



Berna, 25 giugno 2019

Valutazione della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero

Sintesi del rapporto finale dell'UFSP al Consiglio federale

Situazione iniziale

Da anni i costi sanitari elevati e in crescita sono un tema importante non solo in Svizzera ma anche in altri Paesi. Un fattore di costo importante è il settore ospedaliero, che in Svizzera rappresenta oltre un terzo dei costi totali della sanità ed è la principale voce di costo tra i fornitori di prestazioni sanitarie.

Figura 1 – Incidenza dei costi ospedalieri sulla spesa sanitaria in Svizzera

Costi (spese per)		Sistema sanitario complessivo		2016	80,5 mia. fr.
				2011	66,9 mia. fr.
Settore ospedaliero complessivo (somatico-acute, psichiatrico, riabilitativo)		2016	28,5 mia. fr.	Altri fornitori di prestazioni - Medici liberi professionisti - Spitex - Case per anziani e case di cura - Altri	
		2011	23,0 mia. fr.		
Settore ospedaliero stazionario		2016	17,5 mia. fr.	Settore ospedaliero ambulatoriale	
		2011	13,6 mia. fr.		
Prestazioni ospedaliere stazionarie		Prestazioni d'interesse generale (PIG)			
(coperte dall'AOMS)	(non coperte dall'AOMS)	(non coperte dall'AOMS)			

Fonte: grafico elaborato a partire da B,S,S. 2019 sulla base dei dati dell'UST (UST 2018a).
Legenda: le aree del grafico con sfondo grigio sono quelle su cui si è concentrata la valutazione della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero.

Come mostra la figura 1, nel 2016 la spesa sanitaria totale si è attestata a 80,5 miliardi di franchi. Un buon terzo dei costi è imputabile al settore ospedaliero (28,5 mia. di franchi), di cui circa il 60 per cento a quello delle cure stazionarie (17,5 mia. di franchi). Le spese nel settore stazionario comprendono da un lato la remunerazione delle prestazioni ospedaliere stazionarie secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), che sono a carico dei Cantoni e dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), dall'altro le prestazioni d'interesse generale (PIG) che non sono coperte dall'AOMS e sono finanziate dai soli Cantoni o eventualmente da altri attori.

Alla luce della forte progressione dei costi, il 21 dicembre 2007 le Camere federali hanno approvato la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Si tratta di uno dei più importanti adeguamenti dall'entrata in vigore della legge nel 1996. L'obiettivo della revisione era di contenere l'aumento dei costi nel settore ospedaliero stazionario garantendo al contempo l'accesso a cure di alta qualità. L'idea centrale era di intensificare la concorrenza tra gli ospedali grazie a una maggiore trasparenza e una maggiore libertà di scelta per gli assicurati. Allo stesso tempo, con la pianificazione ospedaliera cantonale è stata concretizzata la gestione delle capacità degli ospedali. La revisione della LAMal è entrata in vigore il 1° gennaio 2009.

Le misure più importanti della revisione sono:

- il *finanziamento duale fisso* delle prestazioni ospedaliere stazionarie da parte dei Cantoni e dell'AOMS, ossia almeno il 55 per cento a carico dei Cantoni e al massimo il 45 per cento a carico dell'AOMS;
- la remunerazione delle prestazioni ospedaliere stazionarie mediante *importi forfettari riferiti alle prestazioni* basati su strutture tariffarie uniformi a livello nazionale;

- l'orientamento della *pianificazione ospedaliera cantonale a criteri di pianificazione uniformi a livello nazionale*, la pianificazione congiunta nel settore della medicina altamente specializzata e l'attribuzione di mandati di prestazioni distinguendo tra ospedali che figurano nell'elenco cantonale e ospedali convenzionati;
- l'*estensione della libera scelta dell'ospedale* per gli assicurati che vogliono farsi curare in un ospedale di un altro Cantone;
- l'obbligo per i fornitori di prestazioni di allestire una *base informativa estesa sull'economicità e sulla qualità* delle prestazioni ospedaliere stazionarie.

La maggior parte delle misure introdotte con la revisione è stata attuata a partire dal 1° gennaio 2012. La revisione prevedeva tuttavia anche disposizioni transitorie. I criteri di pianificazione dovevano per esempio essere considerati nella pianificazione ospedaliera cantonale entro il 31 dicembre 2014. I Cantoni in cui il premio medio per gli assicurati adulti al 1° gennaio 2012 era inferiore a quello medio nazionale avevano tempo fino al 1° gennaio 2017 per portare la loro quotaparte di partecipazione al finanziamento duale fisso almeno al 55 per cento. Inoltre, dal 1° gennaio 2012 negli ospedali somatici acuti è stato introdotto il sistema degli importi forfettari riferiti alle prestazioni (SwissDRG). Nella psichiatria stazionaria questo sistema (TAR-PSY) è stato adottato il 1° gennaio 2018. Nel settore della riabilitazione, l'introduzione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni (ST Reha) è prevista a partire dal 2022.

Il Consiglio federale ha incaricato l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) di valutare l'attuazione e gli effetti della revisione della LAMal. I lavori, svolti da istituti di ricerca e di valutazione esterni, si sono concentrati su tre aree tematiche principali, i cui risultati sono presentati in dettaglio in tre rapporti tematici non pubblicati in italiano: «Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems» / « Coûts et financement du système de soins » (B,S,S. 2019), «Qualität der stationären Spitalleistungen» / « Qualité des prestations hospitalières stationnaires » (INFRAS und Zahnd 2018) e «Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung» / « Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins » (econcept/LENZ 2018). Questi rapporti si basano, oltre che su rilevazioni condotte dagli autori, su altri studi commissionati dall'UFSP, nonché su studi della ricerca concomitante esterna.

