



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# Riassunto delle decisioni del TAF e del TF

Ripercussioni sul calcolo dei costi e la formazione delle tariffe nel settore delle cure medico-sanitarie obbligatorie

V 1.5  
Dicembre 2022



## Indice

Indice	1
1	Introduzione..... 2
2	Possibilità di conciliare l'art. 59c cpv. 1 lett. a e b OAMal con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero ..... 3
3	Scopo dell'impiego di un'eventuale eccedenza ..... 3
4	Determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il Benchmarking..... 3
5	Applicazione delle PEIG (ricerca & insegnamento universitario, cfr. prossimo capitolo) ..... 5
6	Ricerca e insegnamento universitario ..... 5
7	Benchmarking e formazione delle tariffe..... 6
8	Autonomia contrattuale dei partner tariffali e ruolo dei Cantoni ..... 6
9	Il principio di equità nella LAMal..... 7
10	Fatturazione di prestazioni giusta l'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal..... 8
11	Il finanziamento delle cure ..... 8
12	Allegato: Spiegazioni e riferimenti..... 9
13	Bibliografia ..... 53
14	Contatto..... 60

## Versioni

N°	Data della modifica	Motivo
1.0	01.05.2016	▪ Prestazione di servizio per i membri attivi di H+
1.1	01.09.2015	▪ Tenuta in considerazione delle nuove DTAF fino all'1.9.2015
1.2	01.06.2016	▪ Tenuta in considerazione delle nuove DTAF fino all'1.6.2016 ▪ Rettifica dell'interpretazione del TAF in merito ai termini "strutturato/non strutturato" ▪ Nuovo capitolo 10 Fatturazione di prestazioni giusta l'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal
1.3	01.09.2016	▪ Precisazione dell'estensione dell'insegnamento universitario secondo LAMal
1,4	01.12.2018	▪ Precisazione relativa al calcolo dei costi nel settore ambulatoriale secondo LAMal ▪ Nuovo capitolo 11 Finanziamento delle cure
1.5	dicembre 2022	▪ Tenuta in considerazione delle nuove DTAF fino al 31.12.2022

## 1 INTRODUZIONE

Da anni H+ s'impegna a livello aziendale, cantonale e federale affinché vengano abbandonate le vecchie piste relative al calcolo dei costi e alla formazione delle tariffe nel settore delle cure medico-sanitarie obbligatorie, piste che trovano la loro giustificazione ancora nella vecchia LAMal (precedente al 2012).

Se la LAMal e i relativi messaggi implicano di trovare dei compromessi tra i partner del sistema sanitario, gli ostacoli posti dal nuovo finanziamento ospedaliero sono troppo importanti e le posizioni di base di determinati partner del settore troppo differenti.

Le decisioni del Tribunale amministrativo federale (TAF)<sup>1</sup> chiariscono ora importanti questioni di fondo in relazione alla revisione della LAMal entrata in vigore l'1.1. 2009 (per il nuovo finanziamento ospedaliero, 1.1.2012) e in merito alle quali i partner della sanità non sono riusciti ad accordarsi per anni.

Il TAF stabilisce così delle direttive e regole chiare per quanto riguarda il calcolo dei costi, la valutazione dei costi e la formazione delle tariffe nel settore stazionario delle cure medico-sanitarie obbligatorie. In parte chiarisce o ricorda pure quale attore del sistema sanitario debba assumersi quale ruolo.

Il presente riassunto è stato realizzato dal segretariato centrale di H+ ed è inteso quale opera di consultazione per i nostri membri. Esso sarà completato e armonizzato continuamente, non appena H+ disporrà di nuove informazioni da sentenze del TAF. È strutturato secondo i seguenti argomenti:

- Possibilità di conciliare l'articolo 59c capoverso 1 OAMal con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero
- Scopo dell'impiego di un'eventuale eccedenza
- Determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il Benchmarking
- Applicazione delle PEIG (ricerca & insegnamento universitario, cfr. settore tematico seguente)
- Ricerca e insegnamento universitario
- Benchmarking e formazione delle tariffe
- Autonomia contrattuale dei partner tariffali e ruolo dei Cantoni
- Il principio di equità nella LAMal
- Fatturazione di prestazioni giusta l'art. 49 cpv. 1 4° periodo LAMal

Per ogni argomento sono inseriti messaggi che riassumono l'interpretazione del TAF. L'allegato contiene un elenco di riferimenti relativo ai passaggi/alle considerazioni delle sentenze, suddiviso secondo argomenti e messaggi. Per ogni argomento è inoltre indicato in che misura i prodotti di H+ sono stati completati rispettivamente adeguati.

I seguenti prodotti di H+ potrebbero subire adattamenti alle sentenze summenzionate:

- **REKOLE®**, 5ª edizione 2018
- **ITAR\_K®**, 12ª edizione 2022

### **Informazione relativa alla versione 1.5 del mese di dicembre 2022**

Le nuove informazioni risp. le aggiunte rispetto alla versione 1.4 del mese di dicembre 2018 sono evidenziate in color verde.

