



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'economia,
della formazione e della ricerca DEFR

Sorveglianza dei prezzi SP

Tariffe ospedaliere a carico delle assicurazioni complementari

Confronto nazionale di tariffe e costi

Berna, ottobre 2021



Impressum

Tariffe ospedaliere a carico delle assicurazioni complementari

Confronto nazionale di tariffe e costi

Autore: Kaspar Engelberger

Sorveglianza dei prezzi

Einsteinstrasse 2

3003 Berna

www.mister-prezzi.admin.ch

Berna, ottobre 2021



Indice

1	Introduzione	4
2	Situazione iniziale	5
2.1	Principio di concorrenza nel settore delle assicurazioni complementari	5
2.2	Cure ospedaliere coperte dall'assicurazione complementare	6
2.3	Remunerazione delle cure ospedaliere a carico dell'AOMS	7
2.4	Remunerazione delle prestazioni ospedaliere complementari	8
3	Procedura e metodo	8
4	Analisi	9
4.1	Strutture tariffarie	9
4.2	Raffronto tariffario	10
4.3	Costi per caso effettivamente rimborsati dagli assicuratori	12
5	Conclusioni e raccomandazioni del Sorvegliante dei prezzi	14



1 Introduzione

A ottobre 2017 il Consiglio federale ha preso atto del rapporto di un gruppo di esperti con la partecipazione del Sorvegliante dei prezzi, in cui vengono proposte 38 misure di contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La misura n. 28 recita «impedire tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari». Poiché queste tariffe in Svizzera non sono attualmente regolamentate, gli ospedali godono di un ampio margine di manovra nel definirle. Secondo il gruppo di esperti, tuttavia, i costi delle prestazioni che gli assicuratori devono rimborsare agli ospedali nel settore dell'assicurazione complementare stazionaria sono spesso ampiamente superiori alle prestazioni già pagate dall'AOMS. Così, il trattamento dei pazienti con un'assicurazione complementare è economicamente più interessante del trattamento dei pazienti coperti dalla sola assicurazione di base, tant'è che gli ospedali e/o i medici curanti sono incentivati ad ampliare il numero dei trattamenti o a effettuare interventi inutili. Questo incentivo alla «overmedication» o all'«overtreatment» ha anche un impatto sui costi dell'AOMS, perché tutti i pazienti con un'assicurazione complementare hanno anche un'assicurazione di base obbligatoria. L'AOMS si deve quindi addossare anche i trattamenti stazionari dei pazienti con un'assicurazione complementare. Secondo un comunicato stampa del 17 dicembre 2020, l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA, che sorveglia gli assicuratori malattie complementari, ha constatato che le fatture emesse agli assicuratori complementari mancano spesso di trasparenza e che l'importo fatturato appare, in parte, eccessivamente elevato o addirittura ingiustificato¹.

Intenzionato a studiare più da vicino le tariffe addebitate dagli ospedali agli assicuratori complementari, il Sorvegliante dei prezzi si è inizialmente trovato di fronte a una pluralità di logiche difficilmente comprensibili, anche se difese con determinazione dagli ospedali. Le sue ricerche hanno portato alla luce un sistema tariffario oltremodo complesso, eterogeneo e per nulla trasparente, cresciuto negli ultimi decenni senza incontrare ostacoli né di carattere normativo né sotto forma di un'efficace concorrenza sui prezzi. Effettuare un confronto dei prezzi per quanto possibile significativo si è rivelata una vera e propria impresa. Dopo una lunga fase d'analisi, il Sorvegliante dei prezzi è però riuscito a elaborare e rendere pubblicamente accessibile per la prima volta in assoluto una panoramica del sistema tariffario svizzero per quanto riguarda le degenze ospedaliere a carico delle assicurazioni complementari. I risultati a cui è giunto sono evidenti: innanzitutto non è ben chiaro quali siano nello specifico le prestazioni a carico dell'assicurazione complementare. Inoltre, le tariffe sono palesemente sproporzionate rispetto ai costi delle relative prestazioni, dichiarati dagli stessi ospedali. Una cosa è però certa: le tariffe a carico degli assicuratori complementari possono coprire soltanto i costi che non sono già stati addebitati all'AOMS, il che conferma inequivocabilmente le conclusioni a cui era giunta la FINMA. Il presente confronto tariffario mira da un lato a promuovere la trasparenza e, dall'altro, a offrire una base decisionale per l'adozione di misure che possano rimediare alla problematica in questione.

¹ [Comunicato stampa FINMA del 17.12.2020 sulla necessità di interventi ad ampio raggio sui conteggi delle prestazioni.](#)



2 Situazione iniziale

2.1 Principio di concorrenza nel settore delle assicurazioni complementari

Il mercato delle cure ospedaliere a carico delle assicurazioni complementari presenta una struttura triangolare, con tre attori che intrattengono relazioni reciproche. Questo mercato è caratterizzato in particolare dal fatto che le prestazioni supplementari non sono pagate direttamente dai soggetti interessati (pazienti privati) ai fornitori (ospedali), bensì indirettamente attraverso gli assicuratori malattie, che fungono così da intermediari. La figura 1 ne illustra la struttura.