Il presente rapporto finale riassume i risultati dei rapporti tematici e stila un bilancio complessivo. Nell'interpretare i risultati presentati di seguito, è importante tenere conto innanzitutto del breve periodo di osservazione. Il periodo di introduzione valutato (2012-2016) è stato caratterizzato da effetti di anticipazione, disposizioni transitorie e da un'attuazione in parte eterogenea delle misure. In secondo luogo, va rilevato che in alcuni casi la base di dati non consente una valutazione definitiva. In terzo luogo, occorre tenere presente che il 25 maggio 2011 il Consiglio federale ha scelto la variante di valutazione minima. Questo significa che la valutazione si è focalizzata sul settore ospedaliero stazionario coperto dall'AOMS, per cui non è possibile rispondere – o è possibile solo in misura molto limitata – a questioni specifiche riguardanti il settore ospedaliero ambulatoriale, l'interfaccia tra il settore ambulatoriale e quello stazionario o il settore dell'assicurazione complementare¹. In quarto luogo va sottolineato che la necessità di intervento identificata nell'ambito della valutazione si basa in ampia misura sulla situazione osservata fino al 2016-2017. Per determinare le misure attualmente necessarie vanno considerati gli sviluppi intervenuti nel frattempo come pure le attività rilevanti condotte dalla Confederazione, dai Cantoni, dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori.

Valutazione dell'attuazione delle misure contemplate dalla revisione

Nel complesso, le misure previste dalla revisione sono attuate conformemente alle aspettative

¹ Prestazioni coperte dalle assicurazioni complementari ospedaliere secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

del legislatore:

- Il *finanziamento duale fisso* è stato attuato come previsto. Il passaggio dal finanziamento per stabilimento ospedaliero al finanziamento delle prestazioni è stato completato. Attualmente il settore ospedaliero stazionario è finanziato per il 91 per cento dai contributi per prestazioni ospedaliere stazionarie². Si osserva lo spostamento auspicato delle quote di finanziamento dai premi (AOMS) alle imposte (Cantoni). In tutti i Cantoni la quotaparte di finanziamento a carico dell'AOMS si è stabilizzata al livello inferiore previsto del 45 per cento al massimo.
- Anche l'introduzione degli *importi forfettari riferiti alle prestazioni* per mezzo di SwissDRG nel settore somatico-acuto è stata implementata in larga misura secondo le aspettative. Nell'approvare e fissare le tariffe per gli ospedali, i Cantoni tengono conto in misura sempre maggiore del criterio dell'economicità. Come auspicato, i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni sono stati inclusi negli importi forfettari e non si riscontrano praticamente più coperture dei deficit degli ospedali da parte dei Cantoni. Negli ultimi anni la validità della struttura tariffaria SwissDRG è migliorata.
- I Cantoni hanno attuato le modifiche introdotte dalla revisione della LAMal nel settore della *pianificazione ospedaliera* in modo conforme alla legge. Nel contempo, hanno sfruttato ampiamente il margine di manovra offerto dalla normativa rivista. La stragrande maggioranza ha proceduto alla determinazione dei bisogni in modo comprensibile con modelli previsionali, e per la pianificazione del fabbisogno ospedaliero nel settore delle cure somatiche-acute si è basata sul modello dei gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera (SPLG) secondo la raccomandazione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Soprattutto nel settore somatico-acuto l'acquisto di prestazioni è sempre più improntato alla concorrenza. Dal 2012 il coordinamento intercantonale nel settore delle cure stazionarie è migliorato.
- Gli ospedali mettono in atto *l'estensione della libera scelta dell'ospedale* e rispettano l'obbligo di ammissione dei pazienti. I Cantoni non hanno formulato condizioni per i trattamenti fuori Cantone che esulano dalle raccomandazioni della CDS. Tuttavia, la base di dati disponibile a tale riguardo è limitata.
- L'adozione di misure per allargare la *base informativa sull'economicità e sulla qualità* hanno permesso di ottenere una maggiore disponibilità di cifre chiave degli ospedali e un utilizzo complessivamente maggiore di questi indicatori.

La valutazione evidenzia tuttavia alcune possibilità di ottimizzazione:

- Molte delle misure sono attuate secondo modalità diverse da Cantone a Cantone, il che può ostacolare l'auspicata concorrenza tra gli ospedali a livello nazionale. In sede di approvazione e fissazione delle tariffe di base, i Cantoni tengono conto in modo diverso del criterio dell'economicità. Inoltre la Confederazione non ha ancora effettuato e pubblicato, in collaborazione con i Cantoni, confronti nazionali tra ospedali per i costi per singolo caso al netto del grado di gravità. Nella pianificazione ospedaliera i Cantoni utilizzano poco gli indicatori di qualità. Questo è dovuto da un lato al fatto che i Cantoni interpretano in modo esteso i criteri di economicità e qualità e dall'altro alla base di dati parzialmente insufficiente. Inoltre, vista la mancanza di una definizione, di una rilevazione e di una valutazione unitarie delle PIG e degli investimenti diretti dei Cantoni nel settore ospedaliero o della concessione di condizioni agevolate per tali investimenti è teoricamente possibile che vi sia un sovvenzionamento incrociato delle prestazioni ospedaliere stazionarie. Attualmente vi sono però solo pochi indizi concreti al riguardo.

² Per prestazioni ospedaliere stazionarie si intendono le prestazioni per le cure mediche e le prestazioni fornite durante la degenza (p. es. prestazioni alberghiere)

- La cooperazione intercantonale e la pianificazione sovregionale del fabbisogno possono essere ulteriormente ottimizzate, anche se la pianificazione congiunta è prescritta dalla legge solo per la medicina altamente specializzata. Tuttavia, il legislatore ha abbinato l'obiettivo della riduzione della sovracapacità con la volontà di un maggiore coordinamento e di una maggiore cooperazione tra Cantoni e regioni.
- Finora gli assicurati hanno usufruito poco dell'estensione della libera scelta dell'ospedale. È probabile che uno degli ostacoli sia rappresentato dalla difficoltà per i pazienti di capire gli indicatori di qualità degli ospedali. Inoltre, l'estensione della libera scelta può essere ostacolata da possibili svantaggi economici (p. es. le basse tariffe di riferimento per i ricoveri fuori Cantone) e dalla complessità della procedura.

Complessivamente i due elementi essenziali per migliorare l'attuazione della revisione della LAMal sono l'ulteriore miglioramento della base di dati e l'armonizzazione dell'attuazione nei Cantoni.

