



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sorveglianza dei prezzi SPR

Tariffe ospedaliere

**Prassi del Sorvegliante dei prezzi
per verificare le tariffe delle degenze acute**

Sorveglianza dei prezzi

Berna, ottobre 2016

Impressum

Tariffe ospedaliere – Prassi del Sorvegliante dei prezzi per verificare le tariffe delle degenze acute

Autori: Simon Iseli, Maira Fierri Kovács, Mirjam Trüb, Manuel Jung

Sorveglianza dei prezzi

Einsteinstrasse 2

3003 Berna

webmaster@pue.admin.ch

Berna, ottobre 2016

Prefazione

Chi al giorno d'oggi cerca un indirizzo non può certo lamentarsi: il sistema GPS sul suo telefonino gli permette di localizzare la sua posizione e di tracciare il percorso più breve per raggiungere la meta. È come se il sistema lo prendesse per mano e lo conducesse a destinazione, passo dopo passo.

Nel quotidiano, però, non ogni percorso può essere tracciato con l'ausilio di un semplice telefonino. Quest'ultimo, infatti, non offre nessun aiuto a chi deve orientarsi in una fitta giungla di direttive, prescrizioni, norme, ordinanze e leggi.

Il sistema sanitario del nostro Paese è uno dei più cari al mondo: nel raffronto internazionale e in termini proporzionali ci piazziamo addirittura al secondo posto per costi sanitari, dietro agli USA. E, come se non bastasse, questi costi continuano a salire: per il 2017, infatti, è stato recentemente annunciato un aumento medio dei premi del 4,5 %.

Da tanto tempo ormai la politica, i fornitori di prestazioni, le istanze regolatrici e gli assicurati cercano una soluzione che consenta di arginare i costi e mantenere bassi i premi assicurativi. Finora, tuttavia, non sono riusciti a elaborare un «sistema GPS» idoneo, capace di tracciare un percorso praticabile in questo senso. Tornare indietro, comunque, non è un'opzione, per cui la ricerca deve continuare, per forza di cose.

Proprio i costi per degenze ospedaliere acute sono una delle voci di spesa che grava maggiormente sull'assicurazione sociale malattie. Con l'introduzione del sistema forfettario si pensava di aver trovato un modo per ridurre i costi. A distanza di alcuni anni, però, il bilancio si presenta piuttosto deludente: il sistema sanitario è sì progredito di qualche metro, ma sulla distanza olimpica della maratona (42 chilometri) non ha nemmeno raggiunto il decimo chilometro.

Una delle ricette per contenere i costi attraverso la nuova tariffa forfettaria consiste in una «concorrenza fittizia», ossia in un benchmarking. Questo strumento, tuttavia, può avere un impatto sui costi soltanto se gestito in modo severo e a livello globale. Il presente documento spiega – a titolo di ricettario per fornitori di prestazioni, ma anche per i poteri giudiziari – in che modo la Sorveglianza dei prezzi contribuisce al contenimento dei costi. Non vogliamo implementare un sistema GPS, ma per lo meno fornire una bussola che permetta al lettore di orientarsi nella giungla delle tariffe ospedaliere e del controllo dei costi. In questo viaggio vi auguro perseveranza, comprensione e oculatezza: è soltanto con un benchmarking più severo che possiamo terminare questa maratona da vincitori, ossia riuscendo a contenere i costi in ambito ospedaliero.



Stefan Meierhans, Preisüberwacher

Indice

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduzione | 5 |
| 2 | Contesto giuridico | 5 |
| 2.1 | Elementi di giudizio secondo la LSPr | 7 |
| 2.2 | Elementi di giudizio secondo la LAMal | 8 |
| 3 | Fatturazione delle prestazioni ospedaliere secondo SwissDRG | 8 |
| 4 | Determinazione e verifica delle tariffe ospedaliere per degenze acute | 10 |
| 4.1 | Determinazione dei costi..... | 10 |
| 4.1.1 | Dati su costi e prestazioni | 10 |
| 4.1.2 | Calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking | 12 |
| 4.2 | Verifica dell'economicità | 16 |
| 4.2.1 | Giurisprudenza | 16 |
| 4.2.2 | Basi teoriche..... | 18 |
| 4.2.3 | Applicazione pratica: il benchmarking della Sorveglianza dei prezzi | 20 |
| 4.2.4 | Utili da maggior efficienza: determinazione dell'importo massimo consentito . | 26 |
| 5 | Prospettiva | 27 |
| | Allegati 1-3 | 29 |

1 Introduzione

Dall'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), nel 1996, la Sorveglianza dei prezzi pubblica regolarmente raccomandazioni e prese di posizione – più volte confermate da diverse autorità di ricorso¹ – in merito alle tariffe ospedaliere. Il presente documento traccia un quadro generale dell'attuale prassi adottata dal Sorvegliante dei prezzi nel verificare le tariffe ospedaliere per degenze acute². Dall'ultima pubblicazione, nel 2006, sono intervenuti vari cambiamenti, tra cui in particolare l'introduzione nel 2012 di un nuovo sistema di finanziamento degli ospedali nonché le prime decisioni del Tribunale amministrativo federale (TAF) su certi prezzi di base SwissDRG controversi. Anche la procedura di verifica si è evoluta nel corso tempo in risposta a nuove conoscenze e prescrizioni legali.

Le seguenti spiegazioni si concentrano in ampia misura sul metodo di verifica, spiegato al capitolo 4. Il capitolo 2 descrive invece le condizioni quadro giuridiche che disciplinano le attività di verifica, mentre il capitolo 3 illustra a grandi linee le modalità di fatturazione con i cosiddetti «forfait per caso» SwissDRG³. Il capitolo 5, infine, è dedicato agli sviluppi che potrebbero intervenire a livello di verifica delle tariffe ospedaliere nel contesto di un rapido incremento dei costi ospedalieri.

La seguente descrizione della prassi di verifica delle tariffe per degenze acute si rivolge alle persone interessate alla politica della sanità e a quelle che operano nell'ambito del sistema sanitario. Per i dettagli relativi alla giurisprudenza rimandiamo alle decisioni del TAF su ricorsi riguardanti determinate tariffe LAMal per degenze ospedaliere acute⁴.

2 Contesto giuridico

In questo capitolo collochiamo l'attività svolta dal Sorvegliante dei prezzi nel caso delle tariffe ospedaliere LAMal per degenze acute nel contesto giuridico pertinente. La descrizione è volutamente breve, perché la presente pubblicazione si concentra in via prioritaria sulla prassi di verifica del Sorvegliante dei prezzi, presentata al capitolo 4.

¹ Alla fine del 2006 il Tribunale amministrativo federale è subentrato al Consiglio federale come istanza di ricorso competente per decisioni LAMal controverse prese dai Cantoni.

² Le tariffe per le degenze ospedaliere acute vengono rimborsate in caso di degenza in un ospedale per cure somatiche acute. In questa pubblicazione «ospedali per cure somatiche acute» e «ospedali» vengono usati come sinonimi per designare tutti gli ospedali, compresi quelli universitari e le case per partorienti che fatturano secondo la struttura tariffaria unica SwissDRG.

³ Per capire la prassi di verifica del Sorvegliante dei prezzi occorre conoscere i principi basilari della struttura tariffaria SwissDRG, presentati nel capitolo 3.

⁴ Le informazioni a questo riguardo sono consultabili sul sito Internet <http://www.bvger.ch/>.

Per quanto concerne le tariffe ospedaliere LAMal, l'attività del Sorvegliante dei prezzi si basa in prima linea sull'articolo 14 della legge federale sulla sorveglianza dei prezzi (LSPr). Secondo questo articolo, gli organi esecutivi di Confederazione e Cantoni sono tenuti a sentire il parere del Sorvegliante dei prezzi prima di approvare le tariffe ospedaliere ai sensi dell'articolo 46 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Lo stesso dicasi per la determinazione delle tariffe da parte delle autorità cantonali competenti secondo l'articolo 47 LAMal. Questa prassi, sempre confermata dal TAF, è descritta anche nel messaggio concernente la LAMal. La mancata consultazione della Sorveglianza dei prezzi può comportare la revoca delle tariffe precedentemente fissate, soprattutto in presenza di ricorsi. In un caso del genere il parere del Sorvegliante dei prezzi va richiesto a posteriori. Ricordiamo, infine, che la Sorveglianza dei prezzi va consultata non soltanto in vista di un eventuale aumento, ma anche di un mantenimento o di una riduzione delle tariffe. Un abuso, infatti, è ipotizzabile anche quando i prezzi vengono ridotti in misura troppo lieve o per niente. Le autorità competenti devono pertanto sottoporci per parere anche le imminenti decisioni riguardanti un eventuale mantenimento o una riduzione delle tariffe.

Se in base alla verifica di cui all'articolo 14 LSPr la Sorveglianza dei prezzi dovesse concludere che una data tariffa ospedaliera è eccessiva, essa emana una raccomandazione all'attenzione dell'autorità competente. Può raccomandarle, ad esempio, di rinunciare al previsto aumento o di ridurre un prezzo ritenuto abusivo. Nella sua decisione, l'autorità interessata – che di regola è un governo cantonale – deve in ogni caso far riferimento alla raccomandazione del Sorvegliante dei prezzi e motivarne l'eventuale inosservanza. Contro la determinazione delle tariffe da parte dei governi cantonali secondo l'articolo 47 LAMal, le casse malati e/o gli ospedali possono interporre ricorso dinanzi all'istanza di ricorso competente, vale a dire il TAF. Se la Sorveglianza dei prezzi aveva formulato una raccomandazione in procedura di prima istanza, essa viene invitata – in qualità di servizio competente – a presentare il suo punto di vista sulle tariffe contestate anche nell'ambito di tale ricorso. A questo proposito le sue prese di posizione hanno finora raccolto ampi consensi presso l'istanza di ricorso. Poiché chiariscono in via definitiva numerose controversie su come interpretare la legge, le decisioni dell'istanza di ricorso sulle tariffe ospedaliere determinano la futura prassi di calcolo delle tariffe. Facendo confluire immediatamente nelle sue raccomandazioni le attuali decisioni del TAF sulle tariffe ospedaliere per degenze acute, la Sorveglianza dei prezzi assume rispetto alla prima istanza decisionale (solitamente i governi cantonali) la funzione di motore trainante della giurisprudenza LAMal.

