



Mercato della sanità

Per un finanziamento **ospedaliero**
efficiente

13.03.2017

A colpo d'occhio

La più importante riforma della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) è entrata in vigore nel 2012. Il nuovo finanziamento ospedaliero che ha introdotto ha portato numerosi miglioramenti. Ma il progetto si è bloccato a metà strada. Il molteplice ruolo dei cantoni e il finanziamento poco trasparente impediscono di sfruttare pienamente il potenziale della riforma. In vari ambiti, la concorrenza tra operatori di cure è ostacolata.

Inhalt

1. L'essenziale in breve
2. Posizione di economiesuisse
3. Introduzione
4. Bilancio del nuovo finanziamento ospedaliero
5. Studi INFRAS e Felder sui contributi alle prestazioni di interesse generale e le altre sovvenzioni
6. Uno studio di Comparis mette a confronto le regolamentazioni cantonali
7. L'anello mancante: un finanziamento uniforme
8. Conclusione
9. Allegato: «Lista dei peccati» dei cantoni nel settore del finanziamento ospedaliero

L'essenziale in breve

Il nuovo finanziamento ospedaliero è un esempio classico di interazione tra lo Stato e la concorrenza. La riforma di gran lunga più importante della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) ha migliorato la concorrenza tra operatori di cure in un settore molto regolamentato. Essa aveva quattro obiettivi:

1) introdurre un sistema di finanziamento uniforme, basato su prestazioni retribuite con il forfait per caso, 2) garantire agli assicurati l'accesso ai migliori ospedali svizzeri, 3) stimolare la concorrenza e promuovere gli adattamenti strutturali e 4) aumentare la trasparenza a livello dei costi e della qualità.

Dopo la sua entrata in vigore, la riforma ha indotto numerosi miglioramenti. Essa continua tuttavia a scontrarsi con due scogli che impediscono al nuovo finanziamento ospedaliero di essere realmente efficace. Il primo è il molteplice ruolo svolto dai cantoni, che sono al contempo responsabili della pianificazione ospedaliera, fornitori e finanziatori delle prestazioni e perfino arbitri in occasione di dispute sulle tariffe. Questa imperfetta Governance impedisce la concorrenza in termini di qualità tra operatori di cure nonché i necessari adattamenti strutturali. Il secondo problema è la mancanza di trasparenza: il finanziamento delle prestazioni d'interesse generale e degli investimenti deve diventare più trasparente. Il ritardo accumulato nel confronto internazionale dal trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale è dovuto al finanziamento diversificato di questi due settori e alla mancanza di prodotti nelle assicurazioni complementari per coprire le prestazioni ambulatoriali. In breve: il nuovo finanziamento ospedaliero dispone ancora di un certo potenziale da sfruttare.

Posizione *di economieuisse*

- Il nuovo finanziamento ospedaliero ha compiuto un passo, atteso da tempo, nella giusta direzione. Oggi, il suo potenziale non è ancora stato interamente sfruttato a seguito di una governance imperfetta e di una trasparenza insufficiente.
- L'applicazione del nuovo finanziamento ospedaliero nei cantoni dev'essere migliorata.
- I cantoni dovrebbero abbandonare il loro ruolo molteplice e mantenere solo quello del regolatore.
- Il finanziamento delle prestazioni di interesse generale e degli investimenti deve guadagnare trasparenza. Bisognerebbe inoltre uniformare il finanziamento delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie.
- La concorrenza intercantonale tra operatori di cure deve diventare più attiva. I dipartimenti cantonali della sanità non hanno il diritto di ostacolarla. In tutti i cantoni, la concorrenza tra operatori di cure deve andare a favore di tutta la popolazione.



Il nuovo finanziamento ospedaliero è, al momento, la sola grande riforma della legge sull'assicurazione malattia (LAMal). Esso è stato adottato il 21 dicembre 2007 ed è entrato in vigore il 1o gennaio 2012. L'abbandono del finanziamento dell'oggetto e il passaggio a quello del soggetto non è stato privo di contestazioni. Alcuni temevano forti risparmi nel settore medico e grandi licenziamenti. Queste critiche sono in seguito scomparse, poiché questi timori non si sono verificati (cf. capitolo «Bilancio del nuovo finanziamento ospedaliero»). Tuttavia, il nuovo sistema di finanziamento ha praticamente fatto tabula rasa del passato negli ospedali. Le cliniche hanno dovuto rivedere la loro organizzazione e rendere più trasparenti i loro processi interni e i loro flussi finanziari. Inoltre, sono stati profusi degli sforzi a livello dell'infrastruttura informatica per permettere a quest'ultima di essere maggiormente efficiente.

La riforma aveva lo scopo di introdurre un finanziamento ospedaliero trasparente, basato sulle prestazioni. Grazie al nuovo sistema dei forfait per caso (Swiss-DRG), le prestazioni degli ospedali possono essere confrontate tra loro. Gli ospedali devono cercare di distinguersi mediante prestazioni di qualità e un buon rapporto costo/efficacia. Gli assicurati sono liberi di scegliere il loro ospedale. Gli ospedali si migliorano sulla base dei riscontri che ottengono (offerta-confronto delle prestazioni-domanda). Se necessario, essi modificano la loro offerta o scompaiono dal mercato. Questa evoluzione favorisce i necessari adattamenti strutturali. Un punto essenziale della riforma è la trasparenza della qualità. La qualità delle cure di un ospedale deve poter essere giudicata da terzi¹. Ci si assicura così che soltanto gli ospedali

che forniscono prestazioni qualitative restino sul mercato, e non quelli che propongono dei trattamenti vantaggiosi, ma di qualità inferiore.

I cantoni sono responsabili delle cure ospedaliere. Spetta dunque a loro l'attuazione del finanziamento ospedaliero. Quest'ultima dovrebbe implementare le disposizioni nazionali senza violare lo spirito della legge. Sfortunatamente, questo principio non costituisce oggi la regola, bensì l'eccezione. La ragione di questa imperfezione sta nel ruolo molteplice, ma politicamente discutibile, svolto dai cantoni: questi ultimi sono pianificatori ospedalieri, fornitori e finanziatori di prestazioni e perfino arbitri in caso di dispute sulle tariffe.