Effetti della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero

Costi e finanziamento del sistema sanitario

Sono stati raggiunti importanti obiettivi della revisione, come il contenimento dell'aumento dei costi nel settore ospedaliero stazionario e la promozione della concorrenza tra ospedali (B,S,S, 2019, basato su Pellegrini & Roth 2018, Müller et al. 2019):

- L'aumento dei costi delle prestazioni ospedaliere stazionarie e del settore ospedaliero stazionario è stato contenuto in particolare nell'AOMS (vedi tabella 2)³.
- La revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero ha portato all'auspicato spostamento delle quote di finanziamento dei soggetti finanziatori per le prestazioni ospedaliere stazionarie e ha contribuito a fare in modo che la quotaparte di copertura da parte dell'AOMS scendesse quasi al valore del 45 per cento fissato come obiettivo. Nel 2016, il 48 per cento di tutte le spese ospedaliere stazionarie soggette alla LAMal in Svizzera è stato finanziato dai premi dell'AOMS, contro il 53 per cento nel 2013.
- Per le prestazioni ospedaliere nel settore stazionario acuto il finanziamento orientato alle prestazioni è aumentato. Attualmente il settore ospedaliero stazionario è finanziato per il 91 per cento con i contributi per prestazioni ospedaliere stazionarie.
- La trasparenza dei costi e del finanziamento delle prestazioni ospedaliere stazionarie è aumentata. Vi sono più dati accessibili al pubblico e le pianificazioni ospedaliere cantonali tengono maggiormente conto dei criteri di pianificazione fissati dal Consiglio federale per l'economicità.
- La pressione finanziaria sugli ospedali è aumentata e ha portato a miglioramenti dell'efficienza, in particolare all'ottimizzazione dei processi.
- Finora, non si sono manifestati effetti indesiderati. In particolare, non si osservano cali di efficienza degli ospedali per effetto dell'applicazione degli importi forfettari riferiti alle prestazioni. Inoltre, il crescente numero di casi presi in carico negli ospedali somatico-acuti non può essere attribuito ad aumenti indesiderati del volume di prestazioni dovuti agli importi forfettari riferiti alle prestazioni. Queste conclusioni si fondano tuttavia su una base di dati limitata.

³ I costi delle prestazioni ospedaliere stazionarie si riferiscono alla remunerazione delle prestazioni fornite soggette alla LAMal. I costi del settore ospedaliero stazionario comprendono, oltre alle spese per le prestazioni ospedaliere stazionarie, anche le PIG e la copertura di eventuali deficit da parte dei Cantoni.

Nonostante questa valutazione fondamentalmente positiva, vanno evidenziati alcuni punti deboli in merito agli effetti della revisione sui costi e sul finanziamento del sistema sanitario:

- Al di là del settore ospedaliero stazionario, non è stato possibile contenere la crescita dei costi (vedi tabella 2). Le ragioni vanno ricercate nel fatto che la revisione si focalizza sul settore delle prestazioni ospedaliere stazionarie e sulla summenzionata necessità di ottimizzare l'attuazione. Inoltre l'orizzonte temporale trascorso dall'introduzione della revisione è probabilmente troppo breve per permettere alle misure di esprimere appieno i propri effetti.
- L'efficacia a lungo termine del contenimento dei costi nel settore ospedaliero stazionario non è chiara. Si dovrà innanzitutto verificare se l'impennata dei costi registrata nel 2011 e nel 2012 potrà essere compensata da un contenimento a lungo termine della crescita annuale, tanto più che verranno a mancare gli effetti riconducibili alle disposizioni transitorie.
- Vi sono ancora lacune a livello di trasparenza dei costi e del finanziamento del settore ospedaliero stazionario. Questo vale in particolare per i settori delle PIG e degli investimenti.
- La revisione ha rafforzato la tendenza a trasferire le prestazioni dagli ospedali acuti al settore delle cure post-acute. A causa della base di dati insufficiente, le conseguenze in termini di costi e gli eventuali miglioramenti di efficienza dei trasferimenti da un settore all'altro restano poco chiari.

Qualità delle prestazioni ospedaliere stazionarie

Dopo l'introduzione della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero il livello qualitativo delle prestazioni ospedaliere stazionarie è rimasto invariato e in alcuni casi è migliorato (INFRAS und Zahnd 2018). Non si riscontra pertanto un peggioramento sistematico della qualità, come in parte temuto prima della sua entrata in vigore. Questo ha permesso di raggiungere un importante obiettivo della revisione.

Tuttavia, le statistiche pubbliche considerano solo pochi indicatori che consentono di formulare conclusioni sull'evoluzione della qualità dei risultati delle prestazioni ospedaliere stazionarie. La tabella 1 evidenzia come questi indicatori non siano peggiorati in seguito alla revisione della LAMal, ma al contrario siano tendenzialmente migliorati. Nel settore somatico-acuto, per esempio, il numero di decessi nei 30 giorni successivi a un intervento chirurgico eseguito in regime ospedaliero stazionario è diminuito (mortalità a 30 giorni). La soddisfazione del paziente e gli indicatori sui singoli aspetti della qualità dei risultati (p. es. infezioni postoperatorie del sito chirurgico, cadute ecc.) sono rimasti stabili. D'altra parte, il numero di rientri in ospedale nel settore somatico-acuto è aumentato in misura significativa dal 2009. Non è possibile determinare in che misura questa tendenza possa essere imputabile alla revisione della LAMal.

Tabella 1 – Evoluzione degli indicatori di qualità dei risultati (settore somatico-acuto)

Indicatori	Evoluzione dei risultati	Periodo di osservazione
Indicatori basati su analisi delle statistiche UST condotte dall'Obsan (Tuch et al. 2018)*		
Tasso di mortalità ospedaliera a 30 giorni	↓ In calo	2009-2016
Rientri in ospedale (18 giorni/30 giorni)	↑ In aumento	2009-2016
Indicatori basati sulle valutazioni/misurazioni dell'ANQ (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche)		
Rientri in ospedale potenzialmente evitabili**	↓ In calo (eccezione 2014)	2010-2015
	↑ In aumento	2016
Soddisfazione del paziente	Stabile	2011-2015
Infezioni postoperatorie del sito chirurgico per 12 tipi di intervento	Stabile / ↓ In calo***	2011-2015/2016
Tasso di prevalenza delle cadute	Stabile	2011-2016
Tasso di prevalenza delle piaghe da decubito	Stabile	2011-2016

Fonte: rappresentazione semplificata basata su INFRAS e Zahnd 2018, completata da ANQ 2018.