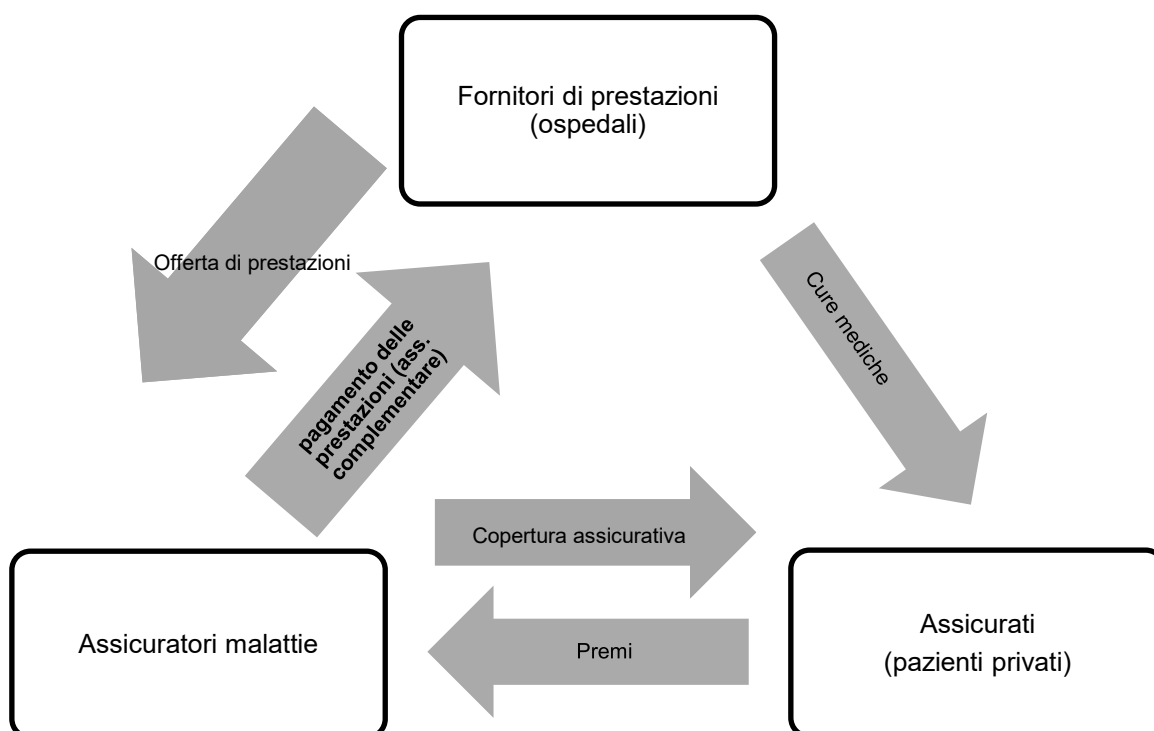


Figura 1: struttura del settore delle cure ospedaliere a carico degli assicuratori complementari, tratta per analogia da: Diritto e politica della concorrenza DPC 2008/4, pag. 557 (con modifiche).

Gli assicurati hanno l'esigenza di un'assicurazione che, in caso di degenza, copra i loro costi ospedalieri nei reparti semiprivato o privato di praticamente tutti gli ospedali svizzeri. In compenso si impegnano a pagare un premio fisso. Tuttavia, a seconda dell'età e dello stato di salute, gli assicurati non possono più cambiare assicurazione complementare, se non a condizioni decisamente svantaggiose.

Per le loro prestazioni mediche gli ospedali necessitano di canali di distribuzione, messi a disposizione dagli assicuratori. I prezzi di queste prestazioni, pagati dalle assicurazioni, ma «consumate» dai pazienti/dagli assicurati, sono fissati nel corso di negoziazioni tariffarie. Il presente rapporto verte appunto su queste tariffe, concordate tra ospedali e assicuratori e concernenti la remunerazione delle prestazioni (supplementari) a favore dei pazienti con assicurazione semiprivata o privata. La relativa struttura di mercato, molto complessa, ha tra l'altro le seguenti implicazioni:

- In Svizzera, per tradizione, l'assicurazione malattie complementare offre ai pazienti la possibilità di scegliere liberamente l'ospedale (svizzero) in cui desiderano essere curati. A causa di questa



promessa assicurativa garantita per contratto, gli assicuratori non possono praticamente escludere alcun ospedale dall'obbligo di rimborso delle prestazioni sovraobbligatorie fornite².

- Le tariffe negoziate tra ospedali e assicuratori non hanno alcun impatto sul comportamento dei pazienti. Questi, non soltanto non sono informati sulle tariffe in questione, ma non hanno neppure un interesse economico a esserlo.
- Tra gli ospedali non vi è dunque un'efficace concorrenza sui prezzi.
- Gli assicurati più anziani, tra cui i malati cronici, sono dei clienti «intrappolati», perché molto spesso non possono cambiare assicuratore complementare. Gli assicuratori possono quindi addossare loro premi eccessivi.

2.2 Cure ospedaliere coperte dall'assicurazione complementare

Con l'introduzione, nel 1996, della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) è stata operata in Svizzera una separazione giuridica e formale di due ambiti assicurativi. Da allora la nuova assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) si assume di norma i costi delle prestazioni che servono alla diagnosi o alla cura di una malattia e delle sue conseguenze. La Costituzione federale stabilisce che le cure mediche di base coperte dall'AOMS siano di qualità³. In via di principio questo vale per tutte le cure ospedaliere. Secondo l'articolo 32 capoverso 1 LAMal, queste prestazioni di base sono però rimborsate dall'AOMS soltanto se soddisfano i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE).

Per volontà del legislatore, tutte le prestazioni mediche che non soddisfano tali requisiti rientrano nel settore dell'assicurazione complementare facoltativa. Poiché quasi tutti i costi delle cure ospedaliere sono soggetti all'obbligo di rimborso dell'AOMS, occorre chiarire e differenziare in modo chiaro e dettagliato quelle che sono le cure ospedaliere che vanno invece a carico dell'assicurazione complementare. Secondo la dottrina e la giurisprudenza prevalenti, le prestazioni complementari assicurate devono soddisfare i seguenti requisiti:

- per principio, le prestazioni coperte dall'assicurazione complementare devono esulare dal catalogo di prestazioni dell'AOMS;
- i servizi associati alle prestazioni dell'AOMS, ma che oltrepassano il suddetto catalogo (le cosiddette «prestazioni aggiuntive»), devono poter essere distinti nei minimi dettagli dalle prestazioni AOMS standard e verificati;
- le prestazioni aggiuntive per pazienti con assicurazione complementare non devono andare a scapito dei pazienti con assicurazione di base;
- nello specifico, la definizione di «vera prestazione aggiuntiva» dipende dallo standard AOMS applicato dal rispettivo fornitore di prestazioni. Se, ad esempio, un ospedale offre esclusivamente camere doppie anche per pazienti con assicurazione di base, la degenza in una camera doppia non può essere considerata una prestazione aggiuntiva imputabile all'assicurazione complementare.

Per quanto concerne le degenze ospedaliere, la giurisprudenza e la dottrina prevalenti riconoscono le seguenti prestazioni aggiuntive a carico dell'assicurazione complementare:

- servizi alberghieri di lusso (degenze nei reparti ospedalieri semiprivato o privato);
- libera scelta del medico in ospedale;
- cure anche in ospedali non autorizzati;
- libera scelta del momento del trattamento per gli interventi elettivi;
- servizi di trattamento e assistenza speciali, non indispensabili dal punto di vista medico.

² Questo effetto viene ulteriormente rafforzato da quando, nel nuovo sistema di finanziamento ospedaliero, la libera scelta dell'ospedale è fondamentalmente garantita anche dall'assicurazione di base obbligatoria.

³ Cfr. art. 117a cpv. 1 della Costituzione federale della Confederazione Svizzera (Cost.).



2.3 Remunerazione delle cure ospedaliere a carico dell'AOMS

La rigida separazione dei campi di prestazioni nell'ambito delle cure ospedaliere richiede una distinzione anche a livello tariffario. Non si possono pertanto analizzare le tariffe ospedaliere nel settore dell'assicurazione complementare senza tener conto di quelle assunte dall'AOMS.