2.1 Elementi di giudizio secondo la LSPr

La vera e propria verifica delle tariffe o l'individuazione di un eventuale abuso si basa sugli elementi di giudizio riportati all'articolo 13 LSPr. Si tratta di un elenco non esaustivo da cui non può essere derivato un metodo di verifica unico. Gli elementi che confluiscono nella valutazione delle tariffe ospedaliere previste dall'assicurazione di base – che sono esclusivamente quelle che ci interessano – sono, in particolare:

- l'evoluzione dei prezzi su mercati comparabili, nonché;
- l'evoluzione dei costi in considerazione dei prezzi soglia.

Per quanto riguarda le tariffe ospedaliere degli assicurati di base, se ne possono ricavare due metodi: quello dei costi e quello dei mercati comparabili⁵.

Nel primo caso la tariffa ospedaliera va analizzata in base ai vari elementi di costo che la compongono. In questa logica risulterebbero presumibilmente abusivi tutti gli aumenti di prezzo che non possono essere imputati a un corrispondente aumento dei costi. Sarebbe anche abusivo, per analogia, mantenere invariato un determinato prezzo a fronte di un calo dei costi rilevanti.

Nel contesto di una Sorveglianza dei prezzi motivata dalla politica di concorrenza, il metodo dei costi non dovrebbe svolgere un ruolo predominante: in una situazione di concorrenza, infatti, le imprese non possono mai essere certe né di poter coprire i loro costi né tanto meno di realizzare utili. Proprio nel settore sanitario, però, dove le tariffe sono amministrate, mancano spesso dei prezzi di riferimento formati in condizioni di concorrenza. È per questo che il Sorvegliante dei prezzi non può rinunciare al metodo dei costi, pur non usandolo a titolo esclusivo. Nell'applicare questo metodo occorre quindi interrogarsi se certi livelli di costo si formerebbero e potrebbero essere trasferiti sui prezzi anche in condizioni di concorrenza. Ciò significa che vanno sempre considerati anche i criteri dell'economicità e dell'efficienza, ad esempio per evitare che i costi risultanti da eventuali sovraccapacità siano trasferiti sulle tariffe⁶.

In una seconda fase, quindi, si tratta di applicare il metodo del confronto: i costi o i prezzi delle prestazioni vanno confrontati con i costi o i prezzi praticati in un mercato di paragone reale in termini materiali, territoriali o temporali. Idealmente, questi costi o prezzi dovrebbero essere il risultato di una situazione di concorrenza efficace. I mercati di paragone rilevanti in ambito

⁵ Cfr. Lanz, R. (2007). «Die wettbewerbpolitische Preisüberwachung», in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht-Allgemeines Aussenwirtschafts- und Binnenmarktrecht, Cottier, Th. & Oesch M. pag. 809 segg. (Methoden und Elemente der Preismissbrauchsprüfung).

⁶ Ibid.

ospedaliero, però, sono spesso organizzati sotto forma di cartelli o monopoli o amministrati, per cui la Sorveglianza dei prezzi deve simulare la concorrenza con l'aiuto di un benchmarking.

2.2 Elementi di giudizio secondo la LAMal

Secondo l'articolo 14 capoverso 3 LSPr, nell'esaminare se un prezzo è abusivo il Sorvegliante dei prezzi tiene conto di eventuali disposizioni previste da leggi speciali. Nel caso delle tariffe ospedaliere per degenze acute si tratta in particolare degli articoli 43, 49 e 49a LAMal, dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre) nonché della giurisprudenza stabilita dall'istanza di ricorso in caso di ricorsi. Le regole di calcolo per le tariffe ospedaliere forfettarie si basano sulle disposizioni dell'articolo 49 LAMal, dell'OCPre e della giurisprudenza pertinente. Gli articoli 32 capoverso 1, 43 capoverso 6, 46 capoverso 4 e 49 capoverso 1 quinto periodo LAMal costituiscono inoltre la base legale per la verifica dell'economicità (di seguito «principio dell'economicità secondo la LAMal») delle tariffe ospedaliere calcolate.

3 Fatturazione delle prestazioni ospedaliere secondo SwissDRG

Dall'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero, nel 2012, le prestazioni degli ospedali svizzeri per degenze acute vengono fatturate mediante i cosiddetti forfait per caso. Questo sistema di fatturazione è incentrato sulle prestazioni definite all'interno di una struttura tariffaria uniforme per tutta la Svizzera (SwissDRG). Con la sua introduzione si intendeva intensificare la concorrenza, aumentare l'efficienza e la trasparenza e migliorare la qualità degli ospedali.

SwissDRG classifica i pazienti secondo diversi criteri (diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure e altri fattori quali l'età e il sesso). Per definizione, ogni gruppo di casi o DRG (dall'inglese «Diagnosis Related Group») racchiude una tipologia di casi omogenei sotto il profilo dei costi. Al contrario, invece, DRG diversi si distinguono per costi di cura differenti.

In base a questa classificazione vengono calcolati i cost-weight dei singoli gruppi (livello di gravità di un DRG), che concorrono a formare la struttura tariffaria. Questi cost-weight si ricavano dal rapporto tra i costi di cura medi di un determinato DRG e i costi di cura medi di tutti i DRG. Per calcolarli si utilizzano i dati sui costi e sulle prestazioni per pazienti con degenze normali (o «inlier») degli ospedali di rete⁷. Nell'ambito di ciascun DRG questi «inlier» sono i

⁷ Gli ospedali «di rete» sono quelli che forniscono dati a SwissDRG ai fini della determinazione dei cost-weight.

pazienti ospedalizzati per un periodo non inferiore e non superiore a certi valori soglia. Per analogia, i pazienti con degenze più brevi sono i «low outlier», quelli con degenze prolungate gli «high outlier». Mentre per i primi si effettuano deduzioni, per gli ultimi si concedono supplementi rispetto al cost-weight degli «inlier». In questo modo si può risalire all'effettivo fabbisogno di risorse. Idealmente, le correzioni al ribasso («low outlier») e al rialzo («high outlier») dovrebbero compensarsi a vicenda, visto che secondo SwissDRG i rimborsi si basano sui costi di cura medi di ciascun gruppo. Il sistema SwissDRG prevede inoltre cure complesse con medicinali particolarmente cari, impianti e procedure che non possono riflettersi nella struttura tariffaria, ma che vengono rimborsati mediante supplementi.

I cost-weight dei DRG vengono ricalcolati annualmente. La seguente tabella mostra il rapporto tra il rilevamento dei dati e le versioni tariffarie usate per la fatturazione:

| | | | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Rilevamento | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Base di dati | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Versione tariffaria | 1.0 | 2.0 | 3.0 | 4.0 | 5.0 | 6.0 | 7.0 |
| Anno di fatturazione | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |

Tabella 1: rilevamento dati e versioni tariffarie secondo SwissDRG.

Per l'anno di fatturazione 2016 sono determinanti, ad esempio, i dati del 2013, rilevati nel 2014. La versione tariffaria corrispondente è la 5.0. I cost-weight dei singoli DRG, comprese le deduzioni e i supplementi per gli outlier, possono essere consultati nel catalogo degli importi forfettari per caso⁸.

Oltre ai cost-weight, il secondo parametro per il calcolo dei forfait e, quindi, per la fatturazione delle degenze ospedaliere acute è il cosiddetto *baserate* (o prezzo di base). Questo parametro non fa parte della struttura tariffaria (che indica i costi relativi delle varie prestazioni), ma rappresenta per così dire il «valore del punto tariffale» (livello di prezzo assoluto), negoziato tra le parti contraenti (ospedali e assicuratori malattia) in base ai costi d'esercizio degli ospedali. Il baserate è l'importo che per un determinato caso viene rimborsato, all'interno di un sistema DRG, secondo il cost-weight 1. Dato che si tratta di valori normati (con livello di gravità 1), i baserate dei vari ospedali possono essere paragonati tra di loro. Mentre i cost-weight si basano sulle tipologie di casi (circa 1000) della struttura tariffaria SwissDRG, il baserate viene determinato per un intero ospedale. Nel concreto, l'entità del rimborso per una

⁸ Cfr.: <http://www.swissdr.org/de/index.asp?navid=0>.

determinata cura viene calcolata moltiplicando il baserate dell'ospedale curante con il cost-weight del rispettivo DRG.

Nell'ambito del processo di raccomandazione di cui all'articolo 14 LSPr, la Sorveglianza dei prezzi prende in esame i baserate degli ospedali. Nel seguente capitolo spieghiamo più da vicino le modalità di determinazione e verifica di queste tariffe ospedaliere (baserate) per degenze acute.

4 Determinazione e verifica delle tariffe ospedaliere per degenze acute

Conformemente agli articoli 49 e 49a LAMal, la verifica dei baserate viene effettuata in due fasi: dapprima, in base ai dati aziendali su costi e prestazioni e nel rispetto delle prescrizioni legali e della giurisprudenza pertinenti, si determinano i costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking⁹ e, da qui, i relativi baserate¹⁰ del maggior numero possibile di ospedali. Questi baserate confluiscono poi nel calcolo del benchmark (o baserate di riferimento), a cui gli ospedali devono orientarsi (cfr. in particolare le sentenze di principio sui baserate 2012 contestati nei Cantoni di Lucerna, Zurigo e Glarona – C-1698/2013, C-2283/2013 in combinato disposto con C-3617/2013 e C-3425/2013, consultabili su www.bvger.ch).

4.1 Determinazione dei costi

In questa sezione delimitiamo dapprima i dati di cui la Sorveglianza dei prezzi si avvale per verificare i costi e descriviamo poi la procedura adottata per determinare i costi d'esercizio e i baserate rilevanti per il benchmarking.

4.1.1 Dati su costi e prestazioni

Per calcolare i costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking viene solitamente impiegato il modello *ITAR_K*¹¹, basato sulla contabilità analitica secondo il manuale REKOLE¹². Per ogni sistema tariffario i dati sui costi vengono presentati in colonne separate (unità finali d'imputazione). I sistemi tariffari variano a seconda delle caratteristiche dei pazienti. Si operano distinzioni, ad esempio, tra assicurazione malattia e assicurazione contro gli infortuni,

⁹ Vengono calcolati per ogni singolo ospedale in base ai suoi costi, cfr. tabella 2 seguente.

¹⁰ Si ottengono dividendo i costi d'esercizio rilevanti ai fini del benchmarking per la somma dei cost-weight (case mix) dell'intero ospedale, cfr. tabella 2 seguente.