Legenda:

*UST: dati della Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'Ufficio federale di statistica.

** Anche l'indicatore ANQ si basa sulle statistiche dell'UST, ma applica un metodo di analisi diverso dalle valutazioni dell'Obsan. I risultati 2016 sono stati completati da ANQ 2018.

***Dal 2011 si riscontra un calo significativo delle infezioni del sito chirurgico dopo appendicectomia, interventi di ernia, cardiocirurgia, protesi elettiva dell'anca, laminectomia e bypass gastrico.

In sintesi, la valutazione formula le seguenti conclusioni in merito agli effetti della revisione sulla qualità delle prestazioni ospedaliere stazionarie:

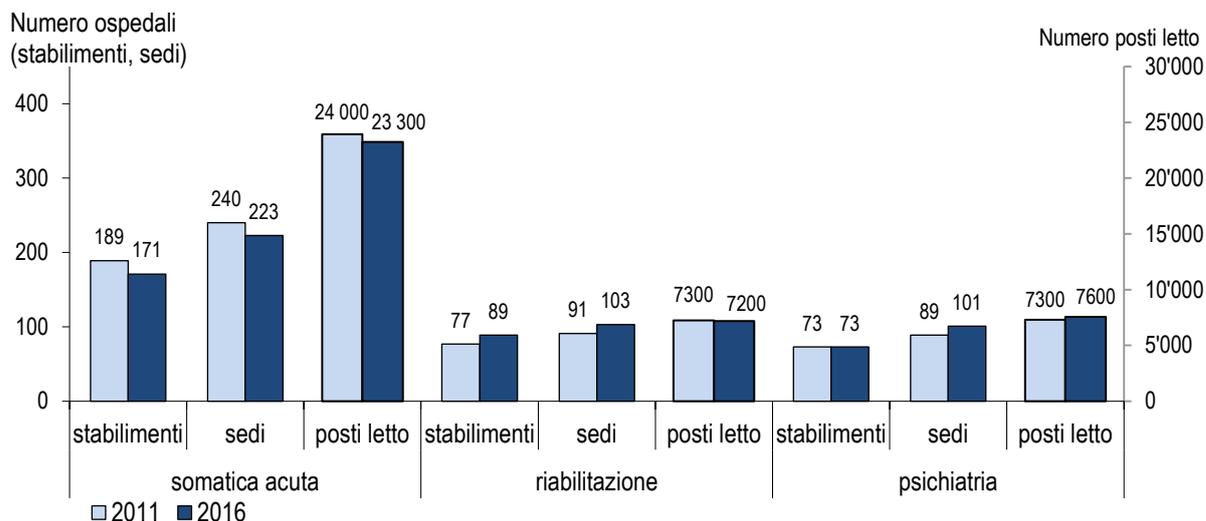
- Dall'entrata in vigore della revisione della LAMal si osservano progressi soprattutto a livello di qualità dei processi e delle strutture delle prestazioni ospedaliere stazionarie.
- Non si riscontra un peggioramento sistematico della qualità come in parte temuto prima dell'entrata in vigore della revisione. Emerge tuttavia in modo chiaro che la revisione non ha avuto un effetto manifestamente positivo sulla qualità dei risultati e sulla qualità nell'interfaccia verso l'assistenza post-acuta.
- La trasparenza sulla qualità delle prestazioni ospedaliere stazionarie è migliorata grazie al fatto che è disponibile un numero maggiore di cifre chiave degli ospedali sulla qualità. Nel periodo considerato queste cifre sono tuttavia incomplete, di difficile comprensione per gli assicurati e troppo poco utilizzate.
- Le misure previste dalla revisione intervengono in un contesto in cui erano già in atto cambiamenti. Le prime importanti tendenze verso una concorrenza a livello qualitativo si sono infatti già manifestate prima del 2012. Tra questi si può citare la tendenza generale di molti attori a puntare sulla qualità, l'influenza dei media (*agenda setting*), il crescente interesse del pubblico e la maggiore autonomia e informazione dei pazienti.

Panorama ospedaliero e garanzia di assistenza sanitaria

Dall'entrata in vigore della revisione della LAMal nel 2012 la concorrenza tra gli ospedali si è intensificata, ma non si osservano ancora gli effetti attesi sul panorama ospedaliero (econcept/LENZ 2018). Tra il 2012 e il 2016 le misure introdotte con la revisione non hanno prodotto quasi nessun cambiamento nel panorama ospedaliero: tra il 2011 e il 2016 il numero di ospedali che trattano almeno 30 casi stazionari all'anno è rimasto stabile (+/-2 %) e il numero complessivo di posti letto ha subito solo un leggero calo (-1 %). Globalmente non si può concludere che nel settore stazionario degli ospedali le capacità siano diminuite.

Tuttavia, come dimostra la figura 2, vi sono differenze tra i diversi settori di assistenza. In quello somatico-acuto è proseguita la tendenza a una leggera concentrazione degli ospedali (strutture e sedi), riscontrata peraltro già prima del 2011. Nel settore della riabilitazione, dal 2011 il numero di ospedali è aumentato di circa il 15 per cento, mentre il numero di posti letto è leggermente diminuito. In psichiatria il numero di strutture è rimasto stabile. Il numero di sedi (+12 %) e di posti letto (+4 %) è tuttavia aumentato tra il 2011 e il 2016.

Figura 2 – Ospedali somatico-acuti, di riabilitazione e di psichiatria nel 2011 e nel 2016



Fonte: grafico elaborato in proprio a partire da econcept/LENZ 2018 e Gruber & Lippitsch 2018a

In sintesi, dalla valutazione si possono trarre le seguenti conclusioni in merito all'evoluzione del panorama ospedaliero e della garanzia di assistenza:

- L'assistenza continua a essere garantita. L'accesso della popolazione agli ospedali con servizio di pronto soccorso riconosciuto funzionante 24h/24 per le emergenze mediche e chirurgiche è rimasto pressoché invariato dal 2010.
- Dalla revisione della LAMal nel 2012 la concorrenza tra ospedali si è intensificata. Non si osserva tuttavia (ancora) l'auspicata concentrazione del panorama ospedaliero con conseguente riduzione delle capacità.
- Tra il 2012 e il 2016 le misure introdotte con la revisione non hanno prodotto quasi nessun cambiamento nel panorama ospedaliero. A livello aggregato vi sono stati pochi segnali di una concentrazione dell'offerta e delle prestazioni ospedaliere. Tuttavia, le analisi dettagliate mostrano che nel panorama ospedaliero svizzero sono in atto numerosi cambiamenti e che gli sviluppi accennano ad andare nella direzione auspicata dalla revisione. Nel settore somatico-acuto, la tendenza alla concentrazione dell'offerta osservata già prima del 2012 è proseguita anche nel periodo in esame.
- Le ragioni principali che spiegano gli effetti finora modesti della revisione sul panorama ospedaliero vanno ricercate, da un lato, nel breve periodo trascorso dall'inizio dell'attuazione della revisione e, dall'altro, nell'effetto di ritardo prodotto dalle necessarie decisioni di investimento a lungo termine. Gli ospedali si stanno ancora adattando alla crescente concorrenza e investono nell'infrastruttura. Nell'ambito delle strategie di concorrenza, le fasi d'investimento precedono spesso quelle di consolidazione. Il panorama ospedaliero non è ancora entrato in una fase di ristrutturazione. In terzo luogo, le condizioni quadro concorrenziali non sono ancora promosse in modo sufficientemente coerente dai Cantoni. In quarto luogo, manca l'incentivo al cambiamento che potrebbe risultare da un comportamento coerente e informato dei pazienti.

Effetti della revisione sui principali attori del sistema sanitario

La revisione della LAMal ha avuto un impatto su tutti i principali attori del sistema sanitario.

Assicurati

Nel complesso, la revisione della LAMal ha avuto effetti moderatamente positivi per gli assicurati. Negli scorsi anni gli assicurati hanno beneficiato in particolare del miglioramento della qualità delle strutture e dei processi (p. es. qualità del servizio, infrastrutture, ottimizzazione delle procedure di trattamento). Non si rilevano effetti negativi sistematici come il razionamento o la violazione dell'obbligo di ammissione da parte degli ospedali inclusi negli elenchi. Empiricamente, tuttavia, non è possibile dimostrare né un miglioramento, né un peggioramento sistematico della qualità dei risultati. Non si può escludere che la riduzione della durata della degenza negli ospedali somatico-acuti possa portare a dimissioni premature e che le lacune qualitative esistenti, soprattutto nel passaggio al settore post-acuto, possano risultare rafforzate in alcuni casi. Finora gli assicurati ricorrono solo in misura limitata all'estensione della libertà di scelta dell'ospedale. Ciò è probabilmente dovuto principalmente alla persistente mancanza di trasparenza per quanto riguarda la qualità delle prestazioni ospedaliere, ad altre priorità degli assicurati e a ostacoli finanziari.

Cantoni

Con la revisione della LAMal i Cantoni sono stati consapevolmente investiti di una maggiore responsabilità per stabilizzare il finanziamento attraverso i premi e le imposte. Al tempo stesso, la Confederazione ha lasciato loro un ampio margine di manovra per l'attuazione a livello di legge.

Come auspicato, i Cantoni si fanno carico di una quotaparte maggiore delle spese per le prestazioni ospedaliere coperte dall'AOMS rispetto a prima dell'entrata in vigore della revisione. Parallelamente sono stati sgravati in modo mirato dai costi di investimento per gli ospedali. Nel periodo 2013-2016 la spesa annua dei Cantoni per il settore ospedaliero stazionario è aumentata in misura minore rispetto al 2011 (0,6 % contro il 3,8 %). Tuttavia, l'attendibilità dell'indicatore è considerevolmente limitata per due motivi. In primo luogo, la mancanza di delimitazione della spesa per le PIG non permette di formulare conclusioni per il solo settore coperto dall'AOMS. In secondo luogo, lo sgravio per i Cantoni riconducibile alla partecipazione dell'AOMS ai costi di utilizzo delle immobilizzazioni non è quantificabile per mancanza di dati. Di conseguenza, un confronto dell'evoluzione della spesa prima e dopo il 2012 è possibile solo in misura limitata (Pellegrini & Roth 2018, B.S.S. 2019).

I Cantoni attuano la pianificazione ospedaliera conformemente alla legge. Numerosi Cantoni hanno contribuito a migliorare le condizioni quadro concorrenziali tra il 2012 e il 2015 applicando gruppi di prestazioni unitari per la pianificazione ospedaliera (modello SPLG) nella medicina somatica acuta ed effettuando procedure di assegnazione pubbliche. Tuttavia, l'attuazione della revisione a livello cantonale rimane molto eterogenea a causa delle diverse interpretazioni. Questo vale tanto per l'aspetto dell'economicità (specie per i confronti tra ospedali e le PIG) quanto per quello della qualità. A titolo di esempio, non vengono realizzati confronti qualitativi tra gli ospedali anche a causa dell'insufficiente base di dati. La pianificazione sovra-regionale del fabbisogno viene promossa molto poco, tranne che per la medicina altamente specializzata. Il coordinamento intercantonale (accordi, audizioni) è stato rafforzato, ma la cooperazione tra i Cantoni (nel senso di una pianificazione comune del fabbisogno) resta limitata. La ragione principale può essere ricercata nel fatto che i Cantoni continuano ad avere un ruolo multiplo nel settore ospedaliero, il che genera conflitti a livello di governance. In generale, la pianificazione ospedaliera cantonale tende tuttora a concentrarsi piuttosto sul proprio Cantone e sugli ospedali pubblici.

Fornitori di prestazioni

Gli ospedali sono al centro delle catene degli effetti delle misure previste dalla revisione della LAMal. Il settore più interessato è quello somatico-acuto, dove già dal 2012 vengono applicati importi forfettari per caso riferiti alle prestazioni.

