

---

# **Tariffe ospedaliere – Prassi del Sorvegliante dei prezzi per verificare le tariffe delle degenze ospedaliere (per cure acute)**

Versione aggiornata, dicembre 2022

---

## **Impressum**

Tariffe ospedaliere – Prassi del Sorvegliante dei prezzi per verificare le tariffe delle degenze ospedaliere (per cure acute), versione aggiornata, dicembre 2022. Sostituisce la versione di ottobre 2016.

Autori: Mirjam Trüb, Maira Fierri Kovács, Malgorzata Wasmer, Kaspar Engelberger, Manuel Jung

Sorveglianza dei prezzi

Einsteinstrasse 2

3003 Berna

[www.mister-prezzi.admin.ch](http://www.mister-prezzi.admin.ch)

Berna, dicembre 2022

## Indice

<b>1</b>	<b>Introduzione</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Contesto giuridico</b> .....	<b>5</b>
	Elementi di giudizio secondo la LSPr e la LAMal .....	5
<b>3</b>	<b>Fatturazione delle prestazioni ospedaliere secondo SwissDRG</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Determinazione ed esame delle tariffe ospedaliere (SwissDRG)</b> .....	<b>6</b>
4.1	Determinazione dei costi .....	7
4.1.1	Dati su costi e prestazioni .....	7
4.1.2	Calcolo dei baserate rilevanti per il benchmarking .....	7
4.2	Verifica dell'economicità.....	12
4.2.1	Giurisprudenza .....	12
4.2.2	Metodo di benchmarking del Sorvegliante dei prezzi .....	13
4.2.3	Popolazione statistica e ospedali considerati .....	14
4.2.4	Benchmarking 2020 e 2021 del Sorvegliante dei prezzi.....	15
4.3	Verifica della plausibilità del benchmarking del Sorvegliante dei prezzi .....	16
<b>5</b>	<b>Determinazione e verifica delle tariffe degli ospedali psichiatrici (TARPSY)</b> .....	<b>17</b>
5.1	Calcolo del prezzo di base rilevante per il benchmarking .....	17
5.2	Fase d'introduzione .....	17
<b>6</b>	<b>Determinazione e verifica delle tariffe per i soggiorni di riabilitazione</b> .....	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>Prospettive</b> .....	<b>19</b>

## 1 Introduzione

Dall'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), nel 1996, il Sorvegliante dei prezzi formula raccomandazioni e prese di posizione in merito alle tariffe per le degenze ospedaliere. Il presente documento traccia un quadro generale dell'attuale prassi adottata dal Sorvegliante dei prezzi nel verificare le tariffe ospedaliere. Si tratta di un aggiornamento dell'ultima pubblicazione dell'ottobre 2016. Da allora la procedura di verifica del Sorvegliante dei prezzi si è ulteriormente evoluta, soprattutto a seguito delle decisioni del Tribunale amministrativo federale (TAF) sui prezzi di base (di seguito «baserate») SwissDRG contestati.

Le seguenti spiegazioni si concentrano sulla metodologia di verifica delle tariffe per le degenze ospedaliere nel settore della medicina somatica acuta<sup>1</sup> (cfr. capitolo 4). Dal 2012 gli ospedali fatturano le loro prestazioni con gli importi forfettari per caso secondo il sistema SwissDRG. Nella psichiatria ospedaliera è entrato in vigore nel 2018 il nuovo sistema tariffario TARPSY, prima per gli adulti e dal 2019 anche per la psichiatria infantile e adolescenziale (cfr. capitolo 5). All'inizio del 2022, infine, è entrata in vigore la struttura tariffaria «ST Reha» per la fatturazione dei soggiorni di riabilitazione (cfr. capitolo 6). La metodologia di verifica delle tariffe TARPSY e ST Reha è simile a quella utilizzata per le degenze ospedaliere in medicina somatica acuta (degenze per cure acute).

Il capitolo 2 descrive le condizioni quadro giuridiche in cui si collocano le attività di verifica del Sorvegliante dei prezzi. Il capitolo 3 si concentra invece sulla struttura tariffaria SwissDRG, indispensabile per comprendere la prassi di verifica del Sorvegliante dei prezzi.

Le seguenti spiegazioni sono rivolte a chi nutre un interesse per la politica sanitaria o a chi opera nell'ambito della sanità. Per maggiori informazioni sulla giurisprudenza rimandiamo alle sentenze del TAF relative alle tariffe LAMal per degenze ospedaliere<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> In questo documento i termini «ospedali per cure acute», «ospedali acuti» e «ospedali» sono usati come sinonimi per designare tutti gli ospedali, compresi quelli universitari e le case per partorienti che fatturano le loro prestazioni con SwissDRG.

<sup>2</sup> Le informazioni al riguardo sono disponibili all'indirizzo [www.bvger.ch](http://www.bvger.ch).

## **2 Contesto giuridico**

Questo capitolo colloca nel giusto contesto giuridico le attività del Sorvegliante dei prezzi per quanto riguarda le tariffe ospedaliere LAMal. La descrizione è volutamente breve perché la presente pubblicazione verte soprattutto sul capitolo 4, che descrive la prassi di verifica.

Nel settore delle tariffe ospedaliere LAMal l'attività del Sorvegliante dei prezzi si basa prima di tutto sull'articolo 14 della legge federale sulla sorveglianza dei prezzi (LSPr). Questo articolo impone alle autorità esecutive federali e cantonali competenti di sentire il parere del Sorvegliante dei prezzi prima di approvare le tariffe ospedaliere secondo l'articolo 46 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Lo stesso dicasi per la fissazione delle tariffe da parte delle autorità esecutive cantonali competenti secondo l'articolo 47 LAMal. Questa prassi, sempre confermata dal TAF, è descritta anche nel messaggio concernente la LAMal. La mancata consultazione del Sorvegliante dei prezzi può comportare la revoca delle tariffe precedentemente fissate, soprattutto in presenza di ricorsi. In tal caso il parere del Sorvegliante dei prezzi va richiesto a posteriori. Ricordiamo, infine, che il Sorvegliante dei prezzi va consultato non soltanto in vista di un eventuale aumento, ma anche di un mantenimento o di una riduzione delle tariffe, in quanto un abuso di prezzo è possibile anche quando un prezzo non viene ridotto o viene ridotto troppo poco. Le autorità competenti devono pertanto sottoporli 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 una tariffa ospedaliera dovesse risultare eccessiva, il Sorvegliante dei prezzi 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, gli assicuratori malattie e/o gli ospedali possono interporre ricorso dinanzi all'istanza competente, che è il TAF. Se il Sorvegliante dei prezzi aveva già formulato una raccomandazione nel corso del procedimento di prima istanza, sarà invitato anche nel procedimento di ricorso, in qualità di esperto, a esporre il suo parere in merito alla tariffa contestata. Le decisioni dell'istanza di ricorso in merito alle tariffe ospedaliere determinano la futura prassi di calcolo perché chiariscono in via definitiva numerose controversie su come interpretare la legge. Facendo confluire immediatamente nelle sue raccomandazioni nei confronti della prima istanza decisionale (solitamente i governi cantonali) le attuali decisioni del TAF sulle tariffe ospedaliere, il Sorvegliante dei prezzi assume la funzione di motore di traino della giurisprudenza LAMal.