¹¹ L'acronimo «*ITAR_K*» sta per «*Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung*», ossia «Modello tariffario integrato basato sulla contabilità per unità finali di imputazione».

¹² Il manuale REKOLE (dal tedesco «*Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung*», revisione della contabilità dei costi e delle prestazioni) descrive la contabilità analitica degli ospedali.

tra pazienti con assicurazione di base e assicurazione complementare e tra i vari reparti ospedalieri (degenze acute, riabilitazione, psichiatria, settore ambulatoriale, ecc.).

Per calcolare le tariffe ospedaliere per degenze acute a carico dell'assicurazione di base sono determinanti le colonne del modello ITAR_K «Tariffa staz. solo LAMal cure acute» (di seguito «LAMal») e «Tariffa staz. LAMal ass. complementare (AC)» (di seguito «LAMal AC»). La prima colonna raffigura i costi dei pazienti con assicurazione di base, la seconda quelli dei pazienti con assicurazione complementare. I costi riportati in quest'ultima colonna sono quindi parzialmente coperti dall'assicurazione di base e parzialmente da quella complementare. Per calcolare i costi rilevanti per il benchmarking sono determinanti entrambe le colonne, dato che contengono costi coperti dall'assicurazione di base. Nella colonna LAMal AC, la quota di costo dei pazienti con assicurazione complementare va sottratta dal totale, perché non viene finanziata attraverso il baserate LAMal¹³.

In aggiunta al modello ITAR_K, la Sorveglianza dei prezzi rileva separatamente ulteriori dati sui costi e sulle prestazioni degli ospedali. A questo scopo utilizza un documento Excel di propria creazione, denominato «Richiesta di dati SPR», che gli ospedali devono compilare e rinviarle insieme al modello ITAR_K. Questo documento rileva i dati rilevanti per il calcolo delle prestazioni, tra cui il numero dei letti in esercizio, delle giornate di cura, dei casi o il case mix di un ospedale e comprende anche altre voci, tra cui i costi di formazione universitaria e di ricerca, per le eventuali sovraccapacità e per altre prestazioni economicamente di interesse generale o i ricavi da prestazioni non conteggiate mediante SwissDRG (p. es. DRG non valutati o remunerazioni supplementari).

Nel seguente capitolo spieghiamo come si calcolano i costi d'esercizio e i baserate rilevanti per il benchmarking secondo il modello ITAR_K.

¹³ Il capitolo 4.1.2 spiega come vengono esclusi i costi dei pazienti con assicurazione complementare.

4.1.2 Calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking

Il calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking si articola in più fasi, come illustra la seguente tabella:

| |
|---|
| Totale dei costi secondo la contabilità aziendale (COAZ) per le colonne «LAMal» e «LAMal AC» |
| <u>Deduzioni</u> <ul style="list-style-type: none">• Costi per altre prestazioni economicamente di interesse generale• Oneri finanziari (conto 46); valore dichiarato• Ricavi con effetto di riduzione dei costi, incl. margine (conto 65)• Onorari medici per pazienti con assicurazione complementare• Ricavi da prestazioni non fatturate tramite baserate |
| <u>Supplementi</u> <ul style="list-style-type: none">• Ricavi senza effetto di riduzione dei costi (secondo il conto 66, se nella contabilità analitica per centri di costo sono stati gestiti come riduzioni di costi)• Costi per l'insegnamento universitario e la ricerca (se dichiarati in un'unità finale d'imputazione separata per l'intero ospedale) |
| <u>Ulteriori deduzioni/supplementi specifici degli ospedali (facoltativo)</u> |
| = Costi d'esercizio (totale intermedio 1) |
| Deduzione dei costi per l'insegnamento universitario e la ricerca |
| = Costi d'esercizio (totale intermedio 2) |
| Deduzione dei costi per sovraccapacità e per pazienti con assicurazione complementare |
| = Costi d'esercizio (totale intermedio 3) |
| Supplementi per interessi sul capitale circolante; valore normativo |
| = Costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking |
| Divisi per il case mix netto più il supplemento di rincaro |
| = Baserate rilevanti per il benchmarking |

Tabella 2: procedura della Sorveglianza dei prezzi per determinare i baserate rilevanti per il benchmarking.

Presentiamo qui di seguito le singole fasi del calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking:

Costi d'esercizio (totale intermedio 1)

Il calcolo si basa sul *totale dei costi secondo la contabilità aziendale delle colonne «LAMal» e «LAMal AC»*. Per individuare i costi d'esercizio (totale intermedio 1) occorre dapprima effettuare una serie di correzioni.

Secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal vanno escluse «le partecipazioni ai costi delle prestazioni di interesse generale». Vi figurano, oltre alle prestazioni menzionate esplicitamente nel suddetto capoverso – ossia il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale e la ricerca e l'insegnamento universitario – anche gli *altri costi per prestazioni economicamente di interesse generale*¹⁴. Per evitare un doppio finanziamento vanno dedotte anche altre voci: cioè, da un lato, *i ricavi del conto 65, incl. il margine* e, dall'altro, *i ricavi da prestazioni non fatturate mediante baserate*. Oltre ai ricavi del conto 65, che consistono in prestazioni pagate dai pazienti stessi (p. es. acquisti al ristorante dell'ospedale), occorre dedurre anche i ricavi da prestazioni non fatturate mediante baserate, ma ad esempio attraverso remunerazioni supplementari. Vanno dedotti, infine, anche gli *onorari dei medici che curano i pazienti con assicurazione complementare*, perché non coperte dall'assicurazione di base, nonché gli *oneri finanziari del conto 46* che sono gli interessi sull'attivo circolante. Il valore dichiarato viene dedotto perché sostituito, nel seguito dell'operazione, da un valore normativo. Senza questa deduzione confluirebbe doppiamente nel calcolo. L'importo da dedurre, inoltre, dev'essere determinato proporzionalmente alle colonne «LAMal» e «LAMal AC», dato che gli oneri finanziari indicati si riferiscono all'ospedale nel suo complesso¹⁵.

Nel determinare i costi d'esercizio (totale intermedio 1) si aggiungono *i ricavi del gruppo di conti 66, che non sono considerati riduzioni di costo*, ma che di regola erano stati registrati come tali nella contabilità per centri di costo¹⁶. Vanno sommati proporzionalmente anche i *costi per l'insegnamento universitario e la ricerca* se registrati per l'intero ospedale in un'unità finale d'imputazione (colonna) separata¹⁷. Questa correzione è necessaria perché altrimenti nelle colonne «LAMal» e «LAMal AC» non figurerebbero i relativi costi, che andrebbero esclusi nel seguito dell'operazione di calcolo.

Nel calcolo possono inoltre confluire anche *ulteriori deduzioni o supplementi specifici dell'ospedale*, se comprovabili.

Dopo aver effettuato queste correzioni si ottengono i **costi d'esercizio (totale intermedio 1)**.

¹⁴ Nel dichiarare gli altri costi per prestazioni economicamente di interesse generale si possono verificare inesattezze. Questo perché tali costi non sono chiaramente definiti per legge.

¹⁵ A questo proposito i costi delle colonne «LAMal» e «LAMal AC» vengono messi in relazione con il totale dei costi dell'ospedale. Il rapporto che ne risulta viene poi moltiplicato per gli oneri finanziari dell'intero ospedale.

¹⁶ Cfr. ITAR_K (Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione), spiegazioni relative all'applicazione dell'estratto dati di ITAR_K, versione 6.0, pag.13.

¹⁷ La relativa quota viene determinata analogamente agli oneri finanziari (cfr. nota a piè di pagina 15).

Costi d'esercizio (totale intermedio 2)

Come già menzionato, gli effettivi *costi per l'insegnamento universitario e la ricerca* vanno esclusi perché secondo la LAMal non contano come costi imputabili. Se per un qualsiasi motivo l'ospedale non è in grado di determinare questa voce di costo o se l'importo indicato sembra poco plausibile, allora si deduce un valore normativo. Per gli ospedali universitari questo valore si attesta al 23 % dei costi d'esercizio (totale intermedio 1), per gli altri dipende dalle dimensioni dell'ospedale in termini di letti: per gli ospedali con meno di 74 letti il valore è dello 0,8 %, per quelli con 75-124 letti dell'1,5 % e per quelli con più di 125 letti del 3,5 %. Le percentuali vengono applicate alla quota di costi del personale (conto 30-39 senza conto 38) del settore assicurazione malattia per poi determinare il valore normativo¹⁸.

Sottraendo i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi d'esercizio (totale intermedio 1) si ottengono i **costi d'esercizio (totale intermedio 2)**.

Costi d'esercizio (totale intermedio 3)

Secondo la LAMal vanno dedotti, come già menzionato, anche i *costi per sovraccapacità dovute a motivi di politica regionale o mantenute consapevolmente*¹⁹. L'esistenza in un ospedale di tali sovraccapacità dipende dal grado medio di occupazione dei letti²⁰. Per ospedali con reparto di pronto soccorso il valore soglia normativo è dell'85 %, per gli altri del 90 %. Se il grado di occupazione medio è inferiore a queste percentuali si hanno delle sovraccapacità, i cui costi devono essere dedotti. Dato che gli ospedali non contabilizzano quasi mai gli effettivi costi delle loro sovraccapacità, per determinare i costi deducibili occorre usare un tasso normativo. Esso dipende dalla quota di costi fissi dell'ospedale e viene calcolato applicando una formula specifica (che presuppone una quota di costi fissi pari all'80 %). Più il grado medio di occupazione dei letti si discosta dal valore normativo, più alto è il tasso di deduzione²¹. I costi delle sovraccapacità non computabili si ottengono quindi moltiplicando il tasso di deduzione per i costi d'esercizio (totale intermedio 2).

¹⁸ Prima dell'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali, nel 2012, venivano dedotti – secondo la prassi del Consiglio federale – il 25 % dei costi d'esercizio (totale intermedio 1) per gli ospedali universitari. Per quelli non universitari l'1 % (1-74 letti), il 2 % (75-124 letti) o il 5 % (più di 125 letti) dei costi del personale. Oggi, queste percentuali sono più basse perché restano da dedurre solo i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca, e non più i costi complessivi per l'insegnamento e la ricerca.

¹⁹ Cfr. sentenza del TAF dell'11.9.2014, C-2283/2013 in combinato disposto con C-3617/2013; consid. 4.9.6.