Dall'entrata in vigore, nel 2012, della revisione della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero («nuovo finanziamento ospedaliero»), le cure ospedaliere a carico dell'AOMS sono remunerate in tutta la Svizzera con importi forfettari per singolo caso secondo un sistema tariffario uniforme (SwissDRG). Questi «baserate» sono negoziati tra i vari fornitori di prestazioni e i gruppi di assicuratori malattie e sono subordinati all'approvazione degli esecutivi cantionali⁴. Esiste un cosiddetto obbligo a contrarre, vale a dire che gli assicuratori malattie sono obbligati a rimborsare le prestazioni del fornitore di prestazioni se quest'ultimo soddisfa le condizioni d'ammissione previste per legge. Le cure ospedaliere dell'assicurazione obbligatoria sono finanziate dai Cantoni (min. 55 %) e dall'AOMS (max. 45 %) secondo il principio del «finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa».

Conformemente al principio di economicità sancito dalla LAMal, i baserate dell'AOMS dovrebbero di norma coprire soltanto i costi (costi d'investimento compresi) di un ospedale che fornisce la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso⁵. Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, le tariffe sono determinate in base a un benchmarking nazionale dei costi per caso. A tal fine gli ospedali devono essere in grado di presentare i costi delle cure ospedaliere imputabili all'AOMS in modo completo, trasparente e verificabile⁶. Ciò presuppone una separazione trasparente di tutti i costi delle prestazioni non coperte dall'AOMS⁷, vale a dire delle prestazioni aggiuntive a favore dei pazienti con un'assicurazione complementare⁸.

Stando ai calcoli della cooperativa di acquisti HSK SA, nel 2019 gli ospedali hanno dichiarato prestazioni supplementari per un importo medio **di 427 franchi per caso complementare** (esclusi gli onorari dei medici)⁹. Secondo la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità (CDS), gli ospedali non sono in grado di indicare adeguatamente i costi supplementari effettivi, per cui è necessaria una deduzione normativa. La CDS raccomanda quindi una deduzione **di 800 franchi per caso semiprivato e di 1000 franchi per caso privato** (esclusi gli onorari dei medici)¹⁰. Vanno inoltre dedotti anche gli onorari versati a medici accreditati, consulenti e ospedalieri per la cura dei pazienti semiprivati o privati. Dai calcoli del Sorvegliante dei prezzi, basati sulla statistica ospedaliera 2019 dell'Ufficio federale di statistica (UST), è emerso che la quota di costo dichiarata per gli onorari dei medici a carico dell'assicurazione complementare era **di circa 800 franchi per caso complementare**.

Occorre inoltre applicare la protezione tariffale di cui all'articolo 44 capoverso 1 LAMal, secondo cui gli ospedali devono attenersi alle tariffe concordate contrattualmente o stabilite dall'autorità e non possono chiedere ulteriori compensi per le prestazioni AOMS che forniscono. Tutte le pretese avanzate dagli ospedali per questo tipo di prestazioni sono dunque compensate con le remunerazioni calcolate secondo gli importi forfettari per caso (art. 49 cpv. 5 LAMal). Poiché coperti anche dall'assicurazione malattie obbligatoria, i pazienti privati hanno anch'essi diritto alle prestazioni AOMS se ricoverati in un reparto privato. Ogni degenza ospedaliera di un paziente privato è quindi rimborsata anche con una tariffa AOMS.

⁴ Se non è raggiunto un accordo, la tariffa è fissata dall'esecutivo cantonale.

⁵ Art. 49 cpv. 1 LAMal.

⁶ Cfr. le decisioni del Tribunale amministrativo federale (TAF) del 15 maggio 2019 C-4374/2017, C-4461/2017 consid. 6.1.

⁷ Tra cui i costi per l'insegnamento e la ricerca universitari, per prestazioni d'interesse generale, per gli onorari dei medici dei pazienti con assicurazione complementare e i costi supplementari per il trattamento di questi ultimi.

⁸ Cfr. DTAF 2014/36 consid. 4.9.2.

⁹ Cooperativa di acquisti HSK: Benchmark SwissDRG, anno tariffario 2021.

¹⁰ Conferenza delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità (CDS). Raccomandazioni concernenti la verifica dell'economicità, determinazione degli ospedali efficienti secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal, 27 giugno 2019.



2.4 Remunerazione delle prestazioni ospedaliere complementari

Gli ospedali possono di regola applicare tariffe speciali per prestazioni che esulano dal catalogo dell'AOMS, purché siano adeguatamente distinguibili (cfr. capitolo 2.2). Come descritto sopra, in Svizzera ogni persona che desidera poter far capo a queste prestazioni in caso di bisogno è sostanzialmente libera di stipulare a tal fine un'assicurazione malattie complementare. Per evitare pratiche di fatturazione arbitrarie da parte degli ospedali, gli assicuratori complementari possono concludere con loro accordi tariffari di diritto privato per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere sovraobbligatorie. Tali accordi tariffari non sono né giuridicamente vincolanti né soggetti alla LAMal. Secondo il Tribunale federale, le tariffe complementari dei fornitori di prestazioni di diritto pubblico rappresentano delle tasse che, in quanto tali, sono soggette ai principi generali del diritto in materia di emolumenti e cioè al principio della copertura dei costi e al principio di equivalenza, verificabili mediante l'ordinaria giurisdizione di diritto pubblico¹¹.

La sorveglianza nel settore delle assicurazioni complementari private è retta dalla legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01). La vigilanza compete all'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA; art. 46 cpv. 1 LSA), che può tuttavia esercitare un controllo soltanto limitato sulle tariffe concordate da ospedali e assicuratori complementari: sono soggetti alla sua approvazione unicamente i *premi* degli assicuratori malattie complementari e quindi anche i premi delle assicurazioni complementari che coprono un'eventuale degenza nei reparti semiprivato o privato.

Tuttavia, secondo la legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), i contratti di assicurazione complementare non possono essere abusivi¹². Sono considerate abusive soprattutto le assicurazioni complementari che coprono anche i costi di certe cure che non lasciano intravedere alcun beneficio supplementare per il paziente. Nel contesto dell'approvazione dei premi delle assicurazioni malattie complementari, la FINMA si aspetta tra l'altro che gli assicuratori accettino soltanto i conteggi di prestazioni supplementari vere e proprie che esulano dal catalogo dell'AOMS, e questo soltanto se ragionevolmente proporzionati ai costi aggiuntivi sostenuti per le degenze nei reparti semiprivato o privato. Entrambe le aspettative derivano dalle pretese nei confronti di una gestione aziendale ordinaria¹³. Nell'attuale contesto giuridico, quindi, la FINMA può esercitare un'influenza soltanto indiretta sulla determinazione delle tariffe da parte dei fornitori di prestazioni, e questo solo in singoli casi, sanzionando le violazioni delle regole di corporate governance da parte degli assicuratori complementari che rimborsano eccessivamente le prestazioni ospedaliere per pazienti semiprivati o privati.