I cantoni stabiliscono in particolare delle liste di ospedali con i quali possono limitare la concorrenza tra ospedali pubblici e privati. Si tratta di una questione sensibile. Numerosi cantoni tentano di fatto di far figurare i propri ospedali sulle loro liste, senza che questi ultimi siano obbligati a sottoporsi ad un confronto delle loro prestazioni con gli ospedali privati. Molti cantoni sovvenzionano così gli ospedali pubblici sia in maniera aperta, sia in maniera occulta mediante prestazioni di interesse generale o investimenti. Essi favoriscono così i loro ospedali affidando loro dei mandati di prestazione. Abbiamo elencato in un allegato i «peccati» dei cantoni. Altri studi hanno pure dimostrato che le cliniche private e gli ospedali pubblici non sono trattati allo stesso modo. Soltanto alcuni cantoni rispettano strettamente la legge svizzera che prevede la parità di trattamento. Questo deve cambiare rapidamente affinché i vantaggi del nuovo finanziamento ospedaliero possano sviluppare pienamente i loro effetti.

Grafico 1

I cantoni devono garantire la sorveglianza dei loro ospedali. Da qui inevitabili conflitti d'interesse.

I molteplici ruoli dei cantoni



Proprietario



Finanziatore



Autorità che fissa le tariffe



Legislatore / regolatore



Autorità di sorveglianza



Acquirente di prestazioni
d'interesse generale



Pianificatore ospedaliero

Fonte: economiesuisse
www.economiesuisse.ch

Progetto «Stato e concorrenza»

La concorrenza e un contesto liberale sono gli elementi indispensabili per il buono svolgimento delle attività commerciali, l'innovazione e un benessere a lungo termine. È essenziale difenderli, poiché un intervento statale e un controllo dell'attività economica da parte degli ambienti politici possono facilmente sembrare giustificati. Nel dicembre 2014, economiesuisse ha pubblicato un dossier politica «Stato e concorrenza: lasciare spazio all'iniziativa privata». Questo dossier contiene una bussola che delinea l'orientamento sul quale dovrebbe basarsi una politica economica efficiente. Gli elementi principali di questa bussola sono:

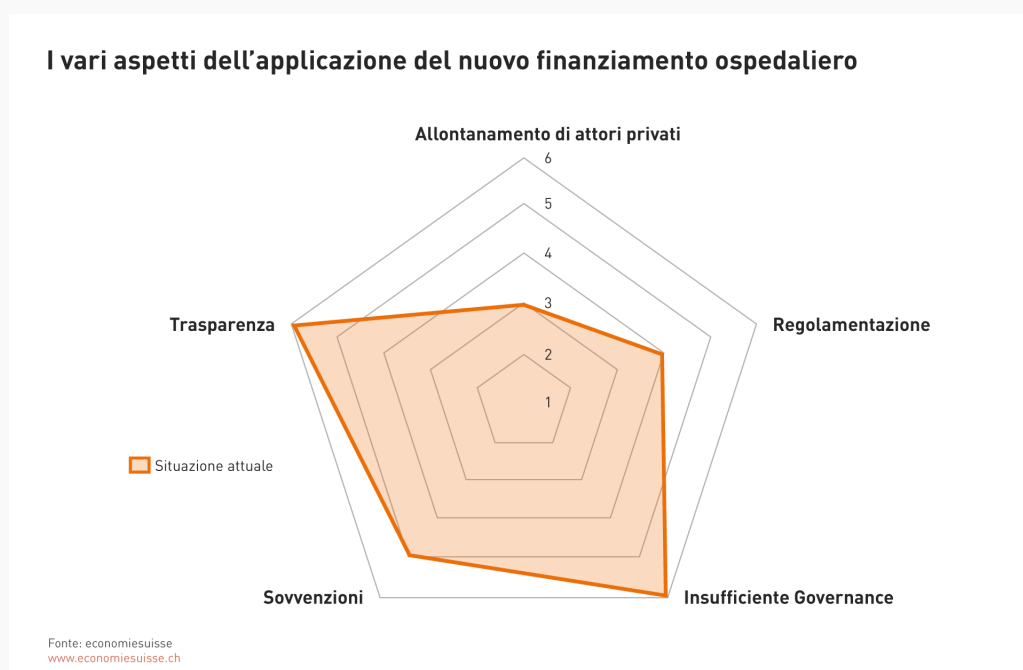
- Sussidiarietà: Lo Stato diventa economicamente attivo solo per completare l'offerta del settore privato.
- Concorrenza: Affinché il mercato funzioni il più liberamente possibile, occorre limitare al massimo gli interventi statali che causano delle distorsioni della concorrenza.
- Correggere le lacune del mercato: Gli interventi statali possono essere giustificati, ma occorre valutarli periodicamente.

- Trasparenza e Governance: per evitare una destinazione errata delle risorse e per prevenire una cattiva gestione, le attività statali devono essere trasparenti e lo Stato deve evitare di moltiplicare i suoi ruoli.
- Iniziativa privata: Allo scopo di lasciare maggior spazio all'iniziativa privata, è opportuno ridurre l'impronta dello Stato.

Il presente dossierpolitica esamina il settore ospedaliero secondo questi criteri. Questo settore è oggetto di numerosi interventi statali, poiché al di là della legge federale sull'assicurazione malattia, ogni cantone possiede una propria legislazione sugli ospedali.

Grafico 2

La trasparenza e la governance sono da migliorare.





Tre anni fa, l'Osservatorio svizzero della sanità (Obsan) si è interessato agli effetti del nuovo finanziamento ospedaliero sulla qualità delle prestazioni stazionarie ([Obsan \(2016²\)](#)) e analizzato le conseguenze finanziarie ([Obsan \(2016³\)](#)). Nel primo studio (aspetto medico), la qualità delle cure è stata al centro dell'attenzione. Gli oppositori alla riforma temevano degli impatti negativi per quanto concerneva i forfait per caso. Dal lato finanziario, l'effetto previsto dal nuovo regime era un rallentamento dell'aumento dei costi.

Aspetto medico

Per valutare la qualità delle prestazioni mediche, sono stati analizzati alcuni indicatori a tre livelli:

- Livello del paziente (durata del soggiorno, riammissione, mortalità)
- Livello del personale (ad es. numero di medici e di personale curante per letto)
- Interfacce (soprattutto ulteriore presa a carico)

Gli indicatori a livello del paziente mostrano che il [nuovo finanziamento ospedaliero](#)⁴ non ha avuto nessun effetto sulla durata del soggiorno o sul numero delle riammissioni. Questo fenomeno è tuttavia indipendente dalla riforma del finanziamento ospedaliero). A partire dal 2008, il tasso di mortalità ospedaliero è in diminuzione, ma anche qui non si costata nessun legame di causa effetto con il nuovo finanziamento ospedaliero. Anche gli indicatori a livello del personale denotano una situazione invariata: l'evoluzione del numero

di posti di lavoro a tempo pieno è stabile, come pure il rapporto tra il personale medico e il personale curante e il rapporto tra persone curanti di formazione terziaria e secondaria II.

Gli indicatori della qualità a livello delle interfacce sono più difficili da interpretare. Dal 2008 al 2013, la durata media di soggiorno nelle cure acute è regredita di un giorno. Al contrario, nel corso dello stesso periodo, la durata media di soggiorno in riabilitazione è aumentata di cinque giorni per passare a sedici giorni. Potrebbe trattarsi di un fenomeno di spostamento. Nel 2008, la proporzione dei pazienti trasferiti dalle cure acute verso un servizio di riabilitazione era del 3%; essa è in seguito passata al 4% nel 2013. L'analisi non ha permesso di determinare se questa evoluzione, nonché il forte aumento delle prestazioni ambulatoriali in ospedale, siano dovute al nuovo finanziamento ospedaliero o a dei cambiamenti nelle caratteristiche dei pazienti. Per potersi pronunciare, sarà necessaria un'analisi più approfondita.

Gli indicatori ai livelli del paziente e del personale mostrano che la qualità delle cure ospedaliere non è mutata. I principali cambiamenti si osservano nella presa a carico post-ospedaliera. Vi si costata un forte aumento delle prese a carico nelle cure a domicilio. Saranno necessarie ulteriori analisi per verificare un effetto di trasferimento dalla medicina per cure acute verso un servizio di riabilitazione. La diminuzione della durata del soggiorno per cure acute, con parallelamente un allungamento della durata del soggiorno in riabilitazione, va nel senso di questa ipotesi⁵. Nel complesso, si costata che il nuovo finanziamento ospedaliero non ha avuto nessun effetto visibile sugli indicatori relativi alla qualità.

Aspetto finanziario

Il nuovo finanziamento ospedaliero aveva in particolare lo scopo di contenere l'aumento dei costi nel settore ospedaliero stazionario. L'analisi mostra che il finanziamento delle prestazioni, voluto dal legislatore, sostituisce sempre più il sovvenzionamento dello stabilimento, in vigore in precedenza. La situazione generale del finanziamento degli ospedali (comprese le prestazioni di interesse generale e le prestazioni ambulatoriali) rimane tuttavia poco chiara, a seguito della mancanza di dati e della qualità insufficiente di alcuni indicatori.

Le spese e i rendimenti degli ospedali per le prestazioni stazionarie legate ai casi hanno continuato ad aumentare nel 2013. In seguito, la crescita si è indebolita, poiché i contributi cantonali sono aumentati. Parallelamente, i costi sopportati dai cantoni sono cresciuti. Si potrà sapere solo a medio termine se la revisione del finanziamento ospedaliero permetterà di contenere l'aumento dei costi nel settore stazionario degli ospedali, sulla base di una serie di dati più completa e quando gli effetti puntuali potranno essere distinti dagli effetti strutturali. Con molta probabilità, una stabilizzazione dovrebbe verificarsi con il tempo. Alcuni prestatori di cure potrebbero scomparire e questo consolidamento comporterà un effetto positivo sui costi.

In ogni caso, il prezzo di base (o baserate) è diminuito dopo l'entrata in vigore della riforma. Nel 2012, esso era in media di 10'230 franchi, prima di diminuire dello 0,8% all'anno a 9'911 franchi nel 2015 ([Felder, Stefan \(2016⁶\)](#)). La remunerazione del caso di trattamento si effettua con la moltiplicazione del peso relativo dei costi attraverso il prezzo di base. Il peso relativo dei costi riflette il grado di gravità di un caso a livello economico. Per quanto concerne il prezzo di base, esso corrisponde all'importo fissato dai partner tariffali per un caso di trattamento con un peso relativo di costo di 1,0.

Bilancio intermedio

Il nuovo finanziamento ospedaliero è da troppo poco tempo in vigore per poter essere analizzato in tutta la sua dimensione. Dopo la sua entrata in vigore, gli indicatori di qualità non sono profondamente mutati. Per quanto concerne il finanziamento, i prezzi di base sono diminuiti, mentre il numero dei casi ha continuato a crescere, come in altri settori. Il trasferimento verso il settore della riabilitazione è un'evoluzione positiva, poiché i costi sono qui più bassi rispetto ai costi ospedalieri.



Due nuovi studi mettono chiaramente in risalto i problemi della mancanza di trasparenza e della pessima governance nel finanziamento ospedaliero. L'istituto INFRAS ha analizzato le definizioni e le basi di dati concernenti le prestazioni di interesse generale (PIG) e gli investimenti. Da parte sua, Stefan Felder, professore di economia della sanità all'Università di Basilea, ha cercato di stimare questi due parametri importanti, ciò che gli ha permesso di mostrare le sovvenzioni dei cantoni a favore degli ospedali. I risultati di questi studi sono presentati di seguito.

a) Attuazione del finanziamento ospedaliero nei cantoni

I problemi del nuovo finanziamento ospedaliero si situano al livello della sua attuazione, dal momento che le cure sanitarie in Svizzera sono di responsabilità cantonale. Questi ultimi devono da una parte approvare le tariffe relative alla LAMal e, dall'altra parte, sopportare il 55% dei costi ospedalieri stazionari. Inoltre, sono proprietari degli ospedali e conoscono il ruolo che essi svolgono quali datori di lavoro, in particolare lontano dalle grandi città. Questo molteplice ruolo dei cantoni è politicamente delicato, poiché fonte di conflitti d'interesse. Succede di fatto che i cantoni applichino il finanziamento ospedaliero a loro piacimento. Il margine di manovra concesso dalla legge federale è troppo ampio e apre la porta ad ogni sorta di possibilità di freno, come hanno mostrato altre [pubblicazioni](#)⁷ recenti. Non sorprende dunque che numerosi cantoni cerchino con ogni mezzo di frenare gli adattamenti strutturali. La salvaguardia dei loro rispettivi ospedali passa avantutto da cure ospedaliere vantaggiose e di qualità.

b) Nei cantoni gli adattamenti strutturali sono ostacolati

Su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), l'istituto INFRAS ha effettuato uno studio di fattibilità allo scopo di valutare il finanziamento ospedaliero. Gli autori mostrano l'importanza delle prestazioni d'interesse generale (PIG) e degli investimenti. Essi hanno dunque cercato di sapere quali basi di dati potrebbero essere utilizzate per dimostrare i loro sviluppi. La constatazione è preoccupante: tra gli attori del sistema sanitario, non esiste una definizione comune delle PIG, né una chiara delimitazione tra PIG e prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure. La legge e l'ordinanza non precisano quali prestazioni i cantoni possono considerare a titolo delle prestazioni d'interesse generale. Di conseguenza, i cantoni prendono a loro carico delle prestazioni d'interesse generale variate e denotano così degli importi globali molto diversificati. Per quanto concerne gli investimenti, lo studio [INFRAS](#)⁸ mostra una situazione leggermente migliore. Ma anche qui, la situazione è molto diversa da un cantone all'altro. Nella maggior parte dei cantoni gli investimenti degli ospedali sono aumentati, talvolta anche sensibilmente, mentre in altri cantoni sono diminuiti.

Le due grandi variabili che i cantoni possono influenzare nel sovvenzionamento degli ospedali sono dunque le prestazioni d'interesse generale (PIG) e i contributi agli investimenti. Un documento recente dell'Università di Basilea sull'applicazione del finanziamento ospedaliero nei cantoni ha cercato di stimarli. La perizia svolta per conto delle Cliniche Private Svizzere (CPS) mostra anche grandi differenze cantonali e chiarisce leggermente la giungla delle sovvenzioni concesse dai cantoni ai loro ospedali. Lo studio analizza i sistemi di finanziamento degli ospedali secondo gli organismi responsabili (cf. riquadro successivo). A questo scopo, sono state utilizzate e valutate varie statistiche ufficiali. Ne fanno parte, tra l'altro, le cifre chiave degli ospedali svizzeri, la statistica medica degli ospedali e i baserates degli ospedali pubblicati sui siti Internet ufficiali dei cantoni. La maggior parte dei dati si riferiscono al 2013. Ne risulta che gli assicurati e i contribuenti sono inutilmente invitati a passare alla cassa. Nel 2013, le sovvenzioni trasversali hanno totalizzato 3,4 miliardi di franchi. Di questo importo, soltanto 2,6 miliardi di franchi sono stati indicati dai cantoni per le PIG, mentre 800 milioni di franchi sono transitati su vie poco trasparenti.

Se un simile sovvenzionamento interno è escluso in virtù della LAMa, esso può tuttavia verificarsi nella pratica sotto forma di baserates eccessivi. Questa possibilità esiste considerato come i cantoni siano essi stessi i gestori degli ospedali e che svolgono dunque un'influenza diretta sulla determinazione dei baserates. Negli ospedali sovvenzionati, può esserci un'influenza indiretta dei cantoni sui baserates. Non sorprende dunque che le PIG siano attribuite dai cantoni in maniera molto unilaterale agli ospedali pubblici. Nel 2013, per tutta la Svizzera, soltanto il 3,2% è ritornato alle cliniche private. Se vi si aggiungono i contributi del settore pubblico (tranne i contributi ai forfait per caso), le sovvenzioni (PIG) e i contributi del settore pubblico rappresentano il 18% dei redditi totali negli ospedali pubblici, il 5% negli stabilimenti sovvenzionati e soltanto il 2%⁹ nelle cliniche private.

Tre tipi di ospedali

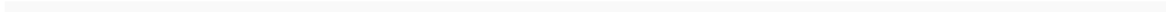
Cliniche private: Istituzioni di diritto privato maggioritariamente in mani private. Nel 2013, dei 195 ospedali per cure acute e maternità in Svizzera, 109 o il 56% appartenevano a questa categoria. Come le altre imprese, questi istituti pagano delle imposte sui loro eventuali utili.

Secondo la nuova definizione dell'Ufficio federale di statistica, gli **ospedali pubblici** sono degli stabilimenti statali. Essi sono in mano pubblica e sono gestiti da un'istanza pubblica. Il CHUV a Losanna e gli HUG a Ginevra ne sono due esempi. Nel 2013, la Svizzera contava 37 ospedali pubblici. Questi stabilimenti non pagano imposte.

Restano 49 unità ospedaliere maggioritariamente in mani pubbliche che assumono spesso la forma di una società anonima dove la quota pubblica supera il 50% dei fondi propri. Si può citare come esempio i Solothurner Spitäler AG e l'Inselspital a Berna. Chiamiamo **ospedali sovvenzionati** 49 stabilimenti interessati. Una gran parte di queste società anonime sono esentate dalle imposte.