²⁰ Il grado di occupazione dei letti, calcolato in base ai dati sulle prestazioni dell'ospedale, si determina nel modo seguente: $\text{grado di occupazione dei letti} = \frac{\text{numero giornate di cura}}{\text{numero letti in esercizio} \cdot 365} \cdot 100$.

²¹ La formula per il calcolo del tasso di deduzione è la seguente: $\text{tasso di deduzione} = 80 \% - (80 \% \cdot \text{grado medio di occupazione dei letti} / \text{valore soglia normativo})$.

Per ottenere i costi d'esercizio (totale intermedio 3) occorre *dedurre i costi supplementari dei pazienti con assicurazione complementare* che sono compresi nella colonna «LAMal AC». Poiché non vengono registrati separatamente, ci si basa anche in questo caso su un valore normativo. Il tasso di deduzione dipende dalle giornate di cura dei pazienti con assicurazione complementare rapportate a quelle dei pazienti con assicurazione di base e assicurazione complementare. Se i pazienti con assicurazione complementare sono meno del 10 %, non si effettuano deduzioni. Se si situano tra il 10 e il 20 % la deduzione è dell'1 %, se superano il 20 % del 2 %. L'importo deducibile si ottiene moltiplicando la rispettiva aliquota per i costi d'esercizio (totale intermedio 2).

Dopo aver corretto questi ultimi al ribasso, sottraendovi i costi per sovraccapacità e per pazienti con assicurazione complementare, si ottengono i **costi d'esercizio (totale intermedio 3)**.

Costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking

Nel calcolare i costi d'esercizio (totale intermedio 1) sono stati dedotti gli interessi sull'attivo circolante dichiarati. Ora, per determinare i costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking questi costi di interesse devono essere nuovamente aggiunti mediante un valore normativo. I costi di interesse normativi si basano sulla rendita annua media delle obbligazioni decennali della Confederazione e su un termine di pagamento di 40 giorni²². Nel farlo occorre basarsi sul tasso d'interesse annuo più aggiornato, consultabile sul sito Internet della BNS²³.

Baserate rilevante per il benchmarking

Come già spiegato al capitolo 3, il baserate corrisponde all'importo in franchi rimborsato per i casi di gravità 1. I costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking devono essere divisi per il *case mix netto*²⁴.

Come ultima operazione di calcolo occorre aggiungere al baserate il *rincaro* accumulato. Il baserate dell'anno t (t = anno tariffario) viene derivato dai costi effettivi dell'anno t-2. Per far confluire il rincaro dell'anno t-1 nel baserate dell'anno t occorre aggiungervi l'importo corrispondente. Il rincaro accumulato si ottiene da una media ponderata della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) e dell'indice dei salari nominali (ISN) rispetto

²² La formula per il calcolo dei costi di interesse è la seguente: costi d'interesse = rendita annua media delle obbligazioni decennali della Confederazione*40/365.

²³ Cfr. www.snb.ch/it.

²⁴ Il case mix netto corrisponde al grado di gravità effettivo delle cure somministrate da un ospedale ai suoi pazienti con assicurazione malattia. Dividendolo per il numero di casi si ottiene l'indice case mix, ossia la gravità media dei casi.

ai valori dell'anno t-1. La variazione dell'IPC viene moltiplicata per gli «altri costi d'esercizio» (30 %), quella dell'ISN per i «costi del personale» (70 %)²⁵.

In questo modo si ottiene, infine, ***il baserate rilevante per il benchmarking***.

4.2 Verifica dell'economicità

In una seconda fase, come spiegato all'inizio del capitolo 4, si tratta di effettuare un benchmarking con i baserate rilevanti del maggior numero possibile di ospedali. Nel farlo occorre osservare una serie di requisiti giurisprudenziali, descritti qui di seguito insieme alle relative basi teoriche su cui fondare il benchmarking e all'attuazione pratica da parte della Sorveglianza dei prezzi.

4.2.1 Giurisprudenza

Nelle sue sentenze, in particolare quelle relative ai casi di Zurigo e Glarona, il TAF ha delineato le caratteristiche di una procedura di benchmarking ideale (cfr. le sentenze C-2283/2013 in combinato disposto con C-3617/2013 e C-3425/2013). Una tale procedura deve rispettare in particolare i nove criteri seguenti:

1. Il benchmarking deve comprendere, in linea di massima, tutti gli ospedali svizzeri per la cura delle malattie somatiche acute, tra cui anche le strutture meno efficienti.
2. Il benchmarking deve essere rappresentativo.
3. Nell'ambito di un sistema DRG non è più necessaria una classificazione degli ospedali per categorie. Per un periodo transitorio erano state accordate deroghe a questo principio²⁶.
4. Il benchmarking dovrebbe idealmente riferirsi ai costi, non alle tariffe (il benchmarking tariffario deve rimanere un'eccezione).
5. È lecito che, per ragioni di maggiore efficienza, gli ospedali con costi inferiori ai valori di riferimento o di benchmark realizzino degli utili.

²⁵ Il rincaro viene calcolato nel modo seguente: $\text{rincaro (t-1)} = 30 \% * \Delta\text{IPC (t-1)} + 70 \% * \Delta\text{ISN (t-1)}$.

²⁶ Soltanto in casi isolati, debitamente motivati, si può tener conto della particolare situazione di un fornitore di prestazioni, determinando e/o negoziando baserate differenziate a partire dal valore di riferimento (cfr. sentenza di principio relativa al Cantone di Zurigo C-2283/2013 in combinato disposto con C-3617/2013, consid. 6.8). Nella fase introduttiva è stato utile svolgere un benchmarking separato per gli ospedali universitari. Ora, dopo quattro anni, consideriamo conclusa questa fase. Da un lato la versione SwissDRG 5.0, usata per il conteggio dei casi del 2016, è più rappresentativa, dato che l'R² dei casi «inliner» è già molto elevato, con un valore dello 0,808. Dall'altro contiene un numero relativamente grande (58) di remunerazioni supplementari per medicinali, impianti e procedure particolarmente costosi. A partire dal 2016, quindi, può essere svolto un unico benchmarking per gli ospedali universitari, non universitari e per le case per partorienti. Le differenze di costo motivate sono raffigurate nella struttura tariffaria, comprese le remunerazioni supplementari.

6. Il baserate degli ospedali più efficienti deve riflettersi nel valore di riferimento o di benchmark nazionale.
7. Esistono diversi metodi per svolgere un benchmarking e determinare un valore di riferimento: secondo le sentenze di principio relative ai Cantoni di Zurigo e Glarona il procedimento di benchmarking basato sui percentili è un metodo accettabile. Resta da stabilire il percentile da usare per determinare il valore di riferimento (il 10°, il 20° o il 40°?) e il metodo di calcolo per risalire a questo percentile (riferito al numero di ospedali, di casi o al case mix?).
8. Per gli ospedali poco efficienti il benchmark nazionale comporta costi non coperti e, di conseguenza, incentivi al miglioramento dell'efficienza.
9. Nel processo di negoziazione, approvazione e determinazione dei baserate, i partner tariffali e i Cantoni dispongono di un certo margine discrezionale.

Quanto al benchmarking, occorre sottolineare in particolare due punti emersi dalle argomentazioni del TAF:

1. Per quanto concerne il finanziamento degli ospedali, il TAF conferma il cambiamento di paradigma intervenuto nel 2012 verso un *modello di incentivazione*. Nel nuovo modello non vengono più remunerati gli effettivi costi LAMal di un singolo ospedale, bensì un valore di benchmark o di riferimento. Sono consentiti sia gli utili risultanti da una maggiore efficienza sia i costi scoperti degli ospedali meno efficienti. Il valore di benchmark ha quindi la funzione di un *prezzo fisso* o *prezzo massimo*²⁷. Il TAF riconosce quindi l'intervento dello Stato, in particolare di un'autorità preposta alla regolamentazione. Affinché quest'autorità possa fissare una tariffa di riferimento adeguata (cioè sufficientemente bassa), è pertanto necessaria un'elevata trasparenza sui costi.
2. Il valore di riferimento deve emergere da un *benchmarking nazionale* effettuato su tutti gli ospedali, anche su quelli meno efficienti. Si creano così le premesse per svolgere *confronti di efficienza* tra le singole strutture.

Nel seguente capitolo presentiamo nozioni e concetti della teoria della regolamentazione dei monopoli naturali e mostriamo come applicarli alla regolamentazione ospedaliera. L'attenzione principale è rivolta all'effetto di incentivazione dei diversi modelli di regolamentazione.

²⁷ Si tratta di un approccio adottato anche a livello internazionale per regolamentare industrie che, per loro natura, presentano caratteristiche di monopolio (elettricità, traffico stradale, ecc.).

4.2.2 Basi teoriche

I modelli di regolamentazione moderni possono essere classificati secondo i due criteri seguenti²⁸.

1. *Trasferimenti di fondi*: vengono trasferiti fondi all'impresa regolamentata²⁹?
2. *Livello di incentivazione*: qual è l'impatto degli incentivi volti a migliorare l'efficienza o a ridurre i costi?

Esistono, in linea di massima, tre sistemi di regolamentazione diversi, ciascuno con i propri effetti d'incentivazione:

Sistemi di regolamentazione del tipo «costi delle prestazioni»

Questi sistemi prevedono il pieno rimborso dei costi sostenuti dalle aziende regolamentate. Gli incentivi a migliorare l'efficienza sono praticamente nulli, dato che *i fondi vengono trasferiti a prescindere dalle prestazioni delle aziende*. In altre parole: un'azienda poco efficiente non corre alcun rischio finanziario, dato che i costi sostenuti vengono coperti in ogni caso, indipendentemente dalla loro entità. Inoltre, anche migliorando la sua produttività, l'azienda non potrebbe realizzare utili, perché anche in questo caso le vengono rimborsati completamente soltanto i costi reali.

Sistemi di regolamentazione del tipo «prezzo fisso»

In un sistema a prezzi fissi l'autorità di regolamentazione determina il livello di prezzo ottimale (equilibrio finanziario). I rimborsi vengono effettuati in base a questo livello, a prescindere dai costi effettivi delle singole aziende. In un tale sistema le aziende regolamentate sono *fortemente incentivate a migliorare l'efficienza*: se i costi superano l'importo rimborsato, infatti, sono loro stesse a dover coprire la perdita (eventualità che vogliono assolutamente evitare). Se invece sono sufficientemente efficienti e riescono a mantenere i costi al di sotto dell'importo rimborsato, possono trattenere l'intera differenza sotto forma di utile. La responsabilità finanziaria grava quindi sull'azienda. In questi sistemi di regolamentazione, le aziende più produttive possono trattenere considerevoli *utili risultanti da una maggiore efficienza*.