### **Elementi di giudizio secondo la LSPr e la LAMal**

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.

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 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 prassi stabilita dall'istanza di ricorso in caso di contestazioni. 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 delle tariffe ospedaliere calcolate secondo le regole dell'economia.

### **3 Fatturazione delle prestazioni ospedaliere secondo SwissDRG**

Dall'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero, nel 2012, le prestazioni degli ospedali svizzeri 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). L'introduzione di SwissDRG avrebbe dovuto aumentare la concorrenza tra gli ospedali, incrementare l'efficienza e la trasparenza e migliorare la qualità.

SwissDRG è un sistema di classificazione che raggruppa i pazienti secondo vari criteri (tra cui diagnosi, trattamenti ed età). Per definizione, ogni gruppo di casi o DRG (dall'inglese «Diagnosis Related Group») racchiude una tipologia di casi omogenei sotto il profilo dei costi. Viceversa, i vari DRG si distinguono per costi di cura differenti. In base a questa classificazione vengono determinati i «cost-weight» dei singoli gruppi (livello di gravità di un DRG), che concorrono a formare la struttura tariffaria in questione.

Ogni anno viene presentata una versione aggiornata della struttura tariffaria, in cui viene ricalcolata anche la ponderazione dei costi («cost-weight») dei DRG. Questi possono essere derivati dal catalogo degli importi forfettari per caso<sup>3</sup>. Per un determinato anno di fatturazione sono determinanti i dati di tre anni prima. Per la versione tariffaria 11.0 utilizzata per la fatturazione nel 2022, ad esempio, sono rilevanti i dati del 2019.

Oltre al cost-weight, il secondo parametro di calcolo per la fatturazione delle degenze ospedaliere per cure acute è il cosiddetto «baserate» (o prezzo di base). Non fa parte della struttura tariffaria, ma rappresenta il «valore del punto tariffale» (livello di prezzo assoluto) e viene negoziato tra le parti contraenti (ospedali e assicurazioni malattie). Il baserate è l'importo che in un sistema DRG viene rimborsato per un caso con un cost-weight di 1. Trattandosi di valori normati (con livello di gravità 1), i baserate dei vari ospedali possono essere paragonati tra di loro. Mentre i cost-weight si riferiscono alle tipologie di caso (ca. 1000 in tutto) della struttura tariffaria SwissDRG, il baserate viene determinato per l'intero ospedale o reparto per cure acute. Per ogni caso specifico, infine, la remunerazione viene calcolata moltiplicando il baserate di un ospedale per il cost-weight del trattamento eseguito.

Nell'ambito del processo di raccomandazione di cui all'articolo 14 LSPR, il Sorvegliante dei prezzi prende in esame i baserate degli ospedali. Nel seguente capitolo sono spiegate più in dettaglio le modalità di determinazione e verifica di queste tariffe ospedaliere.

### **4 Determinazione ed esame delle tariffe ospedaliere (SwissDRG)**

Secondo l'articolo 49 capoverso 1 quinto periodo LAMal<sup>4</sup> la verifica dei baserate si articola in due fasi. Nella prima si rilevano i dati su costi e prestazioni di tutte le strutture e si calcola, per ogni ospedale, il baserate necessario alla copertura completa dei suoi costi. Siccome l'attuale regolamentazione ammette unicamente il rimborso dei costi di un ospedale efficiente, occorre stabilire quale baserate corrisponde a una fornitura efficiente della

<sup>3</sup> <https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg>.

<sup>4</sup> La frase recita: «Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo *efficiente e vantaggioso*».

prestazione. A questo scopo occorre effettuare un confronto o «benchmarking». Ne risulta un baserate di riferimento (valore di benchmark) per tutti gli ospedali (cfr. in particolare le sentenze di principio relative a baserate 2012 oggetto di controversie nei Cantoni di Lucerna (TAF C-1698/2013 del 07.04.2014), Zurigo (TAF C-2283/2013 dell'11.09.2014), Glarona (TAF C-3425/2013 del 29.01.2015) e baserate 2016 nel Canton Svitto (TAF C-4374/2017 del 15.05.2019), consultabili su [www.bvger.ch](http://www.bvger.ch)).

#### 4.1 Determinazione dei costi

Questa sezione descrive la procedura adottata dal Sorvegliante dei prezzi per determinare i costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking, da cui si possono poi ricavare 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*<sup>5</sup>, basato sulla contabilità analitica secondo il manuale REKOLE<sup>6</sup>. Per ogni sistema tariffario i dati sui costi vengono presentati in colonne separate (unità finali d'imputazione). Ciascun sistema tariffario opera una distinzione per caratteristiche (p. es. se un paziente ha un'assicurazione malattie o un'assicurazione contro gli infortuni, un'assicurazione di base o un'assicurazione complementare) e per settori ospedalieri (cure acute, riabilitazione, psichiatria, settore ambulatoriale, ecc.). Di norma il baserate per l'anno tariffario *t* è determinato in base ai costi effettivi di due anni prima (*t-2*).

Per il calcolo delle tariffe delle degenze ospedaliere per cure acute a carico dell'assicurazione di base sono determinanti le colonne *Tariffa staz. solo LAMal cure acute* (in breve: «*LAMal*») e *Tariffa staz. LAMal ass. complementare (AC)* (in breve: «*LAMal AC*») del modello *ITAR\_K*. La colonna «*LAMal*» presenta i costi per la cura degli assicurati in malattia che hanno solo l'assicurazione di base. La colonna «*LAMal AC*» quelli per la cura degli assicurati in malattia che oltre all'assicurazione di base hanno anche un'assicurazione complementare. Questi costi contengono pertanto due componenti: una quota a carico dell'assicurazione di base e una a carico dell'assicurazione complementare. Le due colonne «*LAMal*» e «*LAMal AC*» vengono sommate nella colonna *Totale tariffa staz. LAMal*.

Oltre al modello *ITAR\_K* il Sorvegliante dei prezzi si avvale dei dati sul numero di uscite dei pazienti semiprivati e privati. Queste informazioni sono fornite dalle cliniche o dai Cantoni stessi o, sussidiariamente, dalla Statistica medica ospedaliera (MS) dell'Ufficio federale di statistica (UST).

##### 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, che fornisce una panoramica della modalità di calcolo per singolo ospedale utilizzando le colonne pertinenti della versione V12.0 di *ITAR\_K*. Contiene i dati del 2021, che sono rilevanti per l'anno tariffario 2023. Le diverse fasi del processo sono descritte più in dettaglio qui di seguito. Se non indicato diversamente, si intende il foglio «Presentazione globale». I termini ripresi dal modello *ITAR\_K*, come i nomi delle colonne e delle righe, sono scritti in corsivo:

<sup>5</sup> Per «*ITAR\_K*» si intende un modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.