Per quanto concerne i costi, si può notare la quota nettamente più bassa degli investimenti realizzati dagli ospedali in mani cantonali. Gli istituti privati denotano un tasso d'investimento del 13,4%, mentre questo tasso è di rispettivamente il 7,6% e il 6,8% soltanto per gli ospedali pubblici e sovvenzionati. Degli investimenti inferiori del 10% indicano la presenza di sussidi occulti. Di fatto, il contributo cantonale ai forfait per caso (quota del 55%) contiene una quota del 10% destinata a coprire degli investimenti. Che sia nascosto o meno, il finanziamento degli investimenti realizzati dagli ospedali pubblici e sussidiati avviene attraverso i budget cantonali. Nel caso degli ospedali pubblici, questo passa dall'affitto di beni immobiliari, di mobilio e installazioni a condizioni più vantaggiose di quelle del mercato. Ciò è anche possibile dal lato degli ospedali sovvenzionati, quando questi affittano ad esempio dei locali che appartengono al cantone. Infine, si parla di sovvenzioni occulte quando i cantoni concedono agli ospedali dei prestiti a condizioni generose. Stefan Felder (2016) parte dal principio che degli ospedali sono sovvenzionati apertamente o meno, quando denotano un tasso d'investimento inferiore al 10%. Il Consiglio federale ha fissato questa soglia per i primi anni di applicazione del nuovo finanziamento ospedaliero. In seguito, gli investimenti sono considerati nell'indennizzo dei forfait per caso.

Se si considerano i tre sistemi di sussidi, la tabella varia notevolmente da un cantone all'altro. Con meno di 100 franchi pro capite, sono Appenzello Esterno e Turgovia che distribuiscono meno sovvenzioni. All'altra estremità troviamo i cantoni latini e Basilea-Città: i poteri pubblici versano tra 676 franchi (TI) e 2099





Uno studio di Comparis mette **a confronto le regolamentazioni cantonali**

Comparis ha voluto studiare le regolamentazioni più da vicino ed ha incaricato la società di consulenza Polynomics di esaminare e confrontare l'applicazione a livello cantonale¹¹. L'analisi realizzata concerne esclusivamente l'assicurazione di base e non integra le eventuali regolamentazioni dannose nel settore delle assicurazioni complementari. Gli ospedali devono disporre di margini di manovra affinché la concorrenza basata sulle prestazioni possa funzionare. A seguito dei vari ruoli che essi assumono in qualità di pianificatori ospedalieri, acquirenti di prestazioni, controllori delle tariffe e gestori di ospedali, i cantoni possono influire ampiamente nel campo delle cure mediche. Considerata questa situazione, lo studio si è interessato alle condizioni di regolamentazione nei cantoni. Tutte le istituzioni in Svizzera sono soggette alle stesse condizioni regolamentari indipendentemente dalla loro situazione e dalle condizioni di proprietà? Delle istanze regolamentari cantonali che perseguono innanzitutto degli obiettivi di politica regionale o che cercano di preservare degli impieghi a breve termine e, per farlo, intervengono nella concorrenza ospedaliera, devono attendersi una fornitura di cure inefficace e prezzi eccessivi. Così, una parte delle differenze cantonali a livello delle spese ospedaliere potrebbe spiegarsi con la qualità della regolamentazione cantonale. Gli attori dello studio hanno valutato l'intensità regolamentare nella sfera d'influenza dei cantoni, vale a dire nei settori relativi ai compiti sovrani, al finanziamento e alla proprietà, mediante 40 indicatori. Per fare un confronto tra cantoni, essi hanno valutato le diverse regolamentazioni dal punto di vista della concorrenza e le hanno riassunte sotto forma di un indice di regolamentazione.

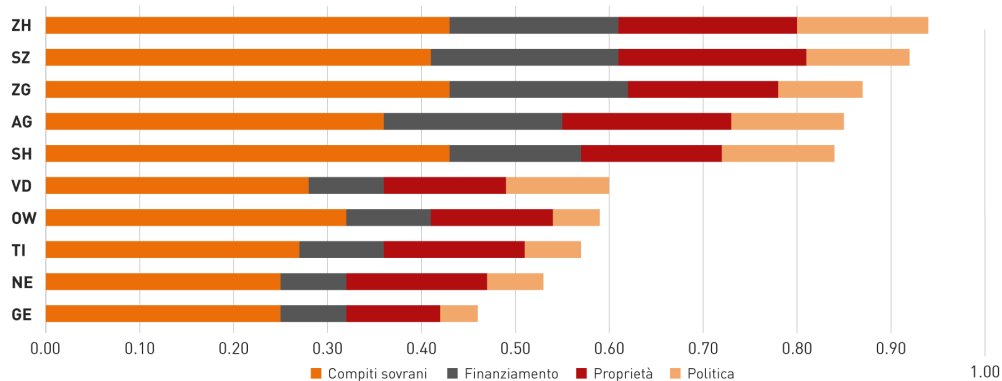
Le regolamentazioni ospedaliere più favorevoli alla concorrenza sono quelle dei cantoni di Svitto e di Zurigo. Il Canton Svitto non possiede più nessun ospedale, non fornisce prestazioni di utilità pubblica e non interviene nella concorrenza, mentre il Canton Zurigo si distingue per il suo comportamento rigido e conforme alla legislazione federale del finanziamento ospedaliero. Dall'altro lato di questo confronto si possono citare i cantoni di San Gallo, Ginevra e Appenzello Interno, che perseguono maggiormente gli obiettivi di politica regionale e accordano grande importanza alla promozione di un approvvigionamento ospedaliero basato sulla concorrenza e a prezzi ragionevoli.

Grafico 4

La classifica di Comparis valuta le regolamentazioni cantonali sulla base di 40 indicatori.

Finanziamento ospedaliero: applicazione da parte dei cantoni

► I primi cinque e gli ultimi cinque secondo la classifica di Comparis



Fonte: Widmer, Philippe / Telsler, Harry (2016): «Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik». Studio realizzato da Polynomics per conto di comparis.ch www.economiesuisse.ch



La riforma del finanziamento degli ospedali sarà conclusa soltanto quando le prestazioni degli ospedali saranno finanziate in maniera uniforme¹². Sfortunatamente, ciò non è il caso oggi. Un ospedale fornisce sia prestazioni ambulatoriali sia stazionarie – ma il loro modo di finanziamento differisce. Attualmente, un trattamento ambulatoriale realizzato all'ospedale è totalmente a carico del paziente. Se lo stesso trattamento viene realizzato in ospedale in maniera stazionaria, il cantone deve assumersi un po' più della metà dei costi. Questa regolamentazione crea incitamenti inopportuni. Per evitarlo, è imperativo¹³ introdurre un finanziamento uniforme di questi due settori. Per alcuni interventi, gli ospedali possono trattare i pazienti in maniera stazionaria o ambulatoriale. Quando questa decisione è influenzata dal modo di finanziamento, si rischia di fare delle scelte sbagliate dal punto di vista medico. I cantoni o gli assicuratori malattia potrebbero essere tentati di privilegiare i trattamenti ambulatoriali o stazionari in funzione della partecipazione ai costi.

Un altro importante inconveniente del finanziamento duale è la notevole burocrazia che esso comporta. Per una stessa prestazione, un ospedale deve oggi allestire due fatture che sono verificate da due istanze. Con un finanziamento uniforme, basta una sola fattura controllata da una sola istanza. Senza contare che il finanziamento duale pesa inutilmente sui premi, a seguito degli incitamenti inopportuni, ma anche a seguito dei progressi della medicina che fanno aumentare gli interventi ambulatoriali. Se questi ultimi sono auspicabili dal punto di vista macroeconomico, essi pesano sui premi in misura superiore alla media. Di fatto, nel sistema attuale, questa

ridistribuzione finanziaria favorisce integralmente i cantoni. Essa aggrava gli oneri degli assicuratori malattia e comporta degli aumenti dei premi.

Non sorprende che il finanziamento uniforme figuri da tempo nell'agenda politica. Già nel 2000, durante la sua prima lettura della revisione parziale del finanziamento ospedaliero, la commissione competente del Consiglio degli Stati ha chiesto al Consiglio federale di sottoporre un progetto di revisione, entro un termine di cinque anni, per introdurre un finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere. Questa revisione parziale è fallita. La mozione depositata dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità pubblica del Consiglio degli Stati non ha apportato grandi cambiamenti. Essa incaricava il Consiglio federale di presentare al Parlamento un progetto per un finanziamento uniforme delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali, ma non è stato fatto nulla in tal senso. Per quanto concerne l'introduzione di un finanziamento uniforme, i cantoni costituiscono un punto di frizione. Temendo una perdita di influenza, in particolare per quanto concerne il controllo delle prestazioni finanziarie, essi non intendono rinunciare al finanziamento diretto. Nei fatti, la ripartizione dei compiti nel futuro sistema è ancora aperta. Gli ambienti economici temono che gli assicuratori abbiano ancora più influenza sui fornitori di prestazioni e che i cantoni mantengano la loro funzione di governance attuale. Questa doppia influenza sovraccaricherebbe il sistema, che diventerebbe inefficiente.

Un secondo ostacolo, minore, è l'elaborazione effettiva di un sistema di finanziamento uniforme. Si prevede una procedura in tre tappe:

1. Il cantone finanzia una quota, da definire, del costo totale delle prestazioni al posto della quota attuale del 55% (almeno) dei costi di trattamento stazionario.
2. Il cantone versa l'importo corrispondente al sistema dell'assicurazione malattia.
3. I fondi cantonali sono attribuiti agli assicuratori nei diversi cantoni. Ciò può avvenire attraverso l'istituzione comune LAMal.

Questa soluzione non aggraverebbe né ridurrebbe gli oneri dei cantoni e degli assicuratori, ma sarebbe neutra. In concreto, la ripartizione degli importi sarebbe organizzata in modo che ogni franco di entrata fiscale resti nel cantone

interessato e che sia utilizzato per coprire delle prestazioni dell'assicurazione malattia. Inoltre, la fatturazione e i doppi controlli, divenuti totalmente inutili, scomparirebbero. I cantoni beneficerebbero anche della riduzione degli oneri amministrativi e approfitterebbero, grazie ad incitamenti più giudiziosi, di un'offerta più efficace delle prestazioni nell'ambito del loro sistema sanitario.



Il finanziamento degli ospedali è un successo, ma il suo importante potenziale di miglioramento è solo parzialmente sfruttato. Manca un finanziamento uniforme e la trasparenza in materia di finanziamento è insufficiente. La concorrenza tra gli ospedali basata sulle prestazioni, regolata e prevista dalla legge sull'assicurazione malattia, è minacciata. La causa risiede nella legislazione federale sul finanziamento ospedaliero che lascia troppo margine ai cantoni. Di conseguenza, la sua attuazione è lungi dall'essere uniforme. I cantoni cercano spesso di proteggere le loro istituzioni concedendo dei sussidi e aiutandoli ad investire. Sono soprattutto i molteplici ruoli dei cantoni a porre problemi, poiché si impedisce un'applicazione coerente della legislazione. Occorre dissociare rapidamente i loro ruoli: per poterlo fare, i cantoni dovrebbero abbandonare alcune delle loro competenze. Inoltre, bisogna combattere lo spirito di "campanilismo cantonale": sono necessarie regole uniformi per instaurare un'efficiente concorrenza intercantonale basata sulle prestazioni. Questa condizione è indispensabile per creare condizioni identiche per gli ospedali pubblici, semiprivati e privati in tutti i cantoni. Infine, il finanziamento degli ospedali sarà un successo unicamente se la legislazione sarà applicata in maniera rigorosa e se si rinuncerà completamente alle sovvenzioni occulte.



