione diminuirà. Il lavoro su chiamata diventerà quasi obbligatorio per i datori di lavoro.

Rivendicazioni

Le nostre rivendicazioni riguardano quattro punti:

- *rappresentazione chiara delle cure richieste nei forfait per caso*: per le cure, la questione decisiva sarà di stabilire come le prestazioni infermieristiche sono misurate una volta fissati i costi per caso. L'ASI, in collaborazione con l'Associazione svizzera delle direttrici e dei direttori delle cure (ASDSI) ha lanciato un progetto in questo senso (vedi riquadro). Inoltre, intende deporre un diritto di mozione diretto presso il Casemix Office, affinché i risultati di questo progetto possano essere integrati allo sviluppo dei DRG
- *giusta ripartizione dei mezzi tra i vari settori di presa a carico*: non basta misurare correttamente i costi delle cure, si tratta pure di garantire che i soldi necessari siano realmente attribuiti alle cure. Inoltre è importante evitare le conseguenze negative del benchmarking
- *investire nel personale qualificato e condizioni di lavoro attrattive*: è ingenuo pensare che l'attuale carenza di personale curante possa essere colmata ricorrendo a personale meno qualificato, come si afferma oggi. Abbiamo bisogno di più personale altamente qualificato che sia in grado di rispondere alle

nuove esigenze nei confronti delle cure. L'attuale campagna mediatica contro l'accademizzazione delle cure infermieristiche si basa su una presa a carico della salute di trent'anni fa. Se la medicina continua a svilupparsi, le cure devono evolversi di conseguenza, affinché i successi della medicina possano essere garantiti

- *minimizzazione degli interfaccia tra presa a carico ambulatoriale e stazionaria per mezzo di un finanziamento equo*: uno studio parallelo deve permettere di seguire gli effetti del finanziamento per mezzo dei forfait per caso e del nuovo finanziamento delle cure sull'accompagnamento dei pazienti e se necessario chiedere delle miglorie a livello parlamentare.

E le cure?

Con i DRG il settore di attività delle cure sarà modificato. Non dobbiamo limitarci a recriminare su questa situazione, ma piuttosto formulare delle condizioni quadro chiare affinché possiamo assumere il nostro mandato secondo le regole dell'arte e senza penalizzare la qualità. Ciò richiede

- un mix di personale adeguato ad un diverso mix di pazienti
- il diritto di partecipare alle decisioni al momento della dimissione. E per garantire questo diritto, si deve riformulare una vecchia esigenza, quella del riconoscimento dei curanti come fornitori di prestazioni autonome nella LAMal. L'ASI aveva inoltrato questa esigenza (mozione Joder) al Consiglio nazionale nel 2001, ma è stata respinta dal Consiglio degli Stati. In quel momento questa mozione riguardava soprattutto le cure ambulatoriali, ma con l'introduzione dei forfait per caso negli ospedali, oggi assume un significato completamente diverso
- di rendere visibile il fatto che le cure di qualità non causano costi supplementari, ma, al contrario, riducono i costi

Sfruttiamo questa sfida e mostriamo che il sistema dei DRG potrà raggiungere i suoi obiettivi solo grazie a cure professionali di qualità.

Elsbeth Wandeler è segretaria generale dell'ASI Svizzera. Ha presentato questa relazione in occasione di una seduta di comitato del PS a Berna.

(Riquadro)

Progetto SwissDRG e cure infermieristiche

Il progetto SwissDRG e cure infermieristiche dell'ASDSI/ASI ha lo scopo di verificare in un primo tempo il costo delle cure per caso degli ospedali della rete SwissDRG e i dati del carico di cure per caso di alcuni ospedali della rete appartenente a varie categorie di istituti. Si tratterà di analizzare le eventuali dispersioni dei costi delle cure e del carico di cure, le differenze tra le categorie di istituti e le possibilità di categorizzazione riguardante i costi delle cure e il carico di cure.

I risultati dell'analisi quantitativa del carico di cure forniranno delle indicazioni sugli approcci adeguati da esaminare. Se le dispersioni si avverano importanti e se è probabile che possono essere ridotte tramite degli indicatori di cura, l'ASDSI e l'ASI inizieranno a partire dalla metà del 2009 i lavori di sviluppo di un modello nell'ambito del progetto parziale 2 in collaborazione con la SwissDRG SA e di altri partner.

La SwissDRG SA mette a disposizione i dati anonimi e raggruppati dei casi e gli ospedali partner metteranno a disposizione i dati del carico di cure per caso con una variabile per caso. L'ASDSI e l'ASI hanno incaricato un'équipe di esperti che assoceranno i dati secondo le regole dell'arte e dell'analisi statistica. Gli ospedali partner non figureranno nel rapporto. Ogni ospedale partner riceverà l'analisi dei suoi dati.