<sup>6</sup> Il manuale REKOLE (dal tedesco «Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung») descrive il metodo di contabilità aziendale usato dagli ospedali.

<b>Calcolo</b>	<b>ITAR-K (V12.0) Celle</b>	<b>Osservazioni</b>
<i>Totale dei costi secondo COAZ</i>	K19	Per la colonna <i>Totale tariffa staz. LAMal</i> ; COAZ=contabilità aziendale
Deduzione quota parte di oneri finanziari (conto 46)	- E13*K19/(EB19-DX19-DY19-DZ19)	Gli interessi normativi vengono presi in considerazione in seguito. Siccome gli interessi sono dichiarati per l'intero ospedale, occorre calcolare la parte che riguarda i pazienti con assicurazione malattie di base e complementare.
Deduzione ricavi gr. conti 65	- K22	Deduzione dei ricavi in riduzione dei costi
Deduzione onorari medici dei pazienti con assicurazione complementare (AC)	- J20	Gli onorari medici di pazienti con AC devono essere dedotti al 100%.
Deduzione dei costi supplementari per prestazioni a pazienti con assicurazione complementare	- J27	Vengono dedotti i costi supplementari dichiarati per prestazioni a pazienti con AC. Se non sono dichiarati costi supplementari nonostante la presenza di pazienti con AC, si applica la deduzione normativa analoga al metodo della CDS.
Deduzioni delle remunerazioni supplementari a SwissDRG (valutate e non valutate)	- K28	Le remunerazioni supplementari sono fatturate separatamente.
Eventuale deduzione dei costi di formazione e ricerca universitarie		I costi di formazione e ricerca universitarie dovrebbero essere dichiarati in un'unità finale d'imputazione separata (colonna DX). Per gli ospedali che non hanno dichiarato costi di formazione e ricerca universitarie, si applica una deduzione normativa.
Deduzioni secondarie: costi per le prestazioni di economia generale (PIG)	- K25	
Addizione ricavi gr. conti 66	+ K23	
Altre addizioni/deduzioni		Correzioni specifiche relative all'ospedale
Eventuale correzione dei CUI	- K40 + K44	Se i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) sono dichiarati secondo REKOLE, allora vengono dedotti e vengono aggiunti i CUI secondo OCPRe.
= Costi d'esercizio prima degli interessi		
Addizione interessi		Addizione normativa
= Costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro		
Diviso per il casemix netto		Casemix netto di tutti i pazienti stazionari con assicurazione malattie
= Baserate rilevante per il benchmarking prima del rincaro		
Addizione rincaro		Addizione normativa
<b>= Baserate rilevante per il benchmarking</b>		

Tabella 1: procedura per determinare i baserate rilevanti per il benchmarking degli ospedali acuti



Di seguito spieghiamo i vari passaggi del calcolo del baserate rilevante per il benchmarking:

#### Totale dei costi secondo COAZ:

Il punto di partenza del calcolo è costituito dal *Totale dei costi secondo COAZ* della colonna *Totale tariffa staz. LAMal*, che rappresenta la somma delle colonne *Tariffa staz. solo LAMal cure acute* e *Tariffa staz. LAMal ass. complementare (AC)*.

La determinazione del baserate rilevante per il benchmarking necessita delle seguenti correzioni:

#### Deduzione quota parte di oneri finanziari (conto 46):

Gli *oneri finanziari* (conto 46) dichiarati sono gli interessi sul capitale circolante. Il valore dichiarato viene dedotto perché sostituito, nel seguito dell'operazione, da un valore normativo. Siccome gli oneri finanziari dichiarati riguardano l'intero ospedale, occorre dedurre la parte relativa alla colonna *Totale tariffa staz. LAMal*. A tal fine si determina dapprima la parte del *Totale dei costi secondo COAZ* della colonna *Totale tariffa staz. LAMal* rispetto al totale dell'ospedale (*Totale* escluse le unità finali d'imputazione *Formazione + ricerca universitarie, PEG, Altri mandati di terzi*) e in seguito la si moltiplica per gli *oneri finanziari* dell'intero ospedale.

#### Deduzione ricavi gr. conti 65 in riduzione dei costi:

I ricavi del gruppo di conti 65 risultano dalle prestazioni pagate dal paziente stesso (p.es. acquisti al ristorante dell'ospedale). L'importo complessivo è da dedurre. Valori positivi (anziché negativi) non sono plausibili, pertanto non vengono presi in considerazione nel calcolo del Sorvegliante dei prezzi.

#### Deduzione onorari medici dei pazienti con assicurazione complementare:

Gli onorari medici di pazienti con assicurazione complementare devono essere dedotti al 100%, poiché i costi a carico dell'assicurazione di base non devono contenere costi che sono rimborsati dall'assicurazione complementare. Ad oggi manca una distinzione trasparente e giustificabile (e non normativa) degli onorari medici per la cura dei pazienti con l'assicurazione complementare. Se l'importo alla linea 20 non corrisponde al 100% (è il caso se nella cella J67 è dichiarata una percentuale), allora si deduce la somma delle celle J30, J32 e J33 del foglio «Rilevamento CUF Prest. globale».

#### Deduzione dei costi supplementari per prestazioni a pazienti con assicurazione complementare:

I pazienti con AC generano costi supplementari per il servizio alberghiero (camera, vitto, altri servizi) che non sono coperti dall'assicurazione di base e che quindi devono essere dedotti. L'importo dichiarato è accettato (purché si tratti di costi supplementari e non di costi ridotti). Se un ospedale non dichiara costi supplementari nonostante la presenza di pazienti con AC, si applica una deduzione normativa analoga al metodo della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS): CHF 800 per uscita di paziente con assicurazione in semiprivato e CHF 1000 per uscita di paziente con assicurazione in privato. La dichiarazione di costi ridotti (i pazienti con assicurazione di base generano costi per il servizio alberghiero maggiori dei pazienti con AC) non è plausibile, quindi anche in questo caso si applica la deduzione normativa analoga al metodo della CDS. Il numero di casi (valutati) con assicurazione complementare è comunicato dall'ospedale stesso o dal Cantone. In caso di assenza del dato, questo è tratto dalla Statistica medica ospedaliera dell'Ufficio federale di statistica.

### Deduzioni delle remunerazioni supplementari a SwissDRG:

Le remunerazioni supplementari a SwissDRG (valutate e non valutate) non sono finanziate con il baserate ma sono fatturate separatamente.

### Deduzione dei costi di formazione e ricerca universitarie (se non già dichiarati in un'unità finale d'imputazione separata):

I costi di formazione e ricerca universitarie dovrebbero essere dichiarati in un'unità finale d'imputazione separata (colonna DX). Se è così, allora i costi di formazione e ricerca universitarie sono già dedotti dai costi imputabili. Per gli ospedali che non hanno dichiarato costi di formazione e ricerca universitarie, si deduce un importo normativo. Per gli ospedali non universitari la deduzione normativa 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%<sup>7</sup>. Queste percentuali si applicano alla parte dei costi del personale esclusi gli onorari medici relativa al *Totale tariffa staz. LAMal*. A tal fine si determina dapprima la parte del *Totale dei costi secondo COAZ* della colonna *Totale tariffa staz. LAMal* rispetto al totale dell'ospedale (*Totale* escluse le unità finali di imputazione *Formazione + ricerca universitarie, PEG, Altri mandati di terzi*) e in seguito la si moltiplica per i *costi del personale, esclusi gli onorari medici* (conti 30-39 escluso conto 38).

Negli ultimi anni gli ospedali universitari hanno sempre dichiarato i costi di formazione e ricerca universitarie, di modo che non è stato necessario applicare una deduzione normativa.

### Deduzioni secondarie: costi delle prestazioni economicamente di interesse generale:

I costi delle prestazioni economicamente di interesse generale devono essere dedotti secondo l'art. 49 cpv. 3 LAMal. Oltre ai costi menzionati esplicitamente nell'art. 49 cpv. 3 LAMal per il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale e per la ricerca e l'insegnamento universitario, ci sono altri costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Questi ultimi non sono però definiti chiaramente nella legge, ciò che conduce a imprecisioni nella loro dichiarazione.

I costi delle prestazioni economicamente di interesse generale andrebbero dichiarati in un'unità finale d'imputazione separata (colonna DY). In tal caso sono già esclusi dai costi imputabili. In alcuni casi però non lo sono, pertanto devono essere dedotti dai costi imputabili.

### Addizione ricavi gr. conti 66:

I ricavi del gruppo di conti 66 vengono aggiunti se nella contabilità per centri di costo sono stati registrati come riduzione di costo, ciò che di solito avviene<sup>8</sup>. Valori negativi (anziché positivi) non sono plausibili, pertanto non vengono presi in considerazione nel calcolo del Sorvegliante dei prezzi.

### Correzioni specifiche relative all'ospedale (facoltativo):

Nel calcolo possono confluire anche altre deduzioni o addizioni specifiche relative all'ospedale. Le addizioni vengono prese in considerazione solo se autorizzate e comprovate.

<sup>7</sup> Prima dell'introduzione dell'attuale finanziamento degli ospedali, nel 2012, venivano dedotti – secondo la prassi del Consiglio federale – per gli ospedali 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 la formazione e la ricerca universitarie, e non più i costi complessivi per la formazione e la ricerca.

<sup>8</sup> Cf. ITAR\_K Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione, Spiegazioni relative all'applicazione di ITAR\_K, Versione 12.0, pag. 9.

#### Correzione dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) se dichiarati secondo REKOLE:

I costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) devono essere dichiarati secondo l'OCPre. Se i CUI sono dichiarati secondo REKOLE (come avviene di solito) questi vengono dedotti e i CUI secondo OCPre vengono aggiunti.

#### Costi d'esercizio prima degli interessi:

Dopo queste correzioni al *Totale dei costi secondo COAZ* della colonna *Totale tariffa staz. LAMal* si ottengono i costi d'esercizio prima degli interessi.

#### Addizione degli interessi sul capitale circolante (importo normativo):

Per determinare i costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro occorre aggiungere gli interessi. I costi di interesse sono aggiunti con un valore normativo. I costi di interesse normativi si basano sul rendimento annuo medio delle obbligazioni della Confederazione con scadenza a 10 anni e su un termine di pagamento di 40 giorni:

Costi di interesse = rendimento annuo medio delle obbligazioni della Confederazione con scadenza a 10 anni \* 40/365

Il calcolo tiene conto del tasso d'interesse annuo più aggiornato relativo all'anno intermedio tra l'anno di base e l'anno tariffario (anno t-1), consultabile sul sito internet della Banca nazionale svizzera (BNS). Se il tasso d'interesse annuo è negativo, non viene preso in considerazione nel calcolo del Sorvegliante dei prezzi a vantaggio degli ospedali.

#### Costi d'esercizio e baserate rilevanti per il benchmarking prima del rincaro:

I costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro sono divisi per il casemix netto<sup>9</sup> di tutti i pazienti stazionari con assicurazione malattie (LAMal + LAMal AC) per ottenere il baserate rilevante per il benchmarking prima del rincaro.

#### Addizione rincaro:

L'ultimo passaggio del calcolo consiste nel prendere in considerazione il rincaro accumulato. Quest'ultimo si ottiene da una media ponderata della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) e dell'indice dei salari nominali (ISN) per l'anno t-1. Gli «altri costi d'esercizio» hanno una ponderazione del 30%, i «costi del personale» del 70%. Il rincaro è calcolato come segue:

Rincaro (t-1) = 30% \* ΔIPC (t-1) + 70% \* ΔISN (t-1).

#### Baserate rilevante per il benchmarking:

Infine risulta il **baserate rilevante per il benchmarking** di un ospedale. Il calcolo è eseguito per tutti gli ospedali che dispongono di dati completi e qualitativamente buoni.

<sup>9</sup> Il casemix netto corrisponde alla gravità effettiva delle cure di tutti i pazienti con l'assicurazione malattie (di base e complementare) di un ospedale. Dividendo il casemix per il numero di casi si ottiene l'indice di casemix ovvero il grado di gravità medio di un determinato ospedale.

## 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. Questa sezione descrive i requisiti giurisprudenziali per il benchmarking e ne spiega l'attuazione pratica da parte del Sorvegliante dei prezzi.

### 4.2.1 Giurisprudenza

In base alle sentenze del Tribunale amministrativo federale (TAF), in particolare quelle relative ai casi di Zurigo e Glarona, si possono delineare le caratteristiche di una procedura di benchmarking ottimale (cfr. le suddette sentenze C-2283/2013 dell'11.09.2014 e C-3425/2013 del 29.01.2015). Si tratta soprattutto di soddisfare i criteri seguenti:

1. in via di principio il benchmarking dovrebbe comprendere tutti gli ospedali svizzeri per la cura delle malattie somatiche acute, anche le strutture inefficienti;
2. il benchmarking deve essere statisticamente rappresentativo;
3. nel quadro di un sistema DRG, il benchmarking non richiede più una classificazione degli ospedali per categorie; deroghe a questa regola erano possibili a titolo transitorio<sup>10</sup>;
4. il benchmarking dovrebbe riferirsi ai costi, non alle tariffe (il benchmarking tariffario deve rimanere un'eccezione);
5. è ammessa la realizzazione di un profitto basato sull'efficienza da parte di ospedali con costi inferiori al valore di riferimento risultante dal benchmarking;
6. il valore di riferimento nazionale (o valore di benchmark) deve rispecchiare i baserate degli ospedali efficienti;
7. esistono diversi metodi per svolgere un benchmarking e per 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 appropriato. Restano da stabilire i valori percentili utilizzati per determinare il valore di riferimento (10°, 20°, 40° percentile?) e il metodo secondo il quale viene stabilito il valore percentile in questione (numero di ospedali, numero di casi o casemix?). A questo riguardo i Cantoni hanno un margine di discrezionalità;
8. per gli ospedali inefficienti, il riferimento al valore di benchmark nazionale comporta costi non coperti e, di conseguenza, incentivi al miglioramento dell'efficienza;