Allegato: «Lista dei peccati» *dei cantoni nel settore del finanziamento ospedaliero*

Contingentamento delle prestazioni unicamente per gli ospedali privati

Di cosa si tratta?

I cantoni di Ginevra e di Vaud riducono la libertà di scelta dell'ospedale attraverso limitazioni quantitative nell'ambito dei loro mandati di prestazione conclusi con gli ospedali privati. Se i contingenti sono esauriti, il cantone cessa di pagare la propria partecipazione. Il paziente non ha altra possibilità se non quella di recarsi in un ospedale pubblico.

Problematica

Questa pratica ostacola la concorrenza qualitativa voluta dal legislatore e annulla la libertà dei pazienti di scegliere il loro stabilimento ospedaliero. In questo modo, il cantone accorda un vantaggio agli ospedali pubblici in violazione del diritto e riduce sul nascere il dovere legale di ammissione degli ospedali privati.

Soluzione

I cantoni sono tenuti a trattare allo stesso modo gli ospedali pubblici e privati quando si parla di attribuzione dei budget e dei volumi di prestazioni.

Contingentamento illecito delle prestazioni per i pazienti residenti in un altro cantone

Di cosa si tratta?

Il Canton Ginevra limita il numero annuale dei trattamenti dispensati dagli ospedali privati e i cui costi sono presi a carico da un altro cantone. Numerosi Vodesi si fanno curare negli ospedali privati ginevrini. Nonostante il principio della libera scelta dell'ospedale valido in tutta la Svizzera, il Canton Vaud rimborsa ai suoi abitanti una partecipazione alle spese d'ospedalizzazione solo se il tetto massimo ginevrino non è ancora stato raggiunto. Recentemente, il Tribunale federale ha annullato una decisione (vale a dire rinviato all'istanza inferiore affinché si pronunciasse nuovamente) del Canton Vaud che respingeva ogni versamento della partecipazione cantonale alle spese ospedaliere.

Problematica

La libera scelta dell'ospedale è soppressa. I pazienti che fanno uso del loro diritto di scegliere liberamente una clinica quando è ormai troppo tardi (ossia quando i contingent ginevrini sono esauriti) non ricevono la partecipazione usuale del cantone a copertura delle spese di soggiorno ospedaliero. Vittime di una disparità di trattamento, essi si vedono costretti a ricercare un ospedale nel loro cantone.

Soluzione

I pazienti devono poter decidere liberamente dove desiderano essere curati. I cantoni non sono autorizzati a limitare le cure dispensate al di fuori del cantone. Spetta loro garantire la libera scelta dell'ospedale. Così, il mondo dell'economia accoglie favorevolmente la decisione del Tribunale federale.

Insufficiente governance nell'ambito dell'organo decisionale a carico delle liste ospedaliere per la medicina altamente specializzata (MAS)

Di cosa si tratta?

L'organo di decisione MAS, costituito da dieci direttori cantonali della sanità, determina quali settori della medicina altamente specializzata debbano essere riuniti. Esso decreta delle decisioni che sono vincolanti in materia di pianificazione e attribuzione ad ospedali pubblici o privati di questi settori specifici.

Problematica

I dieci direttori cantonali della sanità rappresentano anche i cantoni in quanto proprietari di ospedali pubblici. I conflitti d'interesse sono manifesti quando sono chiamati a determinare in quali ospedali MAS occorre concentrare le prestazioni.

Soluzione

I conflitti d'interesse devono essere districati. Le decisioni sono da affidare ad un organismo indipendente o composto pariteticamente.

Norme relative agli equipaggiamenti di grandi dimensioni

Di cosa si tratta?

Praticamente, in tutti i cantoni della Svizzera latina, gli equipaggiamenti medici che rappresentano un investimento superiore ad un determinato importo devono essere approvati dallo Stato prima del loro acquisto. Questo principio vale per tutti gli ospedali, indipendentemente dagli organismi che li dirigono.

Problematica

Dal momento che l'approvazione spetta al cantone, ci si scontra qui con un problema di governance e con il rischio che le istituzioni private siano svantaggiate. A ciò va aggiunto che un operatore efficiente non può estendere le proprie capacità o modernizzare i propri equipaggiamenti se non con l'autorizzazione del cantone. Questo rappresenta un ostacolo considerevole alla concorrenza a livello della qualità e delle prestazioni.

Soluzione

Rinuncia ad ulteriori regolamentazioni perché simili misure costituiscono un freno per le cliniche innovative e portano a una burocratizzazione e a un effetto «ratchet» (si parla di un effetto «ratchet» quando un attore vede il suo margine di manovra ridotto a seguito di una regolamentazione che lo inciterà a concepire la sua azione in funzione di questa situazione. Con questo esso si garantirà un vantaggio rispetto ai suoi concorrenti. E non potrà fare nulla per tornare indietro. Gli attori esistenti sono così invogliati ad acquistare inutilmente numerosi equipaggiamenti di grandi dimensioni prima dell'introduzione della regolamentazione in modo da beneficiare in seguito di un vantaggio concorrenziale.

Lista delle prestazioni vietate nell'ambito ospedaliero

| Di cosa si tratta? | Problematica | Soluzione |
|---|---|--|
| I cantoni di Zurigo e di Lucerna tracciano delle liste di interventi la cui assunzione è garantita solo se essi sono eseguiti in ambulatorio. | I cantoni non hanno la competenza di definire dei criteri di economicità e, pertanto, l'obbligo di intervenire in ambulatorio. (Urs Saxer (2017): Memorandum der Rechtsanwälte Steinbrüchel Hüsey im Auftrag von Privatkliniken Schweiz (PKS)) Inoltre, delle questioni etiche e di responsabilità civile si pongono quando dei criteri politici hanno il sopravvento sulle indicazioni terapeutiche. | Rinuncia ad una regolamentazione supplementare e promozione di un finanziamento uniforme delle prestazioni fornite in ambulatorio e in ospedale a livello stazionario. |

Budget globali

Di cosa si tratta?