Le reazioni degli ospedali rispondono generalmente alle aspettative del legislatore. Gli ospedali acuti, in particolare, subiscono una crescente pressione finanziaria per effetto dell'introduzione degli importi forfettari per caso riferiti alle prestazioni. Inoltre, la pianificazione ospedaliera effettuata tenendo conto dei criteri di qualità definiti dal Consiglio federale e l'estensione della libera scelta dell'ospedale hanno aumentato la pressione concorrenziale sugli ospedali, che rispondono con sforzi per aumentare la qualità, migliorando l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni e rafforzando la cooperazione (soprattutto con misure di riduzione dei costi). Si osservano solo raramente misure indesiderate volte ad aumentare i ricavi (p. es. aumento del volume di prestazioni non indicate dal punto di vista medico). Gli ospedali acuti adempiono al loro obbligo di ammissione. Non vi sono evidenze secondo cui gli ospedali stiano compensando la maggiore pressione finanziaria con una riduzione del personale. I dati disponibili su queste possibili misure sono tuttavia limitati. Dalle inchieste condotte risulta inoltre che il personale è esposto a un carico di lavoro più elevato. Le reazioni degli ospedali alla revisione e l'evoluzione del panorama ospedaliero sono comunque inferiori alle aspettative del legislatore. La concorrenza tra gli ospedali non ha ancora raggiunto il livello auspicato e finora le riduzioni di capacità non si sono realizzate quasi per nulla.

Dai risultati della valutazione emerge che, a causa della pressione finanziaria sul settore somatico-acuto, il trasferimento di pazienti agli ospedali di psichiatria e di riabilitazione, nonché alle strutture di assistenza post-acuta extraospedaliera (p. es. cure ambulatoriali, case di cura, hospice), avviene prima e con maggiore frequenza. Secondo le dichiarazioni dei fornitori di prestazioni nel settore delle cure ambulatoriali, delle case di cura e degli hospice, questa situazione fa aumentare i costi, in quanto queste istituzioni devono assumere più personale qualificato.

Assicuratori

Per effetto della revisione, la quotaparte di finanziamento a carico dell'AOMS delle prestazioni ospedaliere stazionarie è scesa al livello previsto, pari al 45 per cento. Da quando è entrata in vigore la revisione l'aumento della spesa a carico dell'AOMS per le prestazioni ospedaliere stazionarie è rallentato, mentre non è stato possibile frenare l'aumento della spesa AOMS per tutti i tipi di prestazione. La quotaparte delle spese per prestazioni ospedaliere stazionarie a carico delle assicurazioni complementari si è ridotta. Il calo è probabilmente dovuto all'estensione della libera scelta dell'ospedale con partecipazione finanziaria del Cantone di residenza in caso di ricoveri fuori Cantone. La valutazione non ha permesso di quantificare in che misura si sono verificati spostamenti di spesa all'interno dell'AOMS, per esempio verso le prestazioni ambulatoriali.

Contributo della revisione al raggiungimento dei principali obiettivi di politica sociale e di concorrenza della LAMal

La revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero si propone di contribuire al raggiungimento di due dei tre obiettivi principali della LAMal, ossia il contenimento dell'aumento dei costi nell'AOMS e nella sanità e la garanzia dell'accesso a cure di qualità.

Contenimento dell'aumento dei costi

La tabella seguente (tabella 2) fornisce una panoramica dell'evoluzione degli indicatori di spesa e di costo nel settore ospedaliero e nella sanità dopo l'entrata in vigore della revisione rispetto al periodo precedente.

Tabella 2 – Evoluzione degli indicatori di spesa e di costo

Indicatori di spesa/costo	Aumento medio annuo (%)			Evoluzione dell'aumento dei costi
	Periodo precedente	2012	2013-2016	2013-2016 rispetto al periodo precedente
Prestazioni ospedaliere stazionarie				
Costi di produzione per la fornitura di prestazioni ospedaliere stazionarie	2,8 % ^{a)}	4,6 %	2,9 %	= stabile
Spesa coperta dall'AOMS per le prestazioni ospedaliere stazionarie	3,2 % ^{b)}	10,1 %	1,5 %	↓ aumento frenato
Settore ospedaliero stazionario				
Spese dei Cantoni (compresi PIG ed eventuali altri investimenti cantonali)	3,8 % ^{b)}	12,1 %	0,6 %	↓ aumento frenato
Spese di tutti i soggetti finanziatori per il settore ospedaliero stazionario	6,6 % ^{a)}	7,2 %	3,0 %	↓ aumento frenato
Settore ospedaliero (ambulatoriale e stazionario)				
Spesa di tutti i soggetti finanziatori per il settore ospedaliero	3,6 % ^{c)}		4,0 %	↑ aumento accelerato
Sistema sanitario				
Spesa di tutti i soggetti finanziatori per il sistema sanitario	3,3 % ^{c)}		3,9 %	↑ aumento accelerato

Fonte: presentazione semplificata basata sui dati die B,S,S. 2019

Legenda: è qui rappresentato l'aumento dei costi/spese in assoluto. La disponibilità di dati per il periodo precedente è differente: ^{a)} 2011, ^{b)} 2006–2011, ^{c)} 2009–2011.

La tabella 2 mostra un leggero rallentamento dell'aumento della spesa nel settore ospedaliero stazionario, riconducibile alle misure di miglioramento dell'efficienza adottate dagli ospedali, che sono almeno in parte correlate alla revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Gli obiettivi di contenimento sono stati raggiunti per la spesa coperta dall'AOMS per le prestazioni ospedaliere stazionarie e per tutti i soggetti finanziatori del settore ospedaliero stazionario. Non sono invece stati raggiunti gli obiettivi di contenimento dei costi per il settore ospedaliero nel suo complesso, che comprende anche le prestazioni ambulatoriali, e quelli per l'intero sistema sanitario. Potenzialmente, la crescita rallentata dei costi nel settore ospedaliero stazionario può attenuare parzialmente l'evoluzione dei costi in generale.

I risultati vanno tuttavia valutati con cautela. In primo luogo, l'orizzonte di analisi è breve. L'evoluzione nel 2012 è indicata separatamente in quanto in quell'anno, a causa della revisione, si sono riscontrati effetti soglia suscettibili di compromettere il confronto tra la situazione prima e dopo la revisione. L'aumento iniziale della spesa può essere controbilanciato solo da una successiva crescita più contenuta, purché questa si protragga a lungo termine. In secondo luogo, va considerato l'impatto dell'innalzamento differito della quotaparte di finanziamento cantonale ad almeno il 55 per cento entro il periodo transitorio fino al 2017 previsto dalla legge. Questo cambiamento dovrebbe avere un effetto di contenimento dei costi a carico dell'AOMS. In terzo luogo, l'inclusione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni negli importi forfettari applicati nel settore somatico-acuto dal 2012 ha avuto un effetto di contenimento delle spese dei Cantoni.