Sistemi di regolamentazione del tipo «contratto d'incentivazione»

Questi sistemi di regolamentazione si situano a metà strada tra i tipi «costi delle prestazioni» e «prezzo fisso». Il concetto di base è che le aziende siano sì incentivate a realizzare utili

²⁸ Laffont, J. J. & Tirole, J. (1993). «A theory of Incentives in procurement and regulation». MIT press.

²⁹ Nel settore in esame il criterio del trasferimento di fondi è sempre soddisfatto dato che i Cantoni e gli assicuratori malattia cofinanziano attualmente i costi ospedalieri. Le regole del sistema di finanziamento «duale fisso» valgono sia per gli ospedali pubblici sia per quelli privati.

attraverso l'efficienza, ma che condividano i rischi finanziari con l'autorità interessata. Gli utili o le perdite, quindi, vanno a beneficio o a carico di entrambe le parti. La definizione e l'introduzione di questo tipo di sistemi costituiscono l'argomento centrale della nuova economia della regolamentazione³⁰. *Possono creare forti incentivi alla riduzione dei costi e, nel contempo, permettere alla collettività di (co)beneficiare degli utili risultanti da una maggiore efficienza.*

La seguente tabella presenta i tre sistemi di regolamentazione sotto il profilo dei loro incentivi alla riduzione dei costi e degli utili derivanti da una maggiore efficienza, realizzabili e trattenibili dai singoli fornitori di prestazioni.

| Tipo di sistema di regolamentazione | Incentivi alla riduzione dei costi | Utili da maggior efficienza trattenibili |
|--|---|---|
| Prezzo fisso | Molto forti | Elevati |
| Contratto d'incentivazione | Forti | Limitati |
| Costi delle prestazioni | Nessuno | Nessuno |

Tabella 3: classificazione dei sistemi di regolamentazione.

Il passaggio dal modello del tipo «costi delle prestazioni» a un modello basato sugli incentivi («prezzo fisso» o «contratto d'incentivazione») è motivato dall'intenzione di promuovere l'efficienza delle prestazioni e di eliminare i costi economici dell'inefficienza. Il fatto che certe inefficienze permangano è dovuto all'*asimmetria delle informazioni*: contrariamente all'azienda regolamentata, il regolatore non conosce gli sforzi profusi dalle singole aziende per ridurre i loro costi. Se conoscesse i loro potenziali di efficienza ne terrebbe conto nei suoi calcoli e cofinanzerebbe soltanto le soluzioni più promettenti³¹.

Per trovare una soluzione ideale in un mercato regolamentato occorre simulare una situazione di concorrenza che consenta di effettuare paragoni di efficienza. A questo proposito la letteratura economica parla di «*yardstick competition*». Il meccanismo di base è il seguente: il prezzo ottimale non si orienta ai singoli costi di un'azienda, bensì ai costi di aziende regolamentate in modo analogo. Il prezzo così determinato assume le caratteristiche di un prezzo di riferimento o di benchmark con cui misurare l'efficienza delle aziende. Nella letteratura scientifica un sistema DRG di rimborso delle prestazioni ospedaliere come quello

³⁰ Gagnepain, P. (2001). «La nouvelle théorie de la régulation des monopoles naturels: fondements et tests». *Revue française d'économie*, 4, 55-110.

³¹ Queste situazioni vengono studiate nell'ambito del modello principale-agente, in cui l'agente solitamente vanta un vantaggio conoscitivo rispetto al principale.

svizzero viene citato come esempio concreto di come simulare una situazione di concorrenza basata su un valore di riferimento (nel senso di una «yardstick competition») che consenta di effettuare paragoni di efficienza. Come già spiegato al capitolo 3, i baserate sono valori normati (con cost-weight 1) paragonabili tra i diversi ospedali. Sono quindi date le premesse per la determinazione di un valore di riferimento attraverso un benchmarking nazionale, come richiesto dal TAF³².

Nella prassi i sistemi forfettari in uso nei Paesi europei sono organizzati diversamente in termini di modalità di rimborso, con conseguenze dirette sugli sforzi di ottimizzazione degli ospedali. La Polonia, ad esempio, applica un baserate unitario, per cui gli ospedali sono fortemente incentivati a ridurre i loro costi al di sotto del forfait corrispondente³³. In Finlandia, invece, gli ospedali vengono indennizzati secondo un baserate individuale, per cui non sono minimamente interessati a ridurre i loro costi al di sotto di una certa soglia³⁴.

Nel prossimo capitolo descriviamo il benchmarking effettuato dalla Sorveglianza dei prezzi tenendo conto delle argomentazioni del TAF e delle nozioni teoriche descritte in precedenza.

4.2.3 Applicazione pratica: il benchmarking della Sorveglianza dei prezzi

Nella sua sentenza del 29 gennaio 2015 relativa al baserate 2012 dell'ospedale cantonale di Glarona (C-3425/2013, consid. 4.3.1 – 4.4.6) il TAF sottolinea che i risultati del benchmarking dipendono fortemente dal metodo di calcolo impiegato. Ne deriva, sempre secondo il TAF, che il Consiglio federale dovrebbe emanare disposizioni vincolanti sul metodo da impiegare per individuare il valore di riferimento o di benchmark. Nell'ambito della sentenza glaronese, le argomentazioni e i calcoli del TAF a dimostrazione di quanto sia importante la scelta del metodo si basano sul baserate calcolato da Tarifsuisse con i dati sui costi e sulle prestazioni di 74 ospedali nel 2010³⁵.

Relativamente a queste argomentazioni e calcoli relativi al metodo di determinazione del baserate dell'ospedale cantonale glaronese, contestato nel 2012, occorre sottolineare quanto segue: se il calcolo del benchmark nazionale viene effettuato mediante il metodo basato sul «numero di casi» (2° metodo di calcolo, cfr. allegato 1) o sul «case mix» (3° metodo di calcolo,

³² Shleifer, A. (1985). «A Theory of Yardstick Competition», *Rand Journal of Economics*, 16 (3), 319-327.

³³ Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). «DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences» in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. «Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals», McGraw Hill Press, 75-92.

³⁴ Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. & Mason, A. (2011). «DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges» in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. «Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals», McGraw Hill Press, 93-114.

³⁵ L'allegato 1 presenta i diversi metodi di calcolo (1-3) nonché i valori determinati da Tarifsuisse.

cfr. allegato 1), le *dimensioni* degli ospedali considerati nel benchmarking (misurate in termini di casi o di case mix per ospedale – due grandezze fortemente correlate) possono esercitare un influsso significativo sul benchmark, ad esempio se tanti ospedali in esame sono grandi e cari. Questo sarebbe un effetto indesiderato. È invece molto più probabile che l'efficienza economica di un ospedale dipenda sostanzialmente dalle decisioni gestionali della direzione e che, di conseguenza, non sia correlata al numero di casi o al case mix. *È quindi più opportuno e conforme all'obiettivo* del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali – che è quello di migliorare l'efficienza degli ospedali – *far confluire allo stesso modo nel benchmarking i dati di ogni singolo ospedale* applicando il 1° metodo di calcolo (basato sul «numero di ospedali», cfr. allegato 1). Effettuare un benchmarking in base a un percentile del numero (totale) di pazienti o dell'intero case mix significa svalutare l'importanza delle decisioni prese dalla direzione ospedaliera nell'ottica di aumentare l'efficienza, falsare il livello di base delle strutture da essa gestite e compromettere l'effetto incentivante della procedura di benchmarking sui singoli ospedali, quando invece – in fin dei conti – l'obiettivo consiste proprio nel migliorarne l'efficienza.

Il benchmarking della Sorveglianza dei prezzi deve quindi ***considerare gli ospedali come unità decisionali equivalenti***, il che significa che il *valore di benchmark o di riferimento nazionale* va calcolato con ***il metodo «numero degli ospedali»***³⁶.

A titolo d'esempio illustriamo qui di seguito la procedura di calcolo concreta del valore di riferimento nazionale in base al benchmarking per l'anno tariffario 2016³⁷.

Nel determinare, per ogni struttura ospedaliera, i baserate da far confluire nel benchmarking 2016, la Sorveglianza dei prezzi ha utilizzato i dati sui costi e sulle prestazioni rilevati dall'Ufficio federale di statistica (UST) nell'ambito della statistica ospedaliera (KS) nonché la statistica medica (MS) degli stabilimenti ospedalieri stessi. Questa procedura si discosta dal calcolo ideale dei baserate rilevanti per il benchmarking secondo il modello ITAR_K descritto al capitolo 4.1. Ciò è dovuto al fatto che la Sorveglianza dei prezzi non dispone momentaneamente di tutti i modelli ITAR_K degli ospedali svizzeri, per cui non può svolgere su questa base un benchmarking rappresentativo con il maggior numero possibile di ospedali, come richiesto dal TAF. La procedura adottata dalla Sorveglianza dei prezzi ai fini del benchmarking 2016 si avvale però dei dati sui costi e sulle prestazioni dei

³⁶ Cfr. allegato 1.

³⁷ Le tariffe degli anni 2012-2015 sono valutate dalla Sorveglianza dei prezzi in base al valore di benchmark 2015 (9592 franchi), che è stato calcolato, analogamente al valore 2016, in base ai dati dell'UST sui costi e sulle prestazioni (141 ospedali).

singoli ospedali e costituisce pertanto la miglior variante possibile per determinare un valore di benchmark rappresentativo come voluto dal TAF.

Per calcolare i baserate rilevanti per il benchmarking del 2016 la Sorveglianza dei prezzi ha quindi adottato la seguente procedura:

| Calcolo | Fonte dei dati e commenti |
|--|--|
| Costi totali dei casi amministrativi in assistenza stazionaria (inclusi i costi di utilizzo delle immobilizzazioni) | KS 2014: Contabilità per unità finali di imputazione (costi) |
| <i>meno</i> interessi (quota ³⁸) | KS 2014: Contabilità finanziaria |
| <i>meno</i> ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi (conto 68) assistenza stazionaria | KS 2014: Contabilità per unità finali di imputazione (ricavi) |
| <i>meno</i> altri ricavi da prestazioni fornite ai pazienti (conto 65) assistenza stazionaria | KS 2014: Contabilità per unità finali di imputazione (ricavi) |
| = costi d'esercizio (totale intermedio 1) | |
| <i>meno</i> costi per l'insegnamento universitario e la ricerca (quota ³⁹): > se dichiarati, altrimenti deduzione normativa ⁴⁰ | KS 2014: Contabilità per unità finali di imputazione (costi) risp. KS 2014: Contabilità finanziaria (per i costi del personale) |

³⁸ Poiché gli interessi sul capitale circolante (conto 46 oneri finanziari) dichiarati riguardano tutto l'ospedale (quindi anche l'assistenza ambulatoriale e la lungodegenza), calcoliamo la quota parte di questi interessi per l'assistenza stazionaria come segue: $\frac{\text{costi totali assistenza stazionaria}}{\text{costi totali ambulatoriale+stazionario+lungodegenza}} * \text{costi di interesse}$.

I costi di interesse sono moltiplicati per i costi per l'assistenza stazionaria sul totale dei costi. In questo modo si ottengono i costi d'interesse per il settore stazionario. Questo modo di procedere è comparabile al calcolo basato sul modello ITAR_K (cfr. nota a piè di pagina 15).

³⁹ Analogamente ai costi di interesse, anche *i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca* sono dichiarati per l'intero ospedale. Pertanto, calcoliamo la parte di questi costi relativa all'assistenza stazionaria dividendo i costi totali dell'assistenza stazionaria per i costi totali dell'ospedale (ambulatoriale + stazionario + lungodegenza) e moltiplicando per il totale dei costi per l'insegnamento universitario e la ricerca. Anche in questo caso il modo di procedere è comparabile al calcolo sulla base del modello ITAR_K (cfr. nota a piè di pagina 17).

⁴⁰ In totale, nel 2014, solo 63 ospedali hanno dichiarato costi per l'insegnamento universitario e la ricerca. Se ne potrebbe dedurre che 97 ospedali (tra cui importanti ospedali cantonali con diverse centinaia di letti) non abbiano costi per l'insegnamento universitario e la ricerca, ciò che appare poco plausibile. Per gli ospedali che hanno dichiarato costi per l'insegnamento universitario e la ricerca (tra cui tutti gli ospedali universitari) abbiamo preso in considerazione gli importi dichiarati. Per i 97 ospedali, che non hanno dichiarato i loro costi per l'insegnamento universitario e la ricerca, abbiamo stabilito la deduzione normativa come segue:

(costi del personale conti 30-39 (quota parte) – costi del personale conto 38 (quota parte)) * 3,5 % / 1,5 % / 0,8 %.

I dati sui costi del personale provengono dalla contabilità finanziaria nella statistica ospedaliera 2014. Questi costi riguardano tutto l'ospedale. Analogamente ai costi di interesse e ai costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dichiarati, anche in questo caso abbiamo calcolato la parte dei costi del personale relativa all'assistenza stazionaria (vedi note a piè di pagina 38 e 39).

| | |
|---|--|
| = costi d'esercizio (totale intermedio 2) | |
| <i>più</i> interesse per le obbligazioni decennali della Confederazione ⁴¹ | |
| <i>più</i> rincaro (2015: 0% ⁴²) | |
| = costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking | |
| <i>Diviso per il case mix netto</i> | MS 2014: Case mix UST versione 3.0 (versione tariffazione) |
| = Baserate rilevante per il benchmarking | |

Tabella 4: procedura di calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking per ospedale.

Mediante la seguente formula abbiamo inoltre verificato se almeno l'80 % delle degenze ospedaliere sono casi SwissDRG: $\frac{case\ mix}{CMI * casi} \geq 0.8$.

In questo modo, a partire dai dati del 2014 su costi d'esercizio e prestazioni – *rilevati e verificati dall'UST* – abbiamo potuto determinare, mediante un calcolo affidabile, i baserate rilevanti per il benchmarking per l'anno tariffario 2016 di un'ampia maggioranza delle strutture ospedaliere (160, comprese le case per partorienti e tutti gli ospedali universitari). Dal novero complessivo dei 181 ospedali abbiamo escluso gli ospedali con un tasso di casi SwissDRG inferiore all'80 % (perché nel totale figuravano anche casi di psichiatria e/o riabilitazione) nonché quelli che non hanno indicato alcun CMI, che non hanno dichiarato i costi totali e, infine, quelli dove il calcolo del baserate produceva un valore inverosimile⁴³. **Il benchmarking della Sorveglianza dei prezzi per l'anno tariffario 2016, basato sui dati di 160 ospedali, è quindi altamente rappresentativo⁴⁴.**

La percentuale nella formula di cui sopra (3,5 % / 1,5 % / 0,8 %) dipende dalla dimensione dell'ospedale misurata in numero di letti in esercizio. Per gli ospedali con 1-74 letti la deduzione è dello 0,8 %, per gli ospedali con 75-124 letti dell'1,5 % e per gli ospedali con più di 125 letti del 3,5 % (cfr. capitolo 4.1.2).

⁴¹ La rendita annua media per le obbligazioni decennali della Confederazione era negativa nel 2015. La Sorveglianza dei prezzi ha rinunciato alla deduzione dei costi effettivi e stabilito questo tasso allo 0 %.

⁴² Il rincaro è calcolato sulla base della variazione dell'indice dei prezzi al consumo (IPC) 2015 e della variazione dell'indice dei salari nominali (ISN) 2015 come segue:

$$0.3 * \Delta IPC + 0.7 * \Delta ISN = 0.3 * (-1.1 \%) + 0.7 * 0.4 \% = -0.05 \% \text{ (cfr. nota a piè di pagina 25).}$$

Dalla formula risulta un rincaro negativo. Rinunciamo tuttavia a una deduzione per rincaro negativo e stabiliamo quindi il rincaro 2015 allo 0 %.

⁴³ Per gli ospedali esclusi cfr. allegato 2.

⁴⁴ Per una discussione sulla rappresentatività dei campionari rimandiamo all'allegato 3.

Per quanto concerne il **criterio dell'efficienza**, è opportuno calcolare il benchmark nazionale prendendo **al massimo il 20° percentile**, visto che, secondo la LAMal, non bisogna scegliere come unità di misura l'ospedale più efficiente, ma almeno un ospedale efficiente. Gli ospedali che si situano nella media o quasi non soddisfano il principio di economicità enunciato dalla LAMal: un ospedale su cinque, comunque, riesce pur sempre a operare a costi inferiori rispetto a quello del 20° percentile. Il benchmark 2016 di quest'ultimo – che si attesta a 9598 franchi – supera del 30 % i costi dell'ospedale più efficiente (con baserate di 7378 franchi) e del 6 % i costi dell'ospedale del 10° percentile. Fissare un benchmark più elevato – e accettando così inefficienze ancora maggiori – significherebbe disattendere palesemente il criterio dell'efficienza⁴⁵.

A ciò si aggiunge che il livello tariffario svizzero per degenze ospedaliere acute è attualmente molto alto, per cui si deve parlare anche qui di un'isola svizzera dei prezzi elevati. Nel 2016 una cura analoga in Germania costava soltanto 3312 euro (valore federale di base per singolo caso) ed è pertanto di oltre la metà più a buon mercato, principalmente a causa di una maggiore efficienza curativa. Infine, il gruppo di cliniche private svizzero Swiss Medical Network SA ha concordato contrattualmente con gli assicuratori malattia un baserate di 9050 franchi per il 2016. Questo valore – di 500 franchi inferiore a quello negoziato della maggior parte delle altre strutture per cure somatiche acute – dimostra che un ospedale può più che sopravvivere con un tale baserate e che un benchmarking basato sul 20° percentile non è troppo severo, bensì assolutamente necessario per aumentare l'efficienza degli ospedali svizzeri rispetto a quelli tedeschi e far progredire singole strutture private nel nostro Paese.

Illustriamo qui di seguito la distribuzione dei valori di baserate calcolatori dei 160 ospedali presi in esame nell'ambito del nostro benchmarking.

⁴⁵ In condizioni di perfetta concorrenza l'ospedale più efficiente dovrebbe in teoria dominare il mercato, costringendo le altre strutture ospedaliere a fallire o a ridurre i loro costi al suo livello.

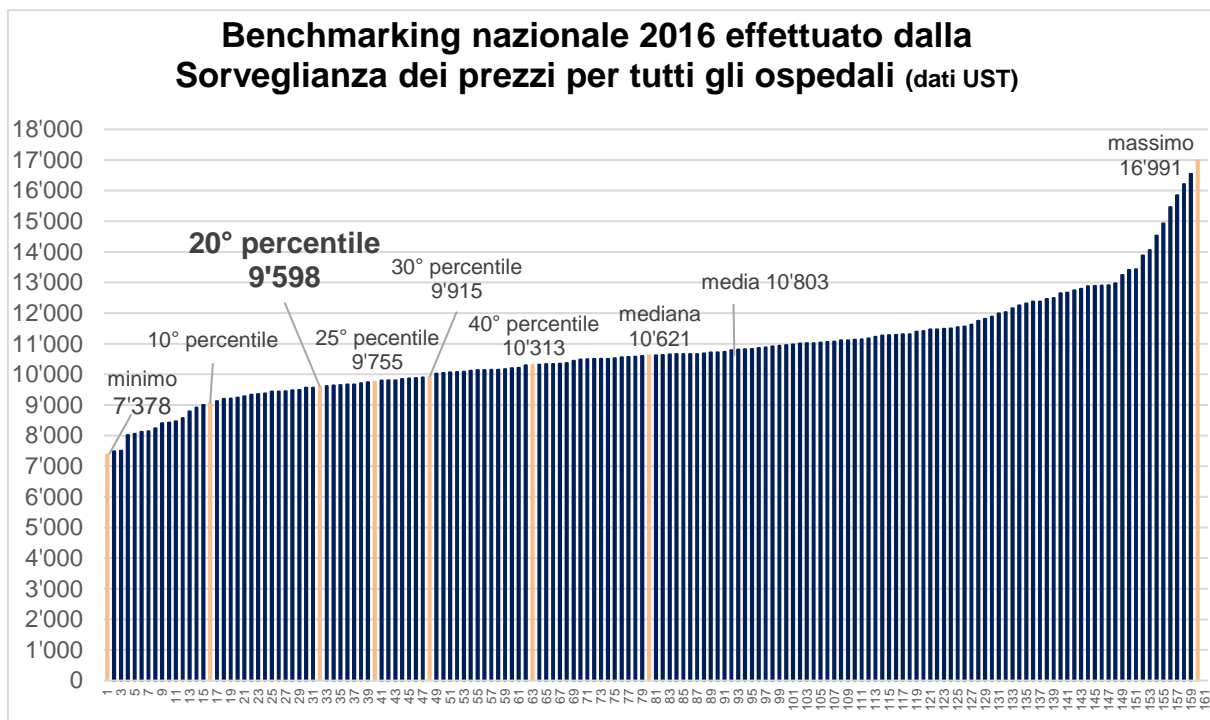


Grafico 1: distribuzione dei baserate utilizzati per il benchmarking 2016 dalla Sorveglianza dei prezzi, basati sui costi di 160 ospedali. Il benchmark nazionale per l'anno tariffario 2016, basato sul 20° percentile, si situa a quota 9598 franchi (fonte dei dati: statistica ospedaliera e statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'UST, dati 2014. Calcoli effettuati dalla Sorveglianza dei prezzi).

Per l'anno tariffario 2016 otteniamo così **un benchmark nazionale di 9598 franchi** (100 %, compresi i costi di utilizzo dell'infrastruttura e il rincaro, 20° percentile). Il grafico illustra inoltre i valori minimi e massimi nonché altri percentili, compresa la mediana (che equivale al 50° percentile) e la media aritmetica. Inoltre, i dati ospedalieri confluiti nel benchmarking 2016 **comprendono anche quelli di otto ospedali molto cari con baserate calcolatori di oltre 14 000 franchi, come richiesto dal TAF⁴⁶.**

La Sorveglianza dei prezzi ha infine sottoposto la procedura di benchmarking e il benchmark nazionale 2016 che ne risulta, vale a dire il baserate di 9598 franchi, a una **verifica della plausibilità**. Ne è emerso che

- il nuovo metodo soddisfa i nove criteri del Tribunale amministrativo federale (cfr. cap. 4.2.1), soprattutto perché è rappresentativo, si fonda su costi determinati secondo le regole della LAMal, comprende ospedali sia economici sia molto cari e, in generale, consente di individuare una struttura efficiente, come auspicato dal legislatore allo scopo di promuovere l'efficienza,

⁴⁶ I baserate dei 160 ospedali, confluiti nel benchmarking, possono essere consultati nell'allegato 2.

- che il valore risultante (9598 franchi) supera addirittura il benchmark medio 2016 individuato da Tarifsuisse AG (9499 franchi), e
- che il benchmark si attesta in parte nettamente al di sopra dei baserate stabiliti di comune accordo da numerosi ospedali, tra cui quello usato delle cliniche di Swiss Medical Network SA per conteggiare le loro prestazioni dal 2016 (9050 franchi).

4.2.4 Utili da maggior efficienza: determinazione dell'importo massimo consentito

Per quanto riguarda gli ospedali molto efficienti con baserate calcolatori nettamente inferiori al benchmark nazionale (nel benchmarking 2016 tre strutture si situano al di sotto degli 8000 franchi) è lecito interrogarsi sul massimo livello consentito degli utili da maggior efficienza.

A questo proposito il Tribunale amministrativo federale non si è espresso nei dettagli. È evidente, comunque, che alla luce del principio di economicità sancito dalla LAMal non possono essere realizzati utili eccessivi. Un criterio valido per stabilire il livello massimo di profitto basato sull'efficienza è il «margine operativo lordo». Si tratta di un indicatore di redditività che non considera gli interessi, le tasse, il deprezzamento di beni e gli ammortamenti (spesso si usa l'acronimo inglese EBITDA, che sta per «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization»).

In un'indagine sugli ospedali del 2014⁴⁷, la società PWC propone come obiettivo auspicabile un **margine operativo lordo del 10 %**. Gli utili da maggior efficienza a carico dell'assicurazione di base, tuttavia, non devono assolutamente superare questo tetto massimo. ***Se la differenza tra il baserate calcolatorio di una clinica particolarmente efficiente e il benchmark nazionale supera il margine EBITDA del 10 % (come capita in diversi casi), la quota in eccesso non può essere trattenuta dalla clinica. Dopo tutto anche l'assicurazione sociale malattie deve poter beneficiare di questi utili da maggior efficienza.***

Infatti, se le strutture molto efficienti potessero trattenere l'intera differenza tra il proprio baserate calcolatorio e il benchmark nazionale, ne potrebbero risultare margini EBITDA di oltre il 20 % a carico dell'assicurazione sociale malattie, e ciò sarebbe in palese contraddizione con la lettera e lo spirito della LAMal.

Nel prossimo capitolo trattiamo la questione delle tariffe ospedaliere e della relativa prassi di verifica in prospettiva futura.

⁴⁷ Cfr. PWC Schweiz (2014). «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013», PWC, Zurigo.

5 Prospettiva

La prassi di verifica della Sorveglianza dei prezzi presentata in questo documento è un'istantanea. La determinazione delle tariffe ospedaliere a condizioni giuridiche invariate dipende in particolare dalle sentenze del TAF, che influenzano in maniera decisiva il nostro approccio, come dimostrano le precedenti argomentazioni del TAF in merito al benchmarking. Occorre inoltre osservare che un sistema di retribuzione basato su forfait per caso DRG è soggetto a continui sviluppi dato che i cost-weight e le remunerazioni supplementari vengono ricalcolate ogni anno e che le regole di fatturazione cambiano, il che può ripercuotersi anche sul calcolo dei baserate e sul benchmarking.

La Sorveglianza dei prezzi continuerà comunque a seguire attentamente lo sviluppo dei costi ospedalieri, illustrati nel seguente grafico:

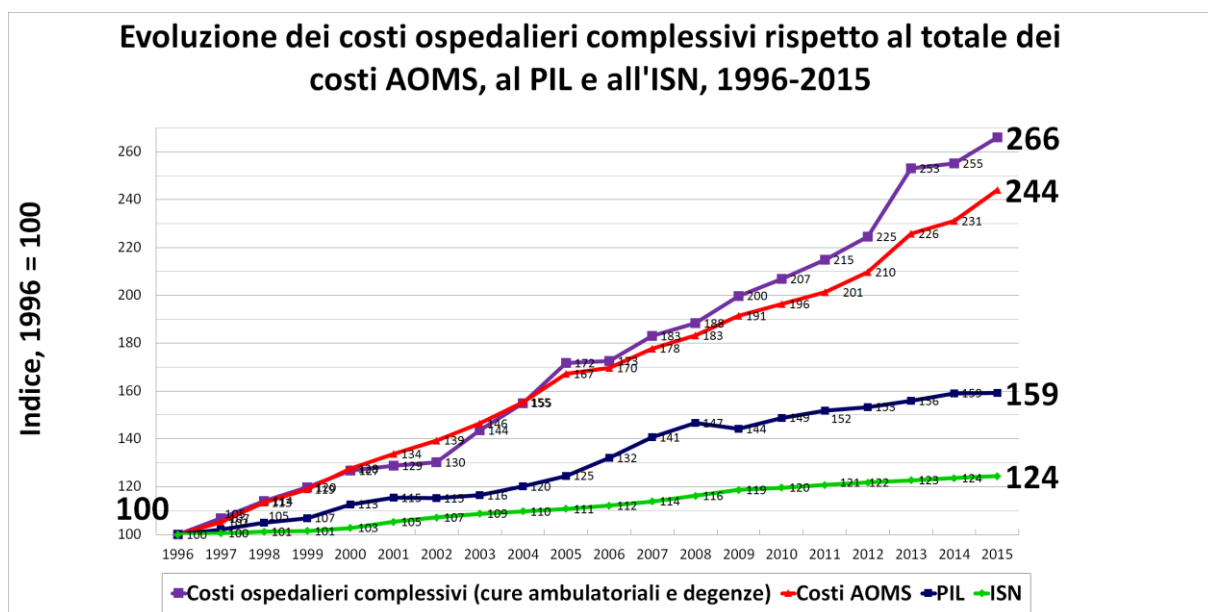


Grafico 2: *evoluzione 1996-2015 dei costi ospedalieri complessivi (cure ambulatoriali e degenze) rispetto al totale dei costi AOMS, al prodotto interno lordo PIL e all'indice dei salari nominali ISN (fonti: Santésuisse e UST).*

Il grafico mostra che dal 1996 i costi ospedalieri a carico dell'assicurazione di base si sono più che raddoppiati (passando da 100 a 266 punti, il che corrisponde a un tasso di crescita annuo del 5,3 %). Nel medesimo periodo il PIL⁴⁸ è cresciuto soltanto del 59 % (tasso di crescita medio del 2,5 % all'anno) e i salari ancora meno, ossia del 24 % (tasso di crescita medio dell'1,6 % all'anno). Il grafico evidenzia inoltre che i costi ospedalieri a carico dell'assicurazione di base

⁴⁸ Il PIL corrisponde al valore di tutti i beni e servizi prodotti in un Paese e può essere preso come unità di misura dell'intera prestazione economica di un'economia.

sono saliti ancora di più del totale dei costi sopportati da tale assicurazione, i quali hanno fatto registrare dal 1996 al 2015 un aumento annuo medio del 4,8 %.

Se questo andamento dovesse perdurare, i premi delle casse malati continueranno a salire. Il fatto che negli ultimi anni i costi dell'assicurazione di base e, in particolare, quelli ospedalieri siano aumentati più del PIL e dei salari significa che la loro quota rispetto al reddito nazionale sta crescendo. Questi sviluppi rappresentano una seria sfida per la nostra società, dato che il ceto medio ne risulta colpito in modo più che proporzionale. Va anche notato che per questo gruppo la quota dei costi ospedalieri rispetto al reddito delle economie domestiche è tipicamente la più grande.

Alla luce di questi sviluppi è quindi imperativo ridurre i costi ospedalieri a un livello accettabile. Una misura efficace in tal senso consiste nel calcolare il benchmark secondo regole severe, tenendo conto che attualmente, nel raffronto internazionale dell'OCSE⁴⁹, la qualità delle cure in Svizzera è soltanto media. Nelle imminenti discussioni sulle tariffe ospedaliere e sulle relative problematiche, la Sorveglianza dei prezzi difenderà gli interessi degli assicurati.

⁴⁹ Cfr. Sorveglianza dei prezzi. Rapporto sulla qualità delle cure e il livello dei costi degli ospedali svizzeri a confronto con altri Paesi, Berna, agosto 2016 (disponibile solo in tedesco: *Bericht zu Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitälern im Ländervergleich*).

Allegati 1-3

Allegato 1 – Metodi di calcolo del benchmark con i valori individuati da Tarifsuisse

Secondo le considerazioni del TAF nella sua decisione del 29 gennaio 2015 relativa al baserate 2012 dell'ospedale cantonale di Glarona (C-3425/2013, consid. 4.3.1 – 4.4.6), sono ammessi i seguenti tre metodi di calcolo. I baserate in questione sono stati calcolati da Tarifsuisse:

- *metodo di calcolo 1*: gli ospedali vengono disposti in ordine crescente secondo l'importo del baserate risultante dall'operazione di calcolo, mentre i percentili sono definiti facendo riferimento al *numero di ospedali* (cfr. tabella 5: numero di ospedali). Il 25° percentile corrisponde ad esempio al 19° ospedale. In questo modo i costi per singolo caso degli ospedali più piccoli vengono ponderati allo stesso modo di quelli grandi;
- *metodo di calcolo 2*: anche in questo caso gli ospedali vengono disposti in ordine crescente secondo l'importo del baserate, ma i percentili sono stabiliti facendo riferimento al *numero totale di casi* (cfr. tabella 5: numero di casi). Per il 25° percentile, ad esempio, è determinante il baserate calcolatorio dell'ospedale che presenta un numero di casi equivalente al 25 % del totale.
- *metodo di calcolo 3*: è molto simile al secondo, ma a differenza di quest'ultimo i percentili non sono definiti facendo riferimento al numero di casi, bensì alla somma globale dei cost-weight o al *case mix* di tutti gli ospedali (cfr. tabella 5: case mix). Ad esempio, il 25° percentile corrisponde al baserate calcolatorio per l'ospedale che presenta un case mix equivalente al 25 % del totale del case mix.

La seguente tabella riassume i valori di benchmark del 25°, 40° e 50° percentile, calcolati da Tarifsuisse usando i tre i metodi di calcolo:

| | Metodo basato su | 25° percentile | 40° percentile | 50° percentile |
|---|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. | Numero di ospedali | 9499 | 9809 | 9888 |
| 2. | Numero di casi | 9849 | 10 211 | 10 221 |
| 3. | Case mix | 9875 | 10 211 | 10 221 |
| Valore di riferimento di Tarifsuisse (escluso l'insegnamento non universitario) | | 9386 | - | - |

Tabella 5: valori di benchmark in funzione del metodo di calcolo impiegato e percentili. Fonte: sentenza del TAF del 29 gennaio 2015, C-3425/2013 relativa al baserate 2012 dell'ospedale cantonale di Glarona, consid. 4.3.3.

Per i suddetti motivi va preferito il metodo di calcolo del tipo «numero di ospedali».

Allegato 2 – Ospedali esclusi e 160 ospedali considerati nel benchmarking 2016

Elenco degli ospedali esclusi:

Klinik St. Georg Goldach AG, Clinique des Grangettes SA, Klinik Barmelweid AG, Clinique Generale-Beaulieu, Geburtshaus Luna Biel, Hôpital de la Tour, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG, Clinique de Genolier, Clinique de la Plaine, Hochgebirgsklinik Davos, Klinik Susenberg, Clinique la Prairie SA, Berit Paracelsus-Klinik AG, Hospiz im Park, Palliativzentrum Hildegard, Klinik für Schlafmedizin, Clinica Dr Spinedi c/o Clinica Santa Croce, Maison de naissance Tilia - Ghezzi-Gacond, Sune-Egge, Aeskulap-Klinik, Stiftung Diaconis Palliative Care.

Valori confluiti nel benchmarking 2016 degli ospedali (anonimizzati) in ordine crescente:

| N. | Baserate | | N. | Baserate | | N. | Baserate | | N. | Baserate |
|-----------|-----------------|--|-----------|-----------------|--|-----------|-----------------|--|-----------|-----------------|
| 1 | 7378 | | 41 | 9798 | | 81 | 10 623 | | 121 | 11 463 |
| 2 | 7488 | | 42 | 9802 | | 82 | 10 634 | | 122 | 11 473 |
| 3 | 7502 | | 43 | 9808 | | 83 | 10 654 | | 123 | 11 485 |
| 4 | 8023 | | 44 | 9852 | | 84 | 10 658 | | 124 | 11 500 |
| 5 | 8058 | | 45 | 9866 | | 85 | 10 662 | | 125 | 11 537 |
| 6 | 8122 | | 46 | 9883 | | 86 | 10 666 | | 126 | 11 565 |
| 7 | 8143 | | 47 | 9899 | | 87 | 10 667 | | 127 | 11 626 |
| 8 | 8234 | | 48 | 9915 | | 88 | 10 687 | | 128 | 11 747 |
| 9 | 8409 | | 49 | 10 029 | | 89 | 10 712 | | 129 | 11 815 |
| 10 | 8421 | | 50 | 10 049 | | 90 | 10 718 | | 130 | 11 890 |
| 11 | 8464 | | 51 | 10 071 | | 91 | 10 734 | | 131 | 11 995 |
| 12 | 8567 | | 52 | 10 079 | | 92 | 10 788 | | 132 | 12 030 |
| 13 | 8792 | | 53 | 10 085 | | 93 | 10 812 | | 133 | 12 153 |
| 14 | 8912 | | 54 | 10 124 | | 94 | 10 818 | | 134 | 12 255 |
| 15 | 9004 | | 55 | 10 139 | | 95 | 10 830 | | 135 | 12 319 |
| 16 | 9056 | | 56 | 10 143 | | 96 | 10 864 | | 136 | 12 374 |
| 17 | 9125 | | 57 | 10 152 | | 97 | 10 880 | | 137 | 12 381 |
| 18 | 9202 | | 58 | 10 155 | | 98 | 10 918 | | 138 | 12 463 |

| | | | | | | | | | | |
|----|------|--|----|--------|--|-----|--------|--|-----|--------|
| 19 | 9214 | | 59 | 10 175 | | 99 | 10 938 | | 139 | 12 493 |
| 20 | 9241 | | 60 | 10 207 | | 100 | 10 953 | | 140 | 12 651 |
| 21 | 9279 | | 61 | 10 212 | | 101 | 10 974 | | 141 | 12 671 |
| 22 | 9340 | | 62 | 10 302 | | 102 | 11 013 | | 142 | 12 745 |
| 23 | 9353 | | 63 | 10 313 | | 103 | 11 015 | | 143 | 12 800 |
| 24 | 9376 | | 64 | 10 314 | | 104 | 11 022 | | 144 | 12 878 |
| 25 | 9439 | | 65 | 10 335 | | 105 | 11 035 | | 145 | 12 891 |
| 26 | 9445 | | 66 | 10 339 | | 106 | 11 062 | | 146 | 12 897 |
| 27 | 9449 | | 67 | 10 352 | | 107 | 11 071 | | 147 | 12 910 |
| 28 | 9483 | | 68 | 10 368 | | 108 | 11 111 | | 148 | 12 969 |
| 29 | 9493 | | 69 | 10 444 | | 109 | 11 111 | | 149 | 13 248 |
| 30 | 9563 | | 70 | 10 486 | | 110 | 11 129 | | 150 | 13 415 |
| 31 | 9564 | | 71 | 10 496 | | 111 | 11 140 | | 151 | 13 436 |
| 32 | 9598 | | 72 | 10 504 | | 112 | 11 177 | | 152 | 13 884 |
| 33 | 9613 | | 73 | 10 509 | | 113 | 11 228 | | 153 | 14 057 |
| 34 | 9634 | | 74 | 10 511 | | 114 | 11 265 | | 154 | 14 528 |
| 35 | 9650 | | 75 | 10 525 | | 115 | 11 281 | | 155 | 14 933 |
| 36 | 9670 | | 76 | 10 559 | | 116 | 11 295 | | 156 | 15 466 |
| 37 | 9675 | | 77 | 10566 | | 117 | 11 307 | | 157 | 15 850 |
| 38 | 9716 | | 78 | 10582 | | 118 | 11 310 | | 158 | 16 219 |
| 39 | 9745 | | 79 | 10 604 | | 119 | 11 395 | | 159 | 16 547 |
| 40 | 9755 | | 80 | 10 621 | | 120 | 11 416 | | 160 | 16 991 |

Tabella 6: baserate (100 %, compresi i costi di utilizzo dell'infrastruttura) di tutti e 160 gli ospedali considerati nel benchmarking in ordine crescente.

Allegato 3 – Rappresentatività dei campioni

Nello stabilire il valore di benchmark la Sorveglianza dei prezzi ha potuto attingere ai dati della stragrande maggioranza degli ospedali svizzeri: il benchmarking 2016 ne comprende ben 160, il che corrisponde a un rilevamento quasi totale delle strutture ospedaliere del nostro Paese.

Se è vero che un campione composto da tutti gli ospedali esistenti è per forza rappresentativo dell'intera «popolazione» di cui fa parte, è anche vero che per trarre conclusioni fondate non è strettamente necessario considerare la totalità degli ospedali. Premettendo una distribuzione omogenea delle osservazioni (che nel caso concreto sono i baserate calcolati per ogni singolo ospedale, rilevanti per il benchmarking), si possono stimare con sufficiente precisione i parametri relativi alla distribuzione delle osservazioni (p. es. la media o altri valori percentili dei baserate), a condizione di operare con un numero sufficiente di osservazioni, commisurato al margine di errore statistico. Il *numero di osservazioni richiesto* « n^0 » (vale a dire il numero dei baserate dei singoli ospedali) per stimare il valore medio con un margine d'errore del 2 % (che è il margine d'errore menzionato dal TAF) viene calcolato con la formula seguente:

$$n^0 = \left(\frac{(2 * deviazione\ standard)}{margine\ di\ errore * media} \right)^2.$$

Se la «popolazione» è relativamente piccola – come nel caso delle 181 strutture ospedaliere svizzere su cui effettuare il benchmarking – la stima viene corretta con la formula seguente:

$$n = \frac{n^0}{1 + \frac{n^0}{popolazione\ statistica}}.$$

Con i dati riportati nell'allegato 2 basterebbe un campione di 104 ospedali (con una deviazione standard di 1675 franchi e un baserate medio di 10 803 franchi) per descrivere in modo statisticamente rappresentativo la distribuzione dei baserate rilevanti per il benchmarking. Di conseguenza, il benchmarking della Sorveglianza dei prezzi per l'anno tariffario 2016 – che su un totale di 181 strutture ospedaliere ne prende in considerazione 160 – è senza dubbio altamente rappresentativo.