I cantoni di Ginevra e di Vaud hanno introdotto dei budget globali solo per gli operatori privati.

Problematica

Secondo la LAMal, i budget globali sono leciti solo se concernono tutti i fornitori di prestazioni.

Soluzione

Parità di trattamento di tutti gli operatori ospedalieri e rinuncia ai budget globali per delle categorie specifiche di fornitori di prestazioni.

Assoggettamento degli ospedali ad un'imposta in funzione dei pazienti che beneficiano di assicurazioni complementari

Di cosa si tratta?

Attraverso un'imposta percepita presso alcune cliniche private e calcolata sulle entrate provenienti dalle cure dispensate a pazienti che beneficiano di assicurazioni complementari, il governo del Canton Zurigo intende aumentare i propri rientri fiscali piuttosto che procedere a dei risparmi.

Problematica

I cantoni non sono abilitati a tassare la cifra d'affari. Inoltre, questa nuova imposta caratterizzata da una forte progressività viola il principio della parità di trattamento. Il vero scopo mirato da questa misura potrebbe essere quello di incitare i pazienti che ricevono delle prestazioni complementari a lasciare degli ospedali privati e rivolgersi invece ad ospedali pubblici.

Soluzione

Rinuncia a questa imposta arbitraria e discriminatoria.

Fissazione di quote per la massima parte dei pazienti che beneficiano di assicurazioni complementari

Di cosa si tratta?

Da più parti esistono dei piani tendenti a limitare la quota dei pazienti che beneficiano di assicurazioni complementari per alcune cliniche private. Secondo questo sistema, il cantone rifiuterebbe di pagare la propria partecipazione finanziaria legale alle spese di cura di questi pazienti quando queste quote sono esaurite.

Problematica

Regolando le prestazioni coperte dalle assicurazioni complementari, i cantoni non solo supererebbero i limiti delle loro competenze in materia di pianificazione nei confronti della LAMal, ma si porrebbero anche in contraddizione con l'obbligo di ammissione del diritto federale. Di conseguenza, i pazienti che beneficiano di assicurazioni complementari sarebbero discriminati rispetto agli assicurati AOS.

Soluzione

Rinuncia a simili regolamentazioni. L'obbligo di ammissione che si applica a tutti gli ospedali che figurano sulle liste è sufficiente.

Affitti e remunerazione del capitale che non corrispondono al mercato

Di cosa si tratta?

Si parla di affitti non conformi al mercato quando i costi di gestione degli investimenti consentiti dal cantone per gli ospedali pubblici (affitti, interessi) sono contabilizzati a un livello considerevolmente inferiore a quello del mercato e, dunque, costituiscono un sovvenzionamento tacito. Esistono perfino degli ospedali che non pagano nessun affitto, come ad esempio l'ospedale cantonale di Obvaldo nel corso degli ultimi anni.

Problematica

Le cliniche private devono pagare tutti i costi conformi al mercato con il contributo agli investimenti del 10% ammesso nella fissazione della tariffa. Se gli ospedali pubblici sono sovvenzionati attraverso dei costi d'investimento, essi beneficiano di un vantaggio concorrenziale ingiustificato.

Soluzione

Una trasparenza totale deve regnare nel finanziamento ospedaliero cantonale. Dei sussidi concessi tacitamente dai cantoni che superano il contesto delle prestazioni di servizio pubblico che essi hanno stabilito sono illeciti.

Assoggettamento all'imposta

Di cosa si tratta?

La maggior parte delle cliniche private pagano le imposte ordinarie.

Problematica

Numerosi ospedali pubblici non pagano imposte.

Soluzione

Parità di trattamento in materia fiscale di tutti gli attori del mercato.



Fridolin Marty

Responsabile Politica sanitaria

-
- 1. terzi:** i pazienti stessi idealmente). Basta tuttavia spesso che i medici curanti o anche dei portali di confronto online se ne occupino
 - 2. (Obsan (2016):** Obsan (2016): Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires. Actualisation 2013. Bulletin 4/2016
 - 3. Obsan (2016):** Obsan (2016): Évolution des coûts et du financement du système des soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2013. Bulletin 1/2016
 - 4. nuovo finanziamento ospedaliero:** In generale, da alcuni anni, la durata del soggiorno è in calo: 5,9 giorni nel 2008, 5,4 giorni nel 2011). Questo fenomeno è tuttavia indipendente dalla riforma del finanziamento ospedaliero
 - 5. ipotesi:** Il trasferimento verso le cure a domicilio o verso il settore della riabilitazione sarebbe auspicabile, poiché i costi sono qui meno elevati. I servizi per le cure a domicilio e le cliniche di riabilitazione devono essere in grado di trattare questi nuovi pazienti. Questo presuppone in particolare che questi ultimi siano sufficientemente in buona salute
 - 6. Felder, Stefan (2016):** Différences de tarif et de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Expertise pour le compte des Cliniques Privées Suisses, p. 35, tableau 17. Il valore indicato si riferisce agli ospedali pubblici. I baserates delle cliniche private, più deboli, variano tra il 4,1% e il 5,7%)
 - 7. pubblicazioni:** Rüttsche, Bernhard (2015): Application de la LAMal aux cliniques privées. Avis de droit à l'intention des Cliniques Privées Suisses (CPS), et Widmer, Philippe / Telser, Harry (2016): Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale. Une étude réalisée pour le compte de comparis.ch
 - 8. INFRAS:** INFRAS (2016): Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux. Étude de faisabilité dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier
 - 9. soltanto il 2%:** Felder, Stefan (2016)
 - 10. Bernhard Rüttsche:** Rüttsche (2015)
 - 11. esaminare e confrontare l'applicazione a livello cantonale:** Widmer e Telser (2016)
 - 12. finanziate in maniera uniforme:** Anche denominato finanziamento monista.
 - 13. imperativo:** pwc (2016): Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année. Étude soutenue par le Swiss Medical Network.
-