---

<sup>1</sup> DTAF pubblicate fino al 31 dicembre 2022 e comunicate da H+ sulla tematica calcolo dei costi e la formazione delle tariffe nel settore delle cure medico-sanitarie obbligatorie. <http://www.bvger.ch/publiws/?lang=de>. Le sentenze parziali del TAF vengono pure tenute in considerazione, ma non vengono elencate per nome.

## 2 POSSIBILITÀ DI CONCILIARE L'ART. 59C CPV. 1 LETT. A E B OAMAL CON I PRINCIPI DEL NUOVO FINANZIAMENTO OSPEDALIERO

### Messaggi

1. OAMal 59c cpv. 1a e b non si riferisce ai costi individuali di un ospedale, bensì a quelli del Benchmark.
2. Nel settore delle cure medico-sanitarie obbligatorie è possibile guadagnare in efficienza.
3. Non è previsto il trattamento equo dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori per quanto riguarda gli utili.
4. È possibile approvare/fissare tariffe superiori ai costi delle cure medico-sanitarie obbligatorie pertinenti per le tariffe e riferite agli ospedali.

### Effetti sui prodotti di H+

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## 3 SCOPO DELL'IMPIEGO DI UN'EVENTUALE ECCEDENZIA

### Messaggio

1. Con la sentenza il TAF non ha deciso nulla in merito allo scopo dell'impiego dell'eccedenza.

### Effetti sui prodotti di H+

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## 4 DETERMINAZIONE DEI COSTI D'ESERCIZIO PERTINENTI PER IL BENCHMARKING

### Messaggi

1. Secondo il TAF non appare utile mettere in questione REKOLE® e ITAR\_K® per principio.
2. Nel quadro di una procedura di fissazione non è possibile basarsi sulle indicazioni di ITAR\_K® senza effettuare ulteriori verifiche. Ai sensi dell'art. 10 cpv. 5 OCPre occorre ad esempio mettere a disposizione la contabilità delle immobilizzazioni.
3. Nel quadro di una procedura di fissazione e se il calcolo dei costi si basa su ITAR\_K®, quest'ultimo va fornito con tutte le colonne (settori di attività/tariffe).
4. Al fornitore di prestazioni, nella procedura di fissazione, viene chiesto di esporre tutte le chiavi (grandezze di riferimento) utilizzate nella procedura di fatturazione applicata all'interno della contabilità analitica.
5. Nel processo di fissazione delle tariffe è possibile tener conto dei calcoli di proiezione riferiti agli ospedali (costi superiori o inferiori), eccezion fatta per gli aumenti dei costi pianificati dagli ospedali stessi.
6. Ricavi 65: un margine di guadagno può essere rivendicato unicamente se comprovato.
7. La LAMal non prevede supplementi per perdite su crediti.
8. Come finora ad essere determinante è il rincaro ponderato per l'anno X-1. L'attribuzione del rincaro viene effettuata secondo il benchmarking. **Per principio sussiste il diritto – non però l'obbligo – di tener conto del rincaro. Non è previsto che vengano considerati i rincari negativi.**
9. Le deduzioni per mancata trasparenza (o deduzioni per sovracapacità) sono per principio diventate obsolete. Un'eventuale mancata economicità andrà corretta tramite il benchmarking. Gli ospedali che non presentano una contabilità analitica sufficientemente trasparente e completa, idealmente non vengono tenuti in considerazione nel benchmarking.
10. Per lo scorporo dei costi supplementari (senza onorari medici) per pazienti con assicurazione complementare (AC) è sostenibile in modo sussidiario utilizzare una deduzione standardizzata ponderata secondo pazienti con AC. Non è invece più ben accolta la prassi della sorveglianza sui prezzi.

11. Le prestazioni di garanzia per il pronto soccorso rappresentano prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non generano costi supplementari, che ad esempio scaturiscono dal mantenimento di un reparto di cure urgenti troppo piccolo o mal sfruttato (= prestazioni economicamente d'interesse generale PEIG) e per principio non sono dunque considerate PEIG.
12. L'OCPre prescrive la modalità di valutazione (determinazione degli ammortamenti e degli interessi calcolatori) delle immobilizzazioni affinché questa venga effettuata secondo un metodo unitario, sia paragonabile e serva quale base per la determinazione delle tariffe.
13. Sono considerate necessarie all'azienda le immobilizzazioni necessarie all'adempimento del mandato di prestazioni.
14. Per quanto riguarda i costi per le immobilizzazioni, le prescrizioni dell'OCPre si discostano in parte dai principi di contabilità aziendale e per questo motivo non in tutti i punti sono compatibili con REKOLE®.
15. Occorre garantire una documentazione delle delimitazioni effettuate tra la contabilità finanziaria e quella aziendale.
16. I costi per le immobilizzazioni corrispondono a quelli necessari al trattamento di pazienti assicurati AOMS.
17. La determinazione delle tariffe dell'assicurazione malattia deve per principio basarsi sui costi dei casi corrispondenti (pazienti con assicurazione di base e complementare).
18. Nella determinazione del valore di base per caso di un ospedale occorre tener conto dei costi di proiezione riferiti all'ospedale e generali sicuramente generati nell'anno tariffario, essi non rientrano però nei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking.
19. Il contributo per caso CMO è dovuto per ogni caso fatturato e non per un caso con il grado di gravità 1.0.
20. È sostenibile scorporare i costi della formazione non universitaria dai costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking e remunerarli mediante supplementi individuali degli ospedali.
21. Un supplemento dell'1% sul valore di riferimento è incontestato, al fine di tener conto dell'effetto catalogo "raggruppamento di casi" (2012 nei confronti del 2010).

#### **Effetti sui prodotti di H+**

ad 3: Adattamento delle istruzioni ITAR\_K®

Nel Capitolo 10.3 Gestione dei ricavi dei conti 65 e 66 delle istruzioni a partire da ITAR\_K® V5.0 è stato effettuato un adattamento, inserendo il testo seguente: *Ai sensi della DTAF del 7.4.2014 i ricavi 65 vanno dedotti integralmente, a meno che sia possibile giustificare l'effettivo margine di guadagno. La tabella 2 nel foglio Excel "informazioni supplementari" serve a determinare l'effettivo margine di guadagno.*

ad 5: Adattamento delle istruzioni ITAR\_K®

Nel capitolo 10.13 Calcoli di proiezione da ITAR\_K® V5.0 è stato effettuato un adattamento, inserendo il testo seguente: *Nella riga 51 il rincaro in prospettiva viene conteggiato per un anno. I parametri per i costi del personale e altri costi d'esercizio vengono depositi nelle E70 e E71 (cfr. anche cifra 12 «parametri di calcolo»)*

ad 8: Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+. Occorre però verificare se tale genere di costi (costi assicurare le prestazioni di garanzia per il pronto soccorso) comporta un effetto distorsivo nel quadro del benchmarking delle cure medico-sanitarie obbligatorie. Se così fosse, tali costi andrebbero identificati e applicati in modo tale da evitare l'insorgere di distorsioni nel quadro della procedura di benchmarking.

Per motivi di completezza tali adattamenti sono qui elencati. Sono però già tenuti in considerazione a partire da ITAR\_K® 5.0.

## 5 APPLICAZIONE DELLE PEIG (ricerca & insegnamento universitario, cfr. prossimo capitolo)

### Messaggi

1. Occorre garantire la definizione, il calcolo dei costi e la giustificazione separata di prestazioni economicamente d'interesse generale (PEIG). Una definizione negativa delle PEIG non è possibile.
2. I costi delle PEIG vanno scorporati dai costi ospedalieri complessivi; non è più sufficiente dedurre semplicemente le remunerazioni cantonali ottenute per le PEIG dai costi ospedalieri complessivi.
3. L'indennità del Cantone per le PEIG dovrà coprire al massimo i costi determinati e giustificati.
4. Le cure palliative nell'ospedale acuto costituiscono una prestazione obbligatoria LAMal.
5. L'AOMS non può sostenere l'eventuale lacuna nei finanziamenti per le PEIG.
6. L'assistenza e le cure adatte ai bambini, più intense dal punto di vista delle risorse di personale, non sono considerate prestazioni supplementari o prestazioni non mediche economicamente d'interesse generale, bensì fanno parte di un'assistenza medico-sanitaria professionale ai bambini, i cui costi supplementari vanno assunti dall'AOMS.

### Effetti sui prodotti di H+

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## 6 RICERCA E INSEGNAMENTO UNIVERSITARIO

### Messaggi

1. Il TAF segue REKOLE® nella definizione delle unità finali d'imputazione: insegnamento universitario, perfezionamento universitario e ricerca.
2. Per determinarli o stimarli, i costi per ricerca e insegnamento universitario vanno rilevati in modo trasparente mediante un rilevamento delle attività.
3. Permane la possibilità di effettuare deduzioni standardizzate per la ricerca e l'insegnamento universitario, quando non sono disponibili i dati ospedalieri rilevanti per la decisione (trasparenti). In tal caso la deduzione standardizzata andrebbe fissata in maniera tale che sicuramente l'ospedale non ne possa trarre alcun vantaggio. Non è più ben accolta la prassi della sorveglianza sui prezzi.
4. Il forfait minimo definito dalla CDS (CHF 15'000) non ha lo scopo di coprire i costi effettivi per il perfezionamento. **Una deduzione standardizzata di CHF 15'000