Il TAF ha perciò confermato il cambiamento di paradigma relativo al sistema di finanziamento degli ospedali introdotto nel 2012. La possibilità, per un ospedale, di trattenere la differenza (o parte di essa) tra i suoi costi e il valore di riferimento risultante dal benchmarking, ha portato alla transizione da un modello che rimborsava in primo luogo i costi LAMal effettivi, ad un modello basato su incentivi. Quest'ultimo prevede un «prezzo fisso» o «prezzo massimo» stabilito sotto forma di valore di benchmark nazionale. Si tratta di un approccio adottato anche per altri modelli di regolamentazione, in ambiti che presentano caratteristiche di monopolio naturale (elettricità, traffico stradale, medicinali, mezzi ausiliari medici, ecc.). Un

---

<sup>10</sup> Soltanto in singoli casi motivati si tiene conto della particolare situazione di un fornitore di prestazioni e si determinano e/o negoziano baserate differenziate partendo dal valore di riferimento (cfr. sentenza di principio relativa al Cantone di Zurigo C-2283/2013 dell'11.09.2014, consid. 6.8).

Durante la fase d'introduzione era sensato eseguire un benchmarking separato per gli ospedali universitari. Dal 2016 questa fase è a nostro avviso terminata. Da una parte la versione SwissDRG 5.0 utilizzata per la fatturazione dei casi 2016 era matura dal punto di vista della rappresentatività dei casi poiché il valore  $R^2$  dei casi inlier, ammontando a 0.808, era considerato già molto elevato. Inoltre, la versione SwissDRG 5.0 conteneva un numero relativamente elevato (58) di remunerazioni supplementari per procedure, medicinali e impianti particolarmente costosi. Pertanto, secondo la SP, a partire dal 2016 si può eseguire un unico benchmarking per gli ospedali universitari, gli ospedali non universitari e le case per partorienti. Le differenze di costo motivate sono rappresentate nella struttura tariffaria unitamente alle remunerazioni supplementari.

sistema di questo tipo genera maggiori incentivi al miglioramento dell'efficienza economica; richiede però un livello molto elevato di trasparenza dei costi, affinché le autorità preposte alla regolamentazione possano stabilire la tariffa fatturabile a un livello adeguato (ossia non eccessivo).

Secondo quanto stabilito dal TAF, l'assenza di una concorrenza naturale, che caratterizza il nostro sistema sanitario come settore economico, giustifica l'intervento dello Stato, in particolare di un'autorità preposta alla regolamentazione. La soluzione adottata – analoga a quella praticata dalla maggior parte degli altri Stati europei in quest'ambito – consiste nell'introdurre artificialmente un certo livello di concorrenza nel settore delle cure ospedaliere, con l'obiettivo di trarne un beneficio a lungo termine. La possibilità, per un ospedale efficiente, di realizzare un profitto, nonché il principio secondo cui la tariffa applicata da un determinato ospedale non si basa unicamente sui suoi costi, bensì su un benchmarking di livello nazionale, producono evidentemente degli incentivi all'interno del sistema di finanziamento degli ospedali. Sul piano teorico si parla di concorrenza virtuale o indiretta («yardstick competition»), che dovrebbe indurre i produttori a ridurre i loro costi di produzione in un contesto in cui, di per sé, sono esposti a una concorrenza soltanto limitata. La maggiore efficienza comporta un beneficio diretto per i produttori interessati, determinato da un'eccedenza finanziaria che questi possono trattenere. La minore efficienza causa invece perdite finanziarie e, in mancanza di provvedimenti adeguati, può comportare il fallimento della struttura interessata. Perciò i produttori sono fortemente incentivati a ridurre i loro costi, indipendentemente dalla loro posizione rispetto al benchmark. Idealmente i baserate dovrebbero rispecchiare i costi di produzione dei produttori efficienti, stabiliti in base ai costi sostenuti da tutti i produttori di un determinato settore o da un loro campione rappresentativo.

Gli incentivi introdotti con il nuovo sistema di regolamentazione dovrebbero così generare profitti basati sull'efficienza. Il principio degli incentivi riveste perciò una grande importanza e va posto al centro delle riflessioni su come impostare un sistema per la definizione di valori di riferimento a partire da un benchmarking.

Nella sentenza C-4374/2017 del 15.05.2019 (consid. 8.7), il TAF ha constatato che le case per partorienti, i micro-ospedali e gli ospedali con una gamma di servizi relativamente limitata si trovavano spesso al di sotto del valore di benchmark definito dal Sorvegliante dei prezzi e che questa circostanza potrebbe sfalsare il benchmarking degli ospedali per cure centralizzate e per cure di base. Il Sorvegliante dei prezzi, dal canto suo, tiene a sottolineare che per la natura stessa del sistema DRG, tutte le tipologie di ospedali devono essere considerate alla stessa stregua nell'ambito di un confronto dell'economicità: le varie tipologie di ospedali non sono più rilevanti perché le differenze di costo giustificate sono già contemplate dai diversi cost-weight. Tutti gli ospedali che operano con il sistema SwissDRG devono quindi essere integrati nel benchmarking, perché l'obiettivo di questo sistema è appunto quello di renderli paragonabili attraverso cost-weight diversi. È probabile che quest'obiettivo non sia ancora stato pienamente raggiunto al momento di fissare i prezzi per il 2016 mediante SwissDRG 5.0. A suo tempo 10 case per partorienti figuravano nei primi venti percentili, mentre per l'anno tariffario 2021, con la versione migliorata SwissDRG 10.0, queste strutture sono ora meno della metà. Alla luce di quanto emerso, inoltre, si può anche affermare che esistono case per partorienti più care della media. In un benchmarking che sia rappresentativo vanno quindi integrate anche queste strutture.

#### **4.2.2 Metodo di benchmarking del Sorvegliante dei prezzi**

Per quanto riguarda il metodo di svolgimento del benchmarking e di determinazione del valore di riferimento, il TAF ha stabilito che la procedura basata sui percentili è accettabile (C-2283/2013 dell'11.09.2014 e C-3425/2013 del 29.01.2015). Tuttavia, la giurisprudenza

non ha (ancora) stabilito quale percentile utilizzare per determinare il valore di riferimento né il metodo per stabilirlo. Nella sua sentenza relativa al Cantone di Glarona (C-3425/2013 del 29.01.2015, consid. 4.3.1 – 4.4.6), il TAF fa notare che la scelta del metodo (n. ospedali, n. casi o casemix) si ripercuote sul risultato del benchmarking.