3 Procedura e metodo

L'analisi del Sorvegliante dei prezzi si basa sui dati forniti dai dieci maggiori assicuratori malattie complementari svizzeri (Helsana Zusatzversicherungen AG, CSS Versicherung AG, Visana Versicherungen AG, Sanitas Privatversicherungen AG, Mutuel Assurances SA, CONCORDIA Versicherungen AG, Groupe Mutuel Assurances GMA SA, Assura SA, KPT Versicherungen AG, SWICA Versicherungen AG). Nel 2019 queste dieci casse malati si sono spartite circa il 90 per cento del volume totale dei premi nel settore delle assicurazioni complementari¹⁴.

Il Sorvegliante dei prezzi ha chiesto a questi assicuratori di fornirgli le tariffe relative alle assicurazioni complementari (reparti semiprivato e privato) di tutti gli ospedali svizzeri per la cura delle malattie somatiche acute (escluse le case per partorienti). Ha inoltre rilevato i costi complessivi effettivamente pagati per caso (normati al cost-weight di 1.0).

¹¹ Cfr. DTF 135 V 443 consid. 3.9.

¹² Cfr. art. 38 e art. 46 cpv. 1 lett. f LSA.

¹³ Cfr. art. 14 LSA nonché il [comunicato stampa FINMA del 17 dicembre 2020 sulla necessità di interventi ad ampio raggio](#).

¹⁴ Secondo il Reporting degli assicuratori 2019 della FINMA: <https://www.finma.ch/it/documentazione/pubblicazioni-della-finma/kennzahlen-und-statistiken/kennzahlen/kennzahlen-versicherer/>.



I dati così raccolti presentano la qualità necessaria ai fini del presente rilevamento. In collaborazione con gli assicuratori, il Sorvegliante dei prezzi ne ha dapprima verificata la plausibilità e li ha poi analizzati. L'obiettivo era fornire un confronto il più possibile rappresentativo delle tariffe in Svizzera per le degenze ospedaliere del 2019 nei reparti ospedalieri semiprivato e privato. A tutela di eventuali segreti commerciali, i risultati di quest'analisi sono presentati in forma anonimizzata e aggregata.

4 Analisi

4.1 Strutture tariffarie

A differenza dell'assicurazione di base obbligatoria, per la quale la legge prescrive in tutta la Svizzera un sistema DRG uniforme, nel campo dell'assicurazione complementare gli ospedali sono fondamentalmente liberi di fissare le proprie tariffe in termini sia di forma che di struttura. Non sorprende, quindi, che vengano impiegati numerosi sistemi tariffari diversi. Quasi ogni ospedale dispone del proprio modello di contratto e anche le componenti che permettono di risalire ai costi per singolo caso sono di natura o ponderazione diversa, il che complica il confronto dei contratti. Le seguenti componenti sono concordate tra l'altro come prestazioni supplementari o forfait complessivi (AOMS e LCA insieme):

- tariffe forfettarie giornaliere o notturne,
- moduli di base o supplementari (p. es. ulteriore importo forfettario per ogni accesso alla sala operatoria o per ogni impiego del robot chirurgico Da Vinci),
- prestazioni individuali,
- onorari dei medici per intervento,
- forfait DRG per prestazioni supplementari o per costi globali,
- forfait per caso (non ponderati).

Spesso gli accordi tariffari combinano (almeno) un elemento di caso, addebitandolo una volta per caso a prescindere dalla durata della degenza, con una tariffa giornaliera o notturna. Le tariffe giornaliere sono addebitate per ogni giorno di permanenza compresi il giorno di ammissione e di dimissione, le tariffe notturne per ogni notte trascorsa in un reparto semiprivato o privato. L'elemento di caso può essere un baserate DRG, analogamente alla fatturazione a carico dell'AOMS o un forfait per caso non ponderato. Sporadicamente gli accordi tariffari contengono sia un baserate DRG sia un forfait per caso non ponderato. I baserate DRG sono spesso provvisti di un cost-weight minimo e di uno massimo per limitare la remunerazione per caso verso il basso e l'alto. Vi sono anche degli importi forfettari per caso diversi a seconda della partizione del catalogo DRG o dei forfait classificati per cost-weight nonché numerosi baserate diversi per ospedale (p. es. per le cure ospedaliere e per quelle dei medici).

Fondamentalmente, la fatturazione delle tariffe a carico delle assicurazioni complementari può essere divisa nelle tre categorie seguenti:

- **Metodo bottom up**

Gli ospedali che applicano il metodo bottom up presentano separatamente le prestazioni aggiuntive e supplementari e le fatturano in aggiunta alla tariffa AOMS dovuta. Gli assicuratori complementari si assumono la quota eccedente la tariffa AOMS, conteggiata per le prestazioni aggiuntive e supplementari vere e proprie.

- **Metodo top down**

Nell'ambito del metodo top down le prestazioni aggiuntive e supplementari vere e proprie fanno parte di una fattura globale calcolata secondo una tariffa speciale. Queste prestazioni non vengono presentate né conteggiate separatamente. Nell'importo totale sono comprese le prestazioni coperte dall'AOMS. L'assicurazione complementare privata copre la differenza tra il totale e l'importo a carico dell'AOMS.

- **Metodo dei conteggi separati**



Secondo il metodo dei conteggi separati, gli ospedali conteggiano i loro servizi (soprattutto quelli alberghieri di lusso) e il primario o il medico curante che si occupa di un paziente semiprivato o privato fattura il proprio onorario separatamente. L'assicurazione complementare privata si assume la differenza tra gli onorari dei medici e gli importi a carico dell'AOMS. A causa della totale mancanza di trasparenza, le tariffe per la remunerazione separata delle prestazioni mediche sono difficilmente decifrabili. Spesso vengono applicati regolamenti ospedalieri individuali con liste di interventi lunghe diverse centinaia di voci. Esistono inoltre sistemi tariffari elaborati da associazioni cantonali di medici (accreditati), quali l'Association des Médecins du canton de Genève (AMGe), la Berner Belegärztereinigung BBV+, la Société vaudoise de médecine (SVM), la Netzwerk der Ärztinnen und Ärzte der Hirslanden Kliniken (hirsmed.net). Molto spesso i conteggi vengono anche effettuati secondo il Catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO, ex tariffario ospedaliero in ambito AINF/AMLAI). Ogni visita e trattamento medico e ogni intervento chirurgico fanno scattare automaticamente una richiesta di rimborso a carico dell'assicurazione complementare, a prescindere che il trattamento del paziente privato sia stato diverso o uguale a quello di un paziente coperto dalla sola assicurazione obbligatoria.

4.2 Raffronto tariffario

La pluralità delle strutture vigenti rende difficile un confronto tariffario diretto nel settore delle assicurazioni complementari. Ciononostante, per poter paragonare le tariffe di un numero per quanto possibile elevato di ospedali, il Sorvegliante dei prezzi ha definito un caso standard: **degenza di sei giorni, ossia cinque pernottamenti, e un cost-weight (CW) di 1.0** (= valore medio del peso relativo)¹⁵. In base a questi parametri e alle tariffe ricavate dai dati ottenuti, il Sorvegliante dei prezzi ha quindi calcolato le remunerazioni per caso («baserate»), paragonabili tra loro.

Questi «baserate aritmetici» possono essere estrapolati soltanto per le strutture tariffarie relativamente semplici, composte da pochi elementi e da importi forfettari giornalieri e notturni sempre identici. Le strutture tariffarie complesse, costituite da diversi moduli e gli ospedali che fatturano separatamente le prestazioni dei loro medici non sono confluiti nel calcolo. Il raffronto, inoltre, tiene conto soltanto degli ospedali per la cura di malattie somatiche acute figuranti nell'elenco, ma non delle case per partorienti, delle cliniche geriatriche o di riabilitazione né di altre cliniche speciali.

In questo modo il Sorvegliante dei prezzi è risalito al valore medio delle remunerazioni per caso, al netto del livello di gravità, di **89 ospedali**. La distribuzione di queste remunerazioni per caso medie (sotto forma di baserate) per degenze semiprivato e privato è illustrata nella tabella 1 e nelle figure 2 e 3:

	Valore medio	Valore minimo	25° percentile	Valore mediano	75° percentile	Valore massimo
Remunerazione aritmetica per caso (CW 1.0) semiprivato (SP)	5100 fr.	1375 fr.	4331 fr.	4909 fr.	6288 fr.	10 000 fr.
Remunerazione aritmetica per caso (CW 1.0) privato (P)	7188 fr.	1637 fr.	5674 fr.	6913 fr.	8693 fr.	14 520 fr.
Differenza SP/P in %	41 %	19 %	31 %	41 %	38 %	45 %

Tabella 1: distribuzione delle remunerazioni aritmetiche per caso nel 2019 sotto forma di baserate per caso standard nei reparti semiprivato e privato di 89 ospedali (raffronto tariffario).

Per le degenze nel reparto semiprivato la remunerazione aritmetica per caso media è di 5100 franchi. Le differenze tra gli ospedali sono però enormi: la remunerazione più elevata raggiunge i 10 000 franchi, importo che supera di circa il 96 per cento la media e del 627 per cento quello dell'ospedale più economico (1375 fr.). Nel reparto semiprivato il 50 per cento delle remunerazioni aritmetiche per caso si situa tra i 4331 (25° percentile) e i 6288 franchi (75° percentile). Il valore mediano è di 4909 franchi.

¹⁵ Secondo la statistica medica ospedaliera 2019 dell'Ufficio federale di statistica (UST), la degenza media è durata 5,45 giorni nel reparto semiprivato e 5,85 giorni in quello privato.

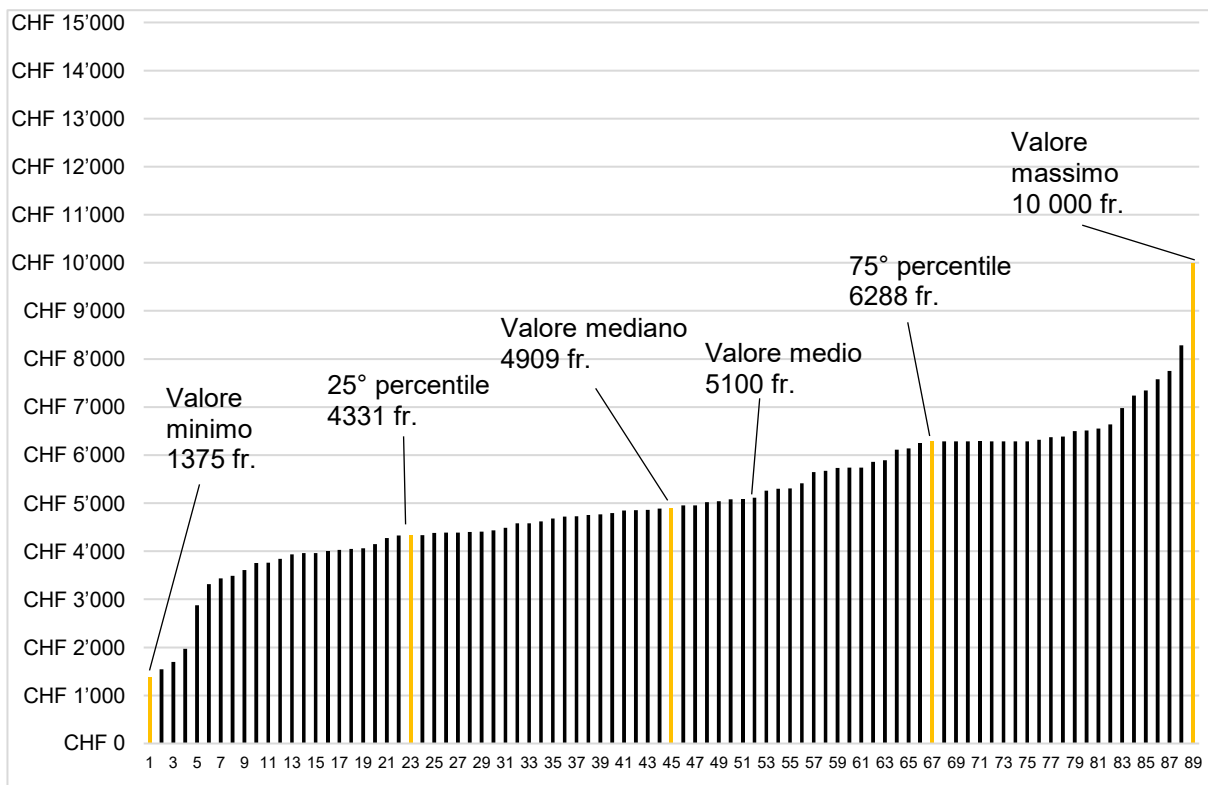


Figura 2: distribuzione delle remunerazioni aritmetiche per caso 2019 sotto forma di baserate per caso standard nel reparto semiprivato di 89 ospedali (raffronto tariffario).

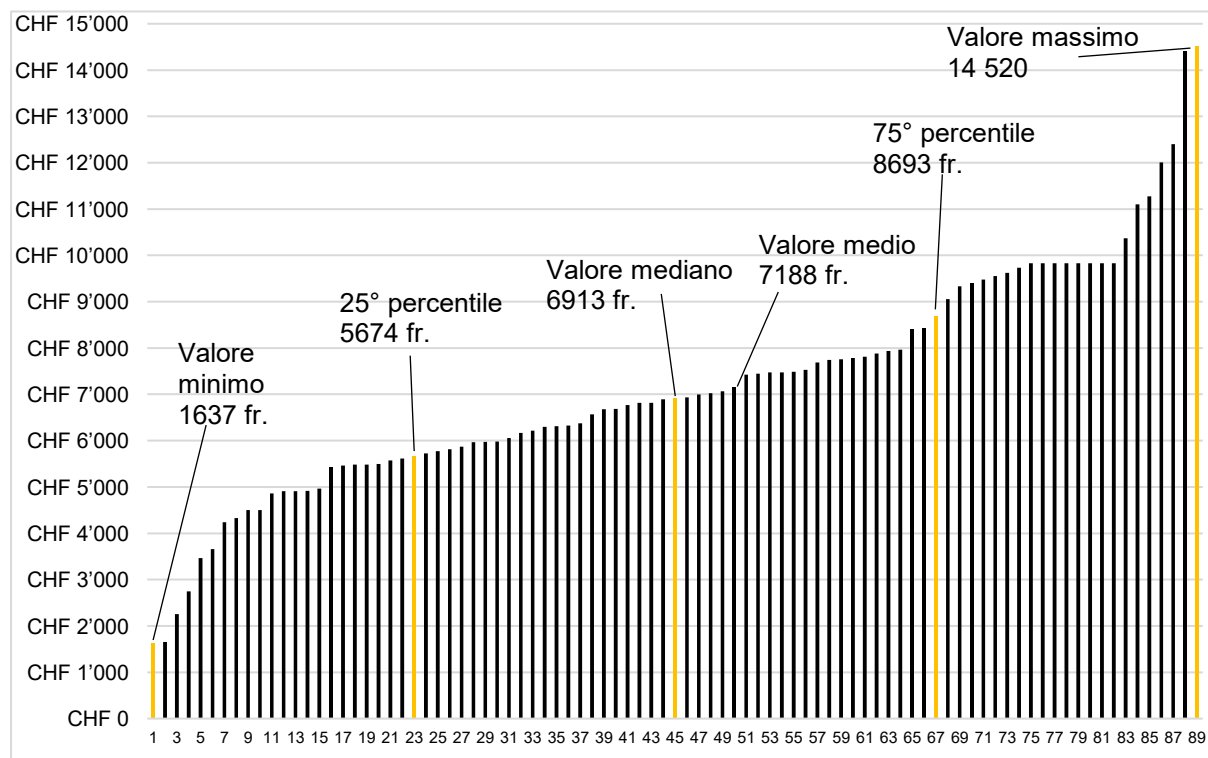


Figura 3: distribuzione delle remunerazioni per caso calcolatorie 2019 sotto forma di baserate per caso standard nel reparto privato di 89 ospedali (raffronto tariffario).



Nel caso dei pazienti privati, i baserate aritmetici sono in media di circa il 41 per cento superiori a quelli dei pazienti semiprivati. La media è di 7188 franchi. Anche qui le differenze sono enormi: la remunerazione aritmetica per caso dell'ospedale più caro (14 520 fr.) è del 787 per cento più elevato di quello dell'ospedale più economico (1637 fr.). Nel reparto privato il 50 per cento delle remunerazioni aritmetiche per caso si situa tra i 5674 (25° percentile) e i 8693 franchi (75° percentile). Il valore mediano è di 6913 franchi.

4.3 Costi per caso effettivamente rimborsati dagli assicuratori

Poiché le tariffe di molti ospedali non possono essere rilevate con il suddetto metodo, il Sorvegliante dei prezzi ha anche chiesto agli assicuratori complementari di calcolare i costi totali effettivamente rimborsati per caso nel 2019 (in aggiunta alle tariffe AOMS) per pazienti semiprivati e privati e di normarli al cost-weight di 1.0. In questo modo si possono confrontare i costi complementari di tutti gli ospedali, a prescindere dalle strutture tariffarie e delle modalità di conteggio. Il Sorvegliante dei prezzi ha poi verificato i dati ricevuti sotto il profilo della plausibilità, escludendo gli ospedali con risultati improbabili e con troppo pochi casi. Nel complesso ha rilevato i costi effettivi per caso (esclusa la quota AOMS) di **147 ospedali acuti**. La tabella 2 e le figure 4 e 5 seguenti mostrano la distribuzione della media aritmetica (non ponderata) dei costi per caso effettivamente rimborsati (normati al cost-weight di 1.0) su tutti gli assicuratori malattie complementari.

	Valore medio	Valore minimo	25° percentile	Valore mediano	75° percentile	Valore massimo
Costi totali per caso (CW 1.0), semiprivato (SP)	6745 fr.	1959 fr.	4846 fr.	5965 fr.	7230 fr.	17 772 fr.
Costi totali per caso (CW 1.0), privato (P)	8960 fr.	2785 fr.	6505 fr.	8099 fr.	10 668 fr.	19 391 fr.
Differenza SP/P in %	33%	42%	34%	36%	48%	9%

Tabella 2: distribuzione dei costi totali effettivamente pagati per caso dagli assicuratori complementari nel 2019 per degenze nei reparti semiprivato e privato di 147 ospedali (quota AOMS esclusa, normati al cost-weight di 1.0).

La distribuzione dei costi per caso effettivamente rimborsati dagli assicuratori complementari presenta grandi somiglianze con la distribuzione dei baserate aritmetici. È interessante notare che i costi effettivi totali tendano a essere più alti dei baserate calcolati dal Sorvegliante dei prezzi in base alle tariffe pagate. Ciò è abbastanza plausibile e può essere dovuto al fatto che molti ospedali privati cari non possono essere inclusi nel metodo di confronto applicato dal Sorvegliante dei prezzi perché solitamente stipulano con gli assicuratori modelli tariffari complessi e perché i medici accreditati sono spesso remunerati separatamente.