Resta da vedere come si svilupperanno i costi a lungo termine quando gli effetti della fase di introduzione si attenueranno e gli importi forfettari riferiti alle prestazioni saranno applicati in tutti i settori di assistenza. Si potrà inoltre determinare se l'impennata dei costi registrata nel 2011-2012 potrà essere compensata a lungo termine.

Garantire l'accesso a cure di qualità

La revisione della LAMal ha tendenzialmente migliorato, seppur in lieve misura, l'accesso a un'offerta di cure qualitativamente elevata. Da anni la qualità delle strutture e dei processi nel settore ospedaliero stazionario fa segnare un'evoluzione positiva. La revisione ha dato un contributo in tal senso soprattutto attraverso una maggiore pressione concorrenziale. L'accesso alle cure continua ad essere garantito: l'accessibilità degli ospedali in caso di emergenza resta ottima e non vi sono prove di una violazione sistematica dell'obbligo di ammissione da parte degli ospedali. Secondo gli indicatori disponibili, la qualità dei risultati non è sistematicamente peggiorata e alcuni indicatori sono addirittura migliorati (p. es. il numero di decessi a 30 giorni da un intervento chirurgico effettuato in regime stazionario, il grado di soddisfazione dei pazienti, le infezioni postoperatorie del sito chirurgico). Tuttavia, non vi è certezza su come si debba valutare l'aumento delle percentuali di rientri in ospedale. Vi sono inoltre segnali di un'intensificazione delle lacune di qualità nelle interfacce verso il settore post-acuto (p. es. cure ambulatoriali, case di cura, hospice) dall'entrata in vigore della revisione.

La revisione è lo strumento più appropriato per contenere l'aumento dei costi nell'AOMS?

Nel complesso, la revisione sembra essere uno strumento idoneo per contenere l'aumento della spesa coperta dall'AOMS nel settore ospedaliero stazionario. L'obiettivo di contenimento dei costi è infatti stato raggiunto per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere stazionarie coperte dall'AOMS. L'innalzamento della quotaparte cantonale nell'ambito del finanziamento duale fisso ha fornito un contributo fondamentale in tal senso. La ragione del mancato raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei costi al di fuori del settore ospedaliero stazionario risiede, almeno in parte, nel fatto che in queste spese sono compresi altri ambiti di prestazione (p. es. le prestazioni ambulatoriali) che non sono (direttamente) toccati dalla revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero.

La revisione della LAMal è appropriata anche dal punto di vista della qualità. Le misure adottate per promuovere la trasparenza, l'estensione della libertà di scelta dell'ospedale e la pianificazione ospedaliera hanno contribuito al mantenimento del livello qualitativo delle prestazioni ospedaliere nonostante la maggiore pressione finanziaria. Finora i miglioramenti della qualità delle strutture e dei processi hanno avuto tuttavia un impatto assai limitato sulla qualità dei risultati.

Ambiti in cui sono necessari interventi

Globalmente gli effetti delle misure contemplate dalla revisione stanno andando nella direzione auspicata. Non vi sono elementi che indicano la necessità di procedere a modifiche legislative. Tuttavia, gli effetti potenziali della revisione non si sono ancora pienamente dispiegati. Il periodo di attuazione relativamente breve, l'influsso di fattori legati al contesto, come il finanziamento eterogeneo delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, e i conflitti di governance tra i Cantoni possono aver contribuito a questa situazione. I risultati della valutazione indicano chiaramente che l'attuazione della revisione potrebbe essere migliorata negli ambiti menzionati di seguito, anche se la necessità di intervento identificata si basa in ampia misura sulla situazione osservata fino al 2016-2017. Dal 2017 gli attori hanno adottato ulteriori misure, in particolare nel campo degli indicatori di qualità e della pianificazione ospedaliera.

Intensificazione della cooperazione intercantonale nella pianificazione ospedaliera e coordinamento nell'applicazione dei criteri di qualità

La cooperazione intercantonale è un elemento importante nella logica d'impatto della revisione. I Cantoni coordinano le loro attività conformemente alla legge, nell'ambito del margine di manovra relativamente ampio che questa consente loro. La revisione, tuttavia, non mira solo al coordinamento, ma anche al rafforzamento della cooperazione intercantonale. Sono neces-

sari interventi in questo senso, soprattutto a livello di pianificazione ospedaliera. Dalla valutazione è infatti emerso che la Confederazione potrebbe aiutare i Cantoni e i fornitori di prestazioni a definire criteri di qualità validi e accettati a livello nazionale. Inoltre, l'efficacia della revisione sarebbe maggiore se i Cantoni applicassero in modo più sistematico i criteri di qualità nella pianificazione ospedaliera e procedessero maggiormente ad analisi comparative della qualità. Le valutazioni mostrano peraltro che i Cantoni potrebbero verificare e imporre in modo più sistematico il rispetto dei requisiti di qualità da parte dei fornitori di prestazioni. Occorre infine rafforzare la cooperazione intercantonale e avviare una pianificazione sovragregionale dell'offerta di cure.

Economicità: maggiore trasparenza grazie a dati e metodi uniformi

Grazie alla revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero sono ora disponibili più indicatori per valutare i costi delle prestazioni ospedaliere stazionarie. Negli scorsi anni anche la qualità dei dati è migliorata. La revisione ha quindi permesso di aumentare la trasparenza per quanto riguarda l'economicità. Sono tuttavia necessari interventi soprattutto in merito ai seguenti aspetti: definizione e metodi di rilevazione e valutazione uniformi per le PIG, basi per comparazioni dei costi degli ospedali e procedure armonizzate per la determinazione delle tariffe di riferimento. Ciò significa che la Confederazione dovrà pubblicare i risultati delle comparazioni degli ospedali a livello nazionale. Dal canto loro, i Cantoni sono chiamati a uniformare la definizione e i metodi di rilevazione e valutazione delle PIG e a rendere trasparenti i loro contributi agli investimenti negli ospedali. Questo consentirebbe di delimitare meglio le spese per le prestazioni ospedaliere coperte dall'AOMS. Grazie all'armonizzazione dei dati, i Cantoni e i fornitori di prestazioni potrebbero così migliorare le basi per i confronti tra ospedali a livello nazionale. I Cantoni potrebbero per esempio concordare un metodo uniforme per la rilevazione delle prestazioni.