Se il calcolo del valore di benchmark nazionale viene effettuato con il metodo basato sul numero di casi o sul casemix, le dimensioni degli ospedali considerati nel benchmarking (misurate in rapporto al numero di casi o al casemix per ospedale) possono assumere un ruolo significativo, influenzando sul livello del valore di riferimento ottenuto. Si tratta di un'eventualità indesiderata che può verificarsi, ad esempio, se il benchmarking include un numero relativamente elevato di ospedali grandi e costosi. È invece molto più probabile che l'efficienza economica di un ospedale dipenda sostanzialmente dalle decisioni gestionali prese dalla direzione dell'ospedale stesso e che, di conseguenza, non sia correlata al numero di casi o al casemix. Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali intende, tra l'altro, introdurre incentivi atti a migliorare l'efficienza di ogni ospedale; è pertanto opportuno considerare ogni ospedale alla stessa stregua, applicando il metodo di calcolo basato sul numero di ospedali. Un benchmarking fondato sul numero di casi o sul casemix inibisce gli sforzi dei singoli ospedali volti a migliorare l'efficienza e, di conseguenza, riduce l'efficacia degli incentivi.

Il benchmarking del Sorvegliante dei prezzi considera quindi tutti gli ospedali come unità decisionali equivalenti, per cui il valore di riferimento nazionale va calcolato secondo il metodo basato sul numero di ospedali.

Per quanto riguarda il criterio dell'efficienza, ha senso usare un valore non superiore al 20° percentile<sup>11</sup>. Nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie, il lato della domanda è soprattutto interessato a una buona qualità e all'innovazione, ma non tanto a una riduzione dei costi (perché questi sono a carico di tutti gli assicurati e non del singolo paziente). A maggior ragione l'autorità di regolamentazione è tenuta a introdurre questo elemento di concorrenza mancante. La LAMal non prescrive che sia preso a modello l'ospedale più efficiente, ma semplicemente un ospedale efficiente. Gli ospedali che si situano intorno alla media, invece, non soddisfano il criterio dell'economicità sancito dalla LAMal (art. 32 cpv. 1, art. 43 cpv. 6, art. 46 cpv. 4 e art. 49 cpv. 1 quinto periodo LAMal): dopo tutto un ospedale su cinque riesce ad essere più efficiente rispetto all'ospedale del 20° percentile. Ignorare queste inefficienze e fissare un benchmark più elevato non sarebbe in alcun modo conforme al criterio dell'efficienza.

#### **4.2.3 Popolazione statistica e ospedali considerati**

La popolazione statistica degli ospedali e delle case per partorienti considerata per il benchmarking è definita a partire dalla statistica ospedaliera. Per determinare l'intera popolazione, il Sorvegliante dei prezzi ha dovuto effettuare le seguenti modifiche:

- aggiunta di ospedali che forniscono anche trattamenti somatici acuti, pur non essendo considerati ospedali per cure acute nella statistica ospedaliera;
- correzione se nella statistica figurano diversi siti, ma la contabilità è una sola;
- esclusione degli ospedali che non offrono cure somatiche acute pur figurando tali nella suddetta statistica;
- esclusione degli ospedali che nel frattempo sono stati chiusi;

---

<sup>11</sup> Il TAF aveva temporaneamente accettato il 40° percentile (sentenza C-2283/2013 dell'11.09.2014), ma questo prima di aver chiesto un benchmarking nazionale e rappresentativo. Nel frattempo il Sorvegliante dei prezzi ne ha elaborato uno, per cui sono ora disponibili dati estremamente affidabili che giustificano la riduzione al 20° percentile. Secondo il Sorvegliante dei prezzi il margine di discrezionalità dei Cantoni non dovrebbe quindi andare oltre questo valore.

- esclusione degli ospedali che non figurano in un elenco cantonale;

Altre cliniche sono state escluse dalla popolazione statistica per i seguenti motivi:

- dati non disponibili;
- dati incompleti o di scarsa qualità;
- la messa a disposizione dei dati è stata rifiutata in violazione dell'obbligo di fornire informazioni sancito per legge.

Per ogni ospedale viene determinato e fatto confluire nel benchmarking un baserate specifico.

#### 4.2.4 Benchmarking 2020 e 2021 del Sorvegliante dei prezzi

La Tabella illustra i parametri di riferimento del Sorvegliante dei prezzi per il 2020 e il 2021, calcolati secondo quanto descritto in precedenza.

	Benchmarking 2020	Benchmarking 2021
Dati dell'anno	2018	2019
Numero ospedali secondo la statistica ospedaliera	180 strutture, tra cui 165 ospedali acuti e 15 case per partorienti	183 strutture, tra cui 166 ospedali acuti e 17 case per partorienti
Correzioni per la determinazione della popolazione statistica (esclusioni)	29	23
Popolazione statistica	151	160
Dati su costi e prestazioni non disponibili (numero di ospedali)	-	5
Dati incompleti o qualitativamente insufficienti (numero di ospedali)	9	7
Messa a disposizione dei dati rifiutata (numero di ospedali)	8	1
<b>Ospedali compresi nel benchmarking</b>	<b>134</b>	<b>147</b>
10° percentile	9029	8895
<b>20° percentile</b>	<b>9349</b>	<b>9231</b>
25° percentile	9562	9455
30° percentile	9678	9633
40° percentile	9820	9802
Valore mediano	9957	9987
Valore medio:	10 121	10 246
Ospedali molto cari con baserate superiore a 11 000 fr.	17	27

Tabella 2: benchmarking SwissDRG 2021 e 2020 del Sorvegliante dei prezzi

Il valore di riferimento del Sorvegliante dei prezzi è di 9231 franchi nel 2021 e di 9349 nel 2020. Il benchmarking 2021 si presenta come segue:

## Benchmarking nazionale SPr 2021 degli ospedali per cure acute

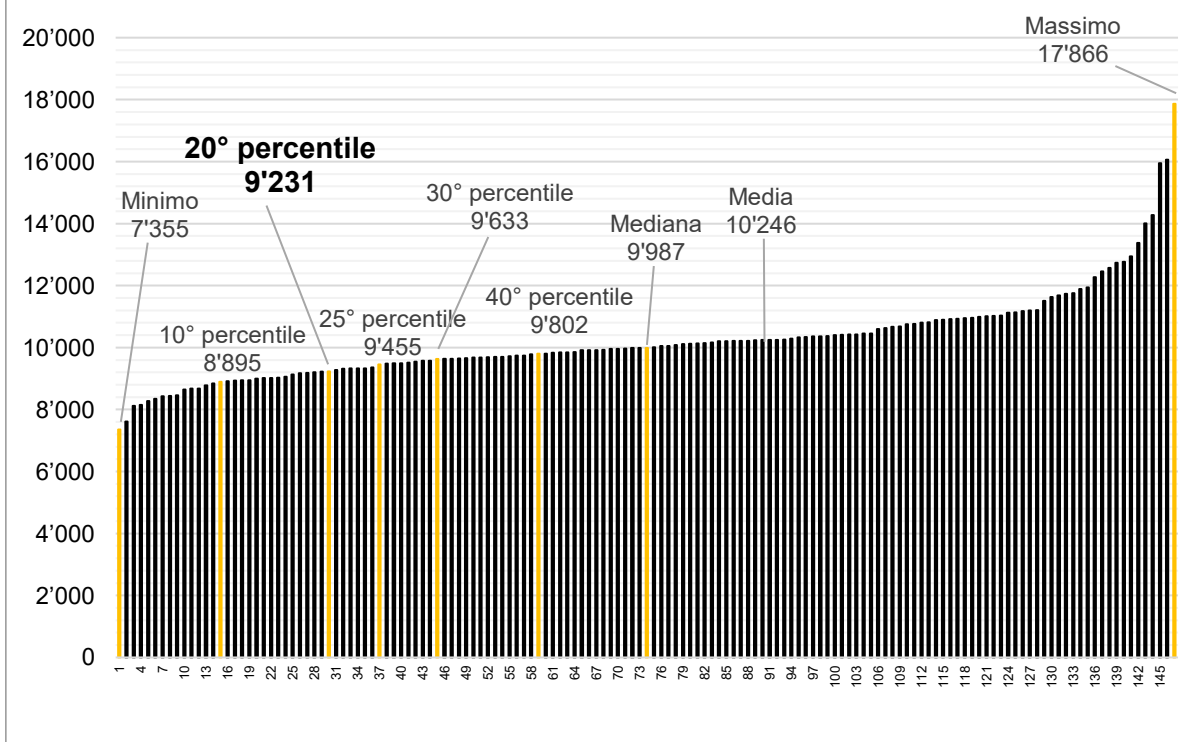


Grafico: distribuzione dei baserate basati sui costi di 147 ospedali per cure acute confluiti nel benchmarking nazionale 2021 del Sorvegliante dei prezzi.

### 4.3 Verifica della plausibilità del benchmarking del Sorvegliante dei prezzi

I benchmarking 2020 e 2021<sup>12</sup> soddisfano gli otto criteri del TAF (cfr. cap. 4.2.1), soprattutto perché rappresentativi, fondati su valori aritmetici, comprendono ospedali sia economici sia molto cari e consentono in generale di individuare un ospedale efficiente, come auspicato dal legislatore allo scopo di promuovere l'efficienza.

Se sottoposti a una verifica della plausibilità, è opportuno paragonare i valori del 2020 e del 2021 al raffronto della Confederazione elaborato dall'UFSP in collaborazione con i Cantoni e la CDS secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal. I calcoli dei baserate e le relative verifiche della plausibilità sono effettuate dai Cantoni. Dal confronto risulta che i valori del 20° e del 25° percentile sono molto vicini a quelli calcolati dal Sorvegliante dei prezzi.

	SPr	UFSP, CDS e Cantoni
20° percentile 2021	9231	9259
25° percentile 2021	9455	9492
20° percentile 2020	9349	9409
25° percentile 2020	9562	9519

Tabella 3: confronto tra il 20° e 25° percentile calcolati dal Sorvegliante dei prezzi e da UFSP, CDS e Cantoni secondo l'art. 49 cpv. 8 LAMal.

<sup>12</sup> Lo stesso dicasi per i benchmarking 2019 e 2022 del Sorvegliante dei prezzi perché basati sugli stessi dati del benchmarking 2020 (dati ITAR\_K 2018) e 2021 (dati ITAR\_K 2019).



## 5 Determinazione e verifica delle tariffe degli ospedali psichiatrici (TARPSY)

Il 1° gennaio 2018 è entrato in vigore in tutta la Svizzera il sistema TARPSY, struttura tariffaria uniforme per tutte le prestazioni stazionarie fornite nel settore della psichiatria degli adulti. A seconda della diagnosi principale, della gravità della malattia, delle diagnosi secondarie, dell'età, i pazienti vengono classificati in uno dei gruppi di costi psichiatrici (PCG). Le cure vengono rimborsate con importi forfettari giornalieri riferiti alle prestazioni, i quali diminuiscono con il prolungarsi della degenza. Il prezzo di base giornaliero è oggetto di trattative tra il fornitore di prestazioni e le casse malati. Dal 1° gennaio 2019 il sistema TARPSY si applica anche alla psichiatria infantile e adolescenziale.

Quando sono stati introdotti i forfait per caso SwissDRG per le prestazioni stazionarie somatiche acute ci si poteva ancora basare sull'esperienza maturata in Svizzera e all'estero. L'introduzione della struttura tariffaria TARPSY rappresenta invece una novità. La struttura tariffaria TARPSY è considerata un sistema di auto-apprendimento in continua evoluzione.

### 5.1 Calcolo del prezzo di base rilevante per il benchmarking

Analogamente a SwissDRG (cfr. 4.1.2), il Sorvegliante dei prezzi calcola anche per le cliniche psichiatriche partendo dai dati su costi e prestazioni di ogni singola struttura un prezzo di base rilevante ai fini del benchmarking. Anche qui, come per il settore di medicina somatica acuta, si applica il modello ITAR\_K. Vengono inoltre raccolte informazioni supplementari quali il day mix index (DMI), i giorni di cura secondo TARPSY e quelli dei pazienti semiprivati e privati.

Il calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro è analogo al calcolo SwissDRG (cfr. Tabella 1), dove al posto della colonna delle degenze acute (*Tariffa staz. solo LAMal cure acute, tariffa staz. LAMal ass. complementare (AC) o Totale tariffa staz. LAMal*) sono rilevanti le colonne per la psichiatria stazionaria secondo TARPSY (*Casi solo staz. LAMal psych. e Tariffa staz. LAMal AC psych.* o colonne analoghe (in ITAR-K V 12.0 sono le colonne CG e CH). Anche in questo caso le cliniche psichiatriche che non presentano separatamente i costi supplementari dei pazienti con assicurazione complementare viene effettuata una deduzione normativa analogamente alla CDS. Questa deduzione è di 67 franchi al giorno per i pazienti semiprivati e privati. Il Sorvegliante dei prezzi la effettua anche quando vengono indicati costi ridotti, perché non plausibili.

I costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro vengono quindi divisi per il numero dei giorni di cura di tutti i pazienti con assicurazione malattie (*LAMal + LAMal AC*) (secondo TARPSY) e per il day mix index (DMI) di tutti i pazienti con assicurazione malattie. Aggiungendo il rincaro si ottiene il prezzo di base rilevante per il benchmarking.

### 5.2 Fase d'introduzione

Finora la qualità dei dati lasciava ancora a desiderare. Il problema principale consisteva nel determinare il numero esatto dei giorni di cura. Negli esercizi 2018 e 2019, che costituiscono la base per i benchmarking 2020 e 2021, la fatturazione dei casi è stata effettuata secondo la definizione del «regime transitorio TARPSY»<sup>13</sup>. Negli anni tariffari 2020 e 2021, tuttavia, la fatturazione si baserà sui giorni di cura secondo la definizione TARPSY. Per determinare correttamente i prezzi di base basati sui costi per il benchmarking del 2020 e del 2021 sarebbe pertanto necessario specificare i giorni di cura del 2018 e del 2019 secondo

<sup>13</sup> In base alla convenzione sulla struttura tariffaria TARPSY del 1° gennaio 2018, nel 2018 e nel 2019 sono state applicate le disposizioni transitorie secondo le quali, oltre alle regole e alle definizioni per la fatturazione dei casi nell'ambito di TARPSY, viene addebitato un giorno di cura supplementare per ogni singola assenza superiore alle 24 ore.

TARPSY. Nonostante le varie richieste di informazioni rivolte ai fornitori di servizi e ai Cantoni, non è certo che i giorni di cura rilevati dal Sorvegliante dei prezzi siano stati effettivamente determinati in ogni caso secondo TARPSY e non secondo il regime transitorio TARPSY.

Si osservano inoltre grandi differenze tra le diverse cliniche per quanto riguarda i costi determinati dal Sorvegliante dei prezzi (fino a 3 volte superiori). In un sistema tariffario DRG, qual è TARPSY, le differenze di costo giustificate dovrebbero essere rappresentate innanzitutto da diversi cost-weight per giorno dei vari gruppi di costo (PCG in TARPSY, ovvero «Psychiatric Cost Groups») o da diversi DMI delle varie cliniche, ma non da prezzi di base diversi tra loro. Le differenze tra i prezzi di base calcolati dovrebbero riflettere unicamente i diversi gradi di efficienza nella fornitura delle prestazioni. Eventuali lacune della struttura tariffaria non devono essere compensate con le tariffe. Soprattutto per le cliniche con una gamma limitata di servizi (p. es. strutture per le dipendenze), ma anche per quelle con una gamma di servizi molto complessa (p. es. cliniche universitarie) è fondamentale che la struttura tariffaria sia il più possibile calibrata, perché altrimenti la remunerazione mediante un benchmarking basato sui costi non può sviluppare gli auspicati incentivi all'efficienza. Se la struttura tariffaria TARPSY dovesse dimostrarsi poco idonea dal punto di vista contabile nonostante il suo continuo perfezionamento, il Sorvegliante dei prezzi ritiene che il legislatore dovrà intervenire togliendo l'obbligo di fatturare tariffe orientate alle prestazioni nel settore delle degenze psichiatriche.

Nonostante i suddetti dubbi sulla qualità e sull'adeguatezza della struttura TARPSY stessa, le disposizioni della LAMal (tra cui l'art. 49 cpv. 1 quinto periodo) e la giurisprudenza, secondo cui occorre orientarsi agli ospedali particolarmente efficienti e vantaggiosi, si applicano anche alle cliniche psichiatriche. Il legislatore chiede quindi che sia effettuato un benchmarking e non prevede che se ne possa fare a meno nei primi anni di applicazione del sistema. Per questo motivo il Sorvegliante dei prezzi esegue già dal primo anno dall'introduzione della nuova struttura tariffaria (2018) un benchmarking basato sui costi che concilia il più possibile le esigenze della giurisprudenza sui baserate SwissDRG con le particolarità di TARPSY.

A causa delle suddette difficoltà legate all'introduzione di questo sistema e alla qualità non ancora ottimale dei dati e della struttura tariffaria, il Sorvegliante dei prezzi ha deciso di fissare il valore di riferimento al 20° percentile durante la fase d'introduzione e di aggiungere un margine di tolleranza del 10 per cento (che sarà nuovamente eliminato al termine della fase introduttiva).

## **6 Determinazione e verifica delle tariffe per i soggiorni di riabilitazione**

Dall'inizio del 2022 esiste una struttura tariffaria uniforme a livello nazionale anche per i soggiorni di riabilitazione («ST Reha»). La loro remunerazione viene calcolata moltiplicando il rispettivo cost-weight per la durata del soggiorno e per il prezzo di base giornaliero della clinica. Prima di approvare o fissare il prezzo di base, i Cantoni devono sentire il parere del Sorvegliante dei prezzi.

Siccome, a differenza delle degenze per cure acute o psichiatriche, per i soggiorni di riabilitazione non è possibile far capo a un benchmarking precedente, il Sorvegliante dei prezzi ha effettuato un primo benchmarking «ST Reha» basandosi sui dati del 2020 influenzati da COVID-19.

Analogamente al baserate SwissDRG (cfr. 4.1.2), anche quello per le cliniche di riabilitazione viene calcolato dal Sorvegliante dei prezzi con i dati su costi e prestazioni di ogni singola struttura. Come per il settore di medicina somatica acuta, si applica il modello ITAR\_K. Vengono inoltre richieste informazioni supplementari, tra cui il DMI.

Il calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro viene effettuato in modo analogo al calcolo SwissDRG (cfr. tabella 1), con la differenza che al posto della colonna relativa alla medicina somatica acuta (*Tariffa staz. solo LAMal cure acute, Tariffa staz. LAMal ass. complementare (AC) e Totale tariffa staz. LAMal*) sono rilevanti le colonne relative alla riabilitazione (*riab. geriatrica solo staz. LAMal, riabilitazione geriatrica AC LAMal*) e colonne analoghe relative ad altri settori di riabilitazione che fatturano secondo ST Reha).

Come nei settori somatico acuto e psichiatrico, anche per le cliniche di riabilitazione che non presentano separatamente i costi supplementari dei pazienti con assicurazione complementare viene effettuata una deduzione normativa analogamente alla CDS. Questa deduzione è del 9,8 per cento dei costi d'esercizio rilevanti per le tariffe dei pazienti semiprivati e privati. Il Sorvegliante dei prezzi la effettua anche quando vengono indicati costi ridotti, perché non plausibili.

I costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking prima del rincaro vengono quindi divisi per il numero di giorni di cura di tutti i pazienti con assicurazione malattie (LAMal + LAMal AC) (secondo ST Reha) e per il DMI di tutti i pazienti con assicurazione malattie. Aggiungendo il rincaro si ottiene così il prezzo di base rilevante per il benchmarking.

## **7 Prospettive**

La prassi di verifica del Sorvegliante dei prezzi illustrata nel presente 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 l'approccio del Sorvegliante dei prezzi. Ne sono un esempio le considerazioni del TAF citate in precedenza in merito al benchmarking. Va inoltre notato che un sistema di retribuzione basato sui 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.

Le disposizioni legali sono attualmente in fase di revisione. Nel 2020 sono state poste in consultazione le modifiche dell'OAMal e dell'OCPre. In questi progetti il Consiglio federale ha tra l'altro proposto di fissare come benchmark - fondandosi sul numero di fornitori di prestazioni - un valore non superiore al 25° percentile. Non appena le ordinanze rivedute entreranno in vigore, il Sorvegliante dei prezzi provvederà, se del caso, ad adeguare la propria prassi. Queste considerazioni si applicano, per analogia, anche ai benchmarking TARPSY e ST Reha.