



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

La posizione di H+

## L'attuale finanziamento degli ospedali ha raggiunto i suoi limiti

### Situazione di partenza

Gli ospedali e le cliniche soffrono di un finanziamento insufficiente delle prestazioni nell'assicurazione di base (AOMS). Nel settore ambulatoriale la copertura insufficiente raggiunge quasi il 30 per cento dei costi; pure nel settore stazionario si tratta circa del 10 per cento. L'inflazione, la penuria di personale specializzato e gli aumenti salariali che ne risultano per gli ospedali e le cliniche comportano ulteriori costi e investimenti supplementari, che questi ultimi di per sé dovrebbero finanziare tramite le tariffe, ma non ne sono più in grado. Da decenni, inoltre, le tariffe AOMS non tengono conto in modo equo dell'evoluzione dei costi prospettiva maturata. A ciò si aggiungono le sfide demografiche legate al personale specializzato dei "babyboomer" che nei prossimi dieci anni lascerà il mondo del lavoro. Pure le/i pazienti sono sempre più anziane/i, hanno quadri clinici più complessi e necessitano di un'assistenza sanitaria più dispendiosa. Tali fattori legati ai costi e gli investimenti necessari nel progresso tecnologico e digitale, ma pure il passaggio all'ambulatoriale e la crescente regolamentazione da parte del legislatore peggioreranno ulteriormente il finanziamento insufficiente degli ospedali e delle cliniche.

La situazione finanziaria degli ospedali e delle cliniche mostra in modo chiaro che il sistema sanitario svizzero non è compatibile con le prescrizioni e le idee della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Con le tariffe dell'assicurazione di base un ospedale mediamente efficiente dovrebbe potersi finanziare in modo economicamente sostenibile - ma ciò non è il caso. H+ chiede che i principi di finanziamento approvati della LAMal vengano finalmente attuati in modo accurato. Basta con il finanziamento insufficiente politicamente motivato. Se questa richiesta non sarà adempiuta, incombono perdite nella qualità fino a interruzioni dell'approvvigionamento che andranno a scapito della popolazione.

Noi ospedali e cliniche vogliamo mantenere l'attuale livello di prestazioni e di qualità. Per questo motivo, H+ Gli Ospedali Svizzeri avanza le seguenti sei richieste:

1. Un finanziamento appropriato e sostenibile delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali degli ospedali e delle cliniche, assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), affinché anche in futuro tali prestazioni possano essere fornite nella qualità richiesta.
2. Un adeguamento immediato della politica tariffale con:
  - a. l'aumento delle tariffe del 5 per cento per compensare il rincaro accumulatosi e lo sviluppo dei costi per il personale;
  - b. l'ancoraggio del principio dell'indicizzazione prospettiva nel finanziamento AOMS;
  - c. l'aumento graduale delle tariffe ambulatoriali nei prossimi quattro anni del 15 per cento complessivamente, che ammortizza la cronica copertura insufficiente del 30 per cento in media, in atto da anni.
3. L'introduzione e il riconoscimento di un benchmark ottimizzato sull'appropriatezza presso tutti gli attori interessati (stakeholder) che coinvolge fattori esogeni - vale a dire fattori non influenzabili da ospedali e cliniche - nei calcoli del benchmark.

4. L'introduzione di un sistema tariffale ambulatoriale appropriato consistente in forfait e nella tariffa per singole prestazioni TARDOC deve avvenire in maniera neutra a livello di costi. Occorre risolvere la copertura dei costi insufficiente esistente di circa il 30 per cento nel vecchio sistema tariffale Tarmed, indipendentemente dal cambiamento imminente del sistema tariffale, idealmente ancora con il Tarmed.
5. Soluzioni alternative di finanziamento per le mansioni di ospedali e cliniche che non sono vere e proprie prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche (prestazioni LAMal).
6. La politica, le autorità e le assicuratori devono porre al centro delle loro riflessioni la garanzia delle cure e lo sviluppo ulteriore innovativo dell'assistenza sanitaria e, partendo da ciò, garantire la messa a disposizione dei mezzi finanziari corrispondenti.

## Posizione

### 1. Finanziamento appropriato e sostenibile per le prestazioni di qualità elevata degli ospedali e delle cliniche svizzeri

Il sistema di finanziamento esistente porta ospedali e cliniche oltre quanto riescono a fare. Con tariffe che non coprono i costi nel settore stazionario e in quello ambulatoriale non è possibile adempiere le sfide quali il cambiamento demografico, la crescente penuria di personale specializzato, le richieste di adeguamento delle condizioni di lavoro, il progresso tecnologico, gli oneri continuamente imposti dalla politica e dall'amministrazione e le attese della popolazione.

H+ è dell'avviso che il quadro legislativo vigente della Legge sull'assicurazione malattie LAMal, se applicato correttamente, vale a dire secondo il nuovo finanziamento degli ospedali approvato nel 2009, deve permettere un finanziamento adeguato secondo principi economici sia nel settore stazionario sia in quello ambulatoriale ospedaliero. Per questo motivo H+ si adopera in favore di un impiego efficiente delle risorse per la fornitura di prestazioni medico-sanitarie nella qualità richiesta e nel contempo e secondo tali principi chiede un finanziamento adeguato, valorizzante e sostenibile.

### 2. Tariffe appropriate secondo l'idea di principio della LAMal richiedono un aumento massiccio delle tariffe

Il finanziamento insufficiente cronico, il rincaro, la penuria di personale specializzato, l'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico e quanto si attende la popolazione dall'assistenza sanitaria influiscono sull'offerta concreta di prestazioni medico-sanitarie e dunque sui costi della salute in generale e sulle finanze degli ospedali e delle cliniche in particolare. Per una garanzia sostenibile delle cure occorre adeguare immediatamente le tariffe del 5 per cento e innalzare in seguito le tariffe ambulatoriali nei prossimi quattro anni del 15 per cento complessivamente, per ammortizzare finalmente il finanziamento insufficiente finora cronico. In futuro le tariffe dovranno pure essere indicizzate in prospettiva.

- Il **finanziamento insufficiente** è cronico da anni e ha diverse cause: la politica, le autorità e gli assicuratori si concentrano unicamente sulla prospettiva dei costi rendendo impossibile agli ospedali e alle cliniche, nonostante una fornitura delle prestazioni efficiente, di negoziare con gli assicuratori delle tariffe che coprano i costi. A ciò si aggiunge un tariffario vetusto nel settore ambulatoriale. Lo [studio di PWC in merito alle finanze degli ospedali e delle cliniche](#) giunge pure alla conclusione che solo pochissimi ospedali e cliniche raggiungono il necessario margine EBITDAR del 10 per cento per riuscire a sopravvivere a lungo termine. Secondo l'idea di finanziamento, gli ospedali efficienti devono però poter raggiungere tale obiettivo, facendo capo esclusivamente all'assicurazione di base.
- Il **rincaro e l'aumento dei prezzi per energia e beni** influiscono in maniera essenziale sulle finanze di ospedali e cliniche. Dal 2022 gli aumenti nell'ordine di diverse decine dei prezzi dell'energia, della tecnica medica e del materiale di consumo medico-sanitario, delle derrate alimentari e della costruzione sono

all'ordine del giorno. In seguito ospedali e cliniche dovrebbero teoricamente poter finanziare tali costi maggiori tramite le tariffe delle prestazioni ospedaliere. Non esiste un'altra possibilità! A differenza di altri settori dell'economia, il fornitore di prestazioni non può però lui stesso aumentare le tariffe, visto che vanno negoziate con gli assicuratori e approvate dalle autorità competenti. Se gli assicuratori e le autorità non approvano l'aumento, gli ospedali rimangono in un vicolo cieco finanziario e vanno lentamente, ma costantemente in rovina. La qualità e l'accesso sono in pericolo.

- La **carezza di personale specializzato** ha un influsso determinante sulle finanze degli ospedali e delle cliniche, dato che il personale rappresenta una quota parte variante tra il 65 e l'80 per cento dei costi complessivi. Nella «War of Talents» che regna attualmente, i responsabili degli ospedali e delle cliniche devono mettere in atto maggiori sforzi per trovare il personale specializzato di cui hanno bisogno. In tal modo aumentano i costi per il reclutamento o per i salari dei collaboratori temporanei, ma anche la spirale dei salari per gli impiegati fissi continua a muoversi verso l'alto. Per riuscire a tenere il personale specializzato, gli ospedali e le cliniche già oggi devono creare condizioni di lavoro attraenti e ciò non solamente dall'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche. Vi rientrano ad esempio «fringe benefits» oppure orari di lavoro più brevi. Occorre ampliare il margine di manovra finanziario, affinché tali misure per il miglioramento delle condizioni di lavoro possano sortire un effetto duraturo.
- La popolazione cresce: tra il 2011 e il 2021 la popolazione in Svizzera è aumentata di 784'000 persone (+9.86 per cento). Parallelamente aumenta la quota parte delle persone anziane in età di pensione. Ciò non si ripercuote unicamente sul mercato del personale specializzato, bensì pure sull'assistenza sanitaria. Secondo i calcoli del centro di competenze per la demografia a Basilea, nel lasso di tempo tra il 2023 e il 2029 un totale di 788'000 persone raggiungerà i 64 anni di età. Nel medesimo periodo i nuovi ventenni saranno 640'000. In tal modo complessivamente tra il 2023 e il 2029 verranno a mancare 148'000 potenziali forze lavoro. Entro il 2040 tale divario aumenterà a complessivamente 321'000 potenziali forze lavoro e nel contempo vi saranno più persone anziane con quadri clinici più complessi, che usufruiranno di un maggior numero di trattamenti medico-sanitari. Pure le persone negli ultimi anni della loro vita aumenteranno massicciamente. Queste ultime causano i costi sanitari maggiori, dato che spesso presentano diversi quadri clinici e più complessi e necessitano di più trattamenti medico-sanitari. A causa del **mutamento demografico** agli ospedali e alle cliniche si chiede di sviluppare nuovi modelli di assistenza e nuovi investimenti, ciò che però sarà impossibile per via del finanziamento insufficiente.
- I sistemi tariffali raffigurano in modo insufficiente gli effetti del **progresso medico e tecnologico**. Solamente i sistemi tariffali «in apprendimento» che si basano su dati reali riferiti ai costi e alle prestazioni possono garantire una raffigurazione degli sviluppi vicina alla realtà.
- Le **attese della popolazione** all'assistenza sanitaria sono cambiate: le persone si attendono offerte di bassa soglia, assistenza rapida e un accesso alle cure possibilmente 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. Tali attese sono state rafforzate dalla circostanza che per l'assistenza sanitaria di base sono disponibili meno medici di famiglia. In base al mandato di assistenza sanitaria, gli ospedali e le cliniche si sono adattati a questo cambiamento e hanno creato ad esempio studi medici per le emergenze.

### 3. Calcoli corretti ed equi per il benchmarking

Per allestire il benchmark, l'incaricato della sorveglianza sui prezzi e gli assicuratori malattie allestiscono un elenco molto semplificato dei fornitori di prestazioni stazionarie e li ordinano secondo i rispettivi costi per caso. Tale semplificazione comporta che i costi di

ospedali universitari vengono confrontati con ospedali di dimensioni più piccole e ospedali molto piccoli come pure con case per partorienti. Il benchmarking evidentemente deve essere ponderato secondo le cifre per caso o il peso per caso, ogni altro metodo non è appropriato. Nonostante nei costi per caso si tenga conto delle differenze nei pazienti degli ospedali, rimangono differenze marcate tra le aziende che non sono dovute a differenze nell'efficienza, bensì a cosiddetti fattori d'influsso esogeni. Gli ospedali non riescono a influire su questi ultimi, visto che i fattori esogeni contengono differenze nei mandati di prestazioni o aspetti specifici della sede di cui la struttura tariffale non tiene conto. Esempi di fattori esogeni sono i seguenti: cure urgenti per 365 giorni 24 ore su 24, medicina altamente specializzata, infrastrutture di ospedali universitari e ospedali di centro, l'ampiezza e la profondità dell'offerta di prestazioni o fattori regionali di sede quali il livello salariale. Per un benchmarking corretto ed equo H+ chiede che tali fattori esogeni vengano integrati nei calcoli e un tale benchmark venga riconosciuto da tutti i partner. Per ulteriori informazioni in merito al benchmarking ottimizzato rinviamo al [sito web dell'associazione Spitalbenchmark](#).

#### **4. Introduzione di un sistema tariffale coerente**

H+ si adopera in favore dell'introduzione di un sistema tariffale ambulatoriale adeguato consistente in forfait e nella tariffa per singola prestazione TARDOC. Con la versione 1.0 dei forfait ambulatoriali, H+, assieme a santésuisse ha creato le basi corrispondenti. Queste ultime dovranno essere riunite nell'organizzazione delle tariffe mediche ambulatoriali (OTMA SA) in un sistema tariffale coerente.

I forfait sono ben comprensibili e semplici da applicare, si basano su regole vincolanti, contenuti definiti, criteri verificabili e riducono il dispendio amministrativo per tutte le persone coinvolte. Ogni contatto con la/il paziente viene fatturato mediante il forfait ambulatoriale oppure la tariffa per prestazione singola. I forfait in questo contesto raffigurano soprattutto i trattamenti che richiedono molte risorse in un determinato giorno, mentre ad es. consultazioni relative all'assistenza precedente e successiva vengono fatturate mediante la tariffa per prestazioni singole. I forfait ambulatoriali in futuro copriranno circa la metà del volume nel settore ambulatoriale ospedaliero e sulla base di dati attuali riferiti ai costi e alle prestazioni sarà possibile ogni anno svilupparli ulteriormente e ampliarli. In futuro i forfait ambulatoriali completeranno così in maniera ottimale la tariffa per prestazioni singole TARDOC e adempiranno l'obiettivo concordato dei partner tariffali come pure il mandato chiaro del mondo politico.

#### **5. Soluzioni alternative per il finanziamento**

Il legislatore trasmette agli ospedali e alle cliniche sempre più mansioni supplementari per cui non è previsto il finanziamento, ad esempio concernenti la digitalizzazione, la formazione, la garanzia della qualità o la protezione dei dati. La burocrazia e i controlli esagerati comportano un dispendio amministrativo significativamente maggiore che trova espressione nei costi più elevati. Per questo motivo H+ chiede un finanziamento adeguato di mansioni supplementari che non sono vere e proprie prestazioni LAMal. Si tratta di:

- mansioni prescritte dal legislatore e regolatore (ad es. CIP);
- mansioni non coperte dalle usuali tariffe AOMS (attuazione della protezione dei dati, attuazione della Revisione LAMal su qualità ed economicità);
- prestazioni economicamente d'interesse generale quali in particolare la formazione di base e continua;
- l'attuazione della volontà del popolo tramite nuove leggi (iniziativa sulle cure infermieristiche).

H+ si oppone a ogni genere di regolazione amministrativa eccessiva che genera costi che esulano dal quadro legislativo e non è dunque finanziata.

## 6. Porre il finanziamento al centro dell'attenzione

La politica, le autorità e gli assicuratori devono porre al centro dell'attenzione la garanzia delle cure e non discutere più soltanto dei costi. La politica e le autorità devono smetterla di combattere le conseguenze dei premi di cassa malati con misure che violano il quadro legislativo esistente e che limitano gli ospedali e le cliniche finanziariamente in modo arbitrario.

Gli ospedali e le cliniche fanno parte di un sistema in cui gli assicuratori malattie non si assumono / vogliono assumersi una coresponsabilità all'assistenza. Proprio oggi però, e considerate le molteplici sfide, tutti gli attori del sistema sanitario dovrebbero essere interessati a garantire un'assistenza di qualità elevata pure in futuro. Il finanziamento appropriato per l'assistenza sanitaria riveste un ruolo centrale in tale contesto.

---

**H+ Gli Ospedali Svizzeri** è l'associazione nazionale degli ospedali, delle cliniche e degli istituti di cura, pubblici e privati. Ad essa aderiscono in veste di membri attivi 207 ospedali, cliniche e istituti di cura con 368 sedi, e 150 associazioni, autorità, istituzioni, ditte e persone singole quali membri partner. H+ rappresenta istituzioni sanitarie che danno lavoro a circa 200'000 persone.

---

agosto 2023