In media, i costi per caso effettivamente rimborsati dagli assicuratori complementari in aggiunta alla tariffa o ai baserate AOMS ammontano nel reparto semiprivato a 6745 franchi. In quello privato un caso costa in media circa il 33 per cento in più (8960 franchi, esclusa la quota AOMS). Inoltre, questi costi per caso variano molto da ospedale a ospedale: nel semiprivato i più elevati (17 772 franchi, esclusa la quota AOMS) sono dell'807 per cento più elevati dei costi dell'ospedale più economico (1959 franchi, esclusa la quota AOMS).

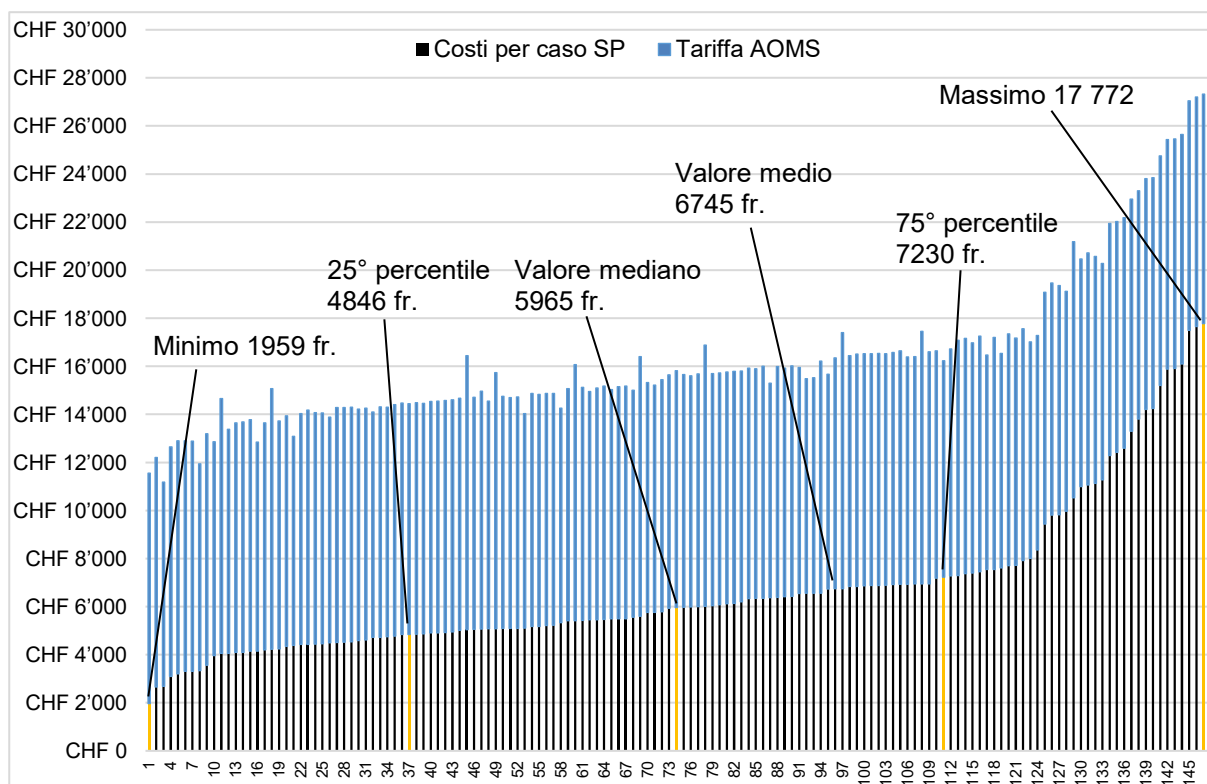


Figura 4: distribuzione dei costi totali effettivamente pagati per caso nel 2019 per degenze nel reparto semiprivato di 147 ospedali (quota AOMS esclusa, normati al cost-weight di 1.0) e tariffa AOMS 2019.

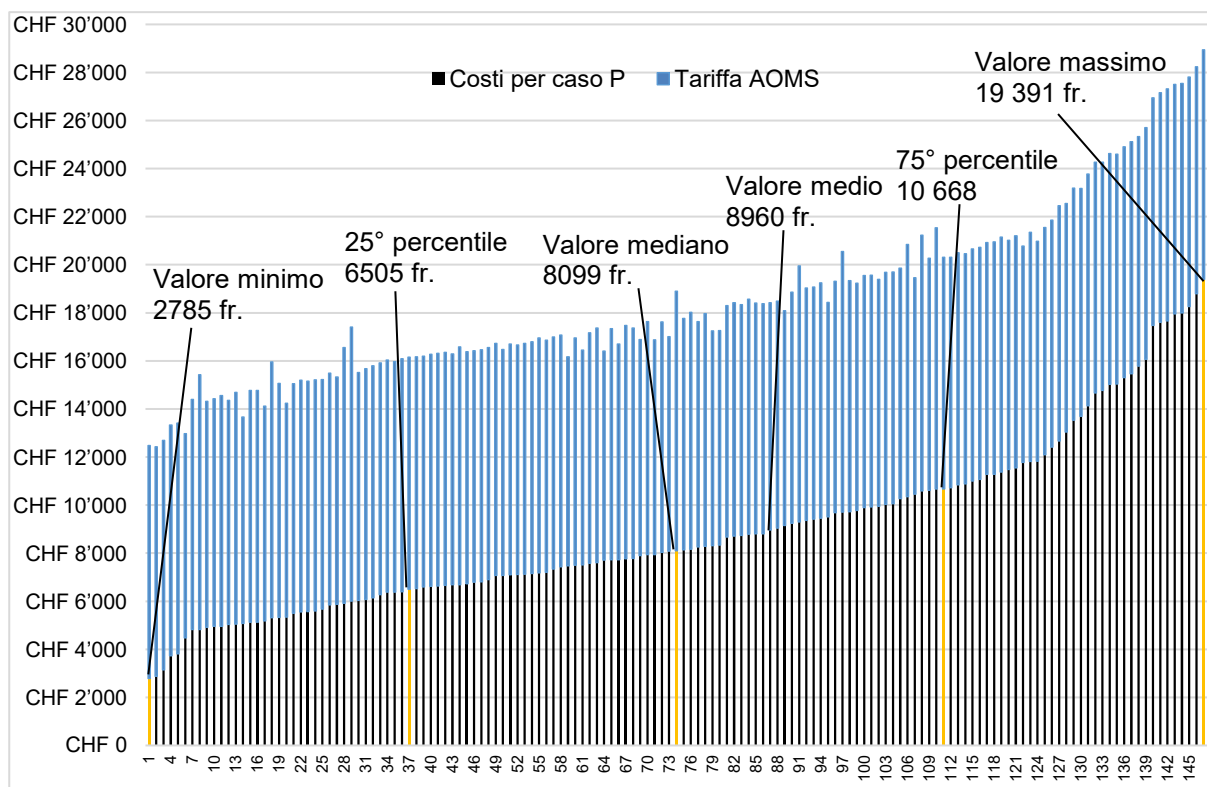


Figura 5: distribuzione dei costi totali effettivamente pagati per caso nel 2019 per degenze nel reparto privato di 147 ospedali (quota AOMS esclusa, normati al cost-weight di 1.0) e tariffa AOMS 2019.



Le figure 4 e 5 mostrano i costi medi per caso e ospedale (normati al cost-weight di 1.0) effettivamente rimborsati dalle assicurazioni malattie complementari per le prestazioni sovraobbligatorie a favore di pazienti semiprivati e privati (righe verticali nere). Le righe celesti sovrastanti raffigurano invece i baserati coperti dall'AOMS nel 2019¹⁶, che ammontano di regola a poco meno di 10 000 franchi. Sommando le due righe verticali si ottengono quindi i costi totali che gli assicuratori malattie devono sostenere per caso e ospedale a copertura delle cure ospedaliere sia di base sia complementari (normati anch'essi al cost-weight di 1.0). Ciò significa, ad esempio, che l'ospedale più caro addebita ai suoi pazienti privati il doppio (19 391 fr.) dell'importo già fatturato all'AOMS (9550 fr.). Per le sue prestazioni supplementari anche l'ospedale medio addebita ai propri pazienti privati un importo quasi identico a quello già addebitato all'AOMS (8960 fr.). Secondo il Sorvegliante dei prezzi, è assai discutibile che le prestazioni supplementari possano effettivamente valere così tanto in più rispetto alle cure già assunte dall'AOMS, che dopo tutto comprendono l'intero costo dell'intervento, unitamente a servizi alberghieri e infermieristici di buon livello.

5 Conclusioni e raccomandazioni del Sorvegliante dei prezzi

I risultati di quest'analisi mostrano che le prestazioni supplementari fornite dagli ospedali ai pazienti semiprivati e privati sono remunerate, in aggiunta alla tariffa AOMS, con tariffe molto elevate (in media per caso di 6745 franchi per il reparto semiprivato e a 8960 franchi per quello privato). Inoltre, le tariffe variano molto da un ospedale all'altro: i più cari fatturano importi di circa 9 volte superiori a quelli degli ospedali più economici e spesso anche più elevati delle tariffe AOMS, che sono in media di circa 9600 franchi. Visti i costi che gli ospedali dichiarano per le prestazioni coperte da assicurazione complementare (in media da 1600 a 1800 franchi per caso¹⁷), ci sono forti indizi che le tariffe dell'assicurazione malattie complementare in Svizzera sono generalmente eccessive, il che conferma chiaramente i risultati a cui era giunta la FINMA alla fine del 2020. I contratti tariffari sono spesso strutturati in modo tale che ogni trattamento medico o infermieristico per un paziente con assicurazione complementare fa scattare automaticamente una remunerazione più alta, indipendentemente dal fatto che un paziente con assicurazione di base sarebbe trattato diversamente. Queste tariffe eccessive e presumibilmente ingiustificate gravano pesantemente e da molti anni sugli assicuratori complementari e generano incentivi sbagliati a sottoporre questa tipologia di pazienti a interventi inutili¹⁸. Dato che questi trattamenti sono remunerati anche attraverso gli importi forfettari per caso dell'AOMS, l'incentivo sbagliato accresce la pressione finanziaria sull'AOMS e contribuisce a far lievitare ulteriormente i premi delle casse malati.

Il Sorvegliante dei prezzi ha anche rilevato la quasi totale mancanza di una demarcazione chiara e dettagliata – anche in termini di costo – tra le prestazioni ospedaliere supplementari assunte dalle assicurazioni complementari e quelle obbligatorie a carico dell'AOMS. Una tale demarcazione sarebbe assolutamente necessaria per evitare che certe prestazioni già rimborsate dall'AOMS siano messe in conto una seconda volta e per garantire che le tariffe AOMS siano determinate in conformità con la LAMal. Una deduzione uniforme e normativa dei costi, come raccomandato dalla CDS, non tiene debitamente conto delle reali divergenze di costo dovute alle presumibili grandi differenze tra le prestazioni degli ospedali in ambito privato.

Secondo il Sorvegliante dei prezzi, la situazione che traspare da quest'analisi richiede un intervento energico e integrale. Sulla base dei risultati ottenuti, il Sorvegliante dei prezzi si riserva quindi il diritto di effettuare ulteriori indagini e di provvedere a esercitare una maggiore pressione sui prezzi. Dato che

¹⁶ Per i pochi ospedali che non figurano sulla lista ospedaliera, al posto della tariffa AOMS approvata è stata utilizzata la tariffa cantonale di riferimento per i ricoveri fuori cantone (cure non universitarie).

¹⁷ Ossia costi aggiuntivi per prestazioni supplementari a favore di pazienti con assicurazione complementare di 800–1000 franchi per caso + onorari dei medici dell'ordine di 800 franchi per caso, cfr. cap. 2.3.

¹⁸ Questa correlazione è ben documentata, p. es. in «Peters O, Vuffray C, Haslebacher K (2016): Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten» oppure in «Mehra T et al (2017): Impact of structural and economic factors on hospitalization costs, inpatient mortality, and treatment type of traumatic hip fractures in Switzerland».



in questo settore le attuali possibilità regolatorie esplicano un effetto soltanto limitato, sono necessari altri interventi rapidi. Il Sorvegliante dei prezzi raccomanda le seguenti misure:

- Per riportare le tariffe a un livello ragionevole occorre adeguare immediatamente il quadro giuridico dei regolatori¹⁹.

A breve termine il Sorvegliante dei prezzi raccomanda inoltre le seguenti misure:

- Gli assicuratori devono badare a coprire soltanto le prestazioni supplementari giustificabili in termini di prezzo che non sono già state coperte dall'AOMS. A tal fine devono, se necessario, adeguare i contratti con i fornitori di prestazioni e istituire un sistema di controllo efficace.
- Gli ospedali devono sviluppare un metodo chiaro e intellegibile per determinare i costi e le prestazioni supplementari che oltrepassano quelle a carico dell'AOMS e presentare agli assicuratori in modo trasparente i costi così determinati.

¹⁹ Alcune possibili misure sono presentate nel rapporto della Segreteria di Stato per le questioni finanziarie internazionali (SFI) sulle possibilità normative per potenziare gli strumenti della FINMA nel settore delle assicurazioni malattie complementari («[Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung \(KZV\). Regulatorische Möglichkeiten](#)»).