Miglioramento del monitoraggio e della comunicazione degli sviluppi qualitativi

La revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero ha contribuito a rendere disponibile al pubblico un maggior numero di indicatori sulla qualità delle prestazioni ospedaliere stazionarie. Gli attori hanno inoltre intensificato gli sforzi per migliorare la valutazione della qualità, anche indipendentemente dalla revisione. Sussistono tuttavia lacune per quanto riguarda la portata degli indicatori, nonché la loro accettazione e disponibilità in tempi rapidi. In particolare, mancano indicatori generalmente accettati per quanto riguarda la qualità dei risultati. Relativamente al criterio della qualità, secondo le valutazioni è necessario ottimizzare i seguenti aspetti: definizione di criteri di qualità validi e accettati in tutta la Svizzera, attuazione sistematica di confronti tra ospedali con riferimento alla qualità nella pianificazione ospedaliera, verifica e imposizione di requisiti di qualità da parte dei Cantoni e degli assicuratori e comunicazione orientata ai pazienti degli indicatori di qualità. In primo luogo, si potrebbe promuovere a livello federale, in collaborazione con i fornitori di prestazioni e i Cantoni, lo sviluppo di indicatori riconosciuti, in particolare per la qualità dei risultati. È inoltre necessaria un'osservazione più precisa dell'evoluzione della qualità delle prestazioni ospedaliere stazionarie, comprese le interfacce verso l'assistenza post-acuta. Si presume che la revisione debba ancora esplicitare tutti i suoi effetti.

Rafforzamento della posizione degli assicurati

Gli assicurati, in qualità di fruitori di prestazioni ospedaliere stazionarie, sfruttano ancora poco il ruolo che la logica d'impatto della revisione attribuisce loro nella scelta dell'ospedale. È quindi importante sostenere maggiormente questa loro veste di attori dell'attuazione della revisione. Le valutazioni individuano la necessità di intervenire, in particolare per quanto riguarda la comunicazione orientata ai pazienti degli indicatori di qualità. La comunicazione deve essere promossa a livello federale in collaborazione con i fornitori di prestazioni, le organizzazioni di pazienti e i Cantoni. A livello cantonale occorre migliorare le condizioni quadro per l'estensione

della scelta dell'ospedale da parte degli assicurati, semplificando le procedure e fissando tariffe di riferimento armonizzate.

Passo successivo

La valutazione ha confermato l'adeguatezza delle misure contemplate dalla revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Nell'insieme, l'attuazione delle misure è in linea con le aspettative del legislatore. Inoltre, gli effetti attesi vanno nella direzione auspicata.

La valutazione indica però anche chiaramente i settori in cui vi è un margine di ottimizzazione nell'attuazione delle misure, in modo da sfruttare appieno gli effetti potenziali della revisione.

Per rispondere alla necessità di intervento individuata nei quattro settori summenzionati e ottimizzare l'attuazione delle misure, è necessario coinvolgere tutti i soggetti interessati. Come già menzionato, dopo il completamento della raccolta dei dati gli attori hanno adottato ulteriori misure nell'ambito della valutazione.

Le seguenti considerazioni sui quattro settori si concentrano sul contributo che la Confederazione può o deve fornire. Nella seduta del 3 luglio 2019, il Consiglio federale ha confermato questi elementi e ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) e l'UFSP di colmare le lacune di attuazione in collaborazione con gli attori interessati. La condizione quadro fondamentale dei colloqui è il rispetto della ripartizione attuale dei compiti e dei finanziamenti tra Confederazione, AOMS, pazienti e Cantoni.

1. Intensificazione della cooperazione intercantonale nella pianificazione ospedaliera e coordinamento dei criteri di qualità

La pianificazione ospedaliera, compresa l'attuazione dei requisiti di qualità, è di competenza dei Cantoni. La Confederazione intende precisare i requisiti di qualità per la pianificazione ospedaliera cantonale nella OAMal⁴ (autunno 2019).

2. Economicità: maggiore trasparenza grazie a dati e metodi uniformi

I Cantoni, i fornitori di prestazioni e la Confederazione devono collaborare per migliorare le basi per i confronti tra ospedali. Nell'ambito delle previste revisioni dell'OAMal e della OCPRe⁵ andranno ulteriormente precisate le disposizioni per la determinazione delle tariffe e dei costi al netto del grado di gravità. La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, prevede di pubblicare nel 2020 i costi per singolo caso al netto del grado di gravità (dati 2018). Dal punto di vista della Confederazione e dell'AOMS è fondamentale che nell'ambito del rilevamento dei costi i fornitori di prestazioni delimitino le PIG. Nelle sue raccomandazioni sulla verifica dell'economicità delle tariffe ospedaliere (aggiornate al 1° marzo 2018), la CDS si è già occupata della questione.

3. Miglioramento del monitoraggio e della comunicazione degli sviluppi qualitativi

Lo sviluppo di indicatori di qualità (dei risultati) è un compito permanente, in particolare per i fornitori di prestazioni. Tuttavia, anche gli assicuratori, i Cantoni e la Confederazione svolgono un ruolo in questo ambito, tant'è vero che sono in corso molte attività e misure. Oltre all'attuazione della strategia di qualità, nel processo di approvazione delle tariffe SwissDRG la Confederazione chiede ai partner tariffari di rafforzare la garanzia di qualità nell'ambito dell'applicazione delle tariffe. Oltre alla misurazione della qualità, questo comprende processi e misure di miglioramento vincolanti la cui efficacia va verificata. Si tratterà di verificare il proseguimento del monitoraggio dello sviluppo della qualità nei trasferimenti alle cure post-acute.

⁴ Ordinanza sull'assicurazione malattie (RS 832.102)

⁵ Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (RS 832.104)

4. Rafforzamento della posizione degli assicurati

La Confederazione, i Cantoni e gli assicuratori devono essere disposti ad accettare il rafforzamento della posizione degli assicurati nell'ambito dell'attuazione della strategia della qualità e di altre attività. Anche la questione delle tariffe di riferimento sarà prevedibilmente affrontata nell'ambito della discussione di una mozione non ancora accolta dalle Camere federali⁶.

⁶ Mozione CSSS-N 18.3388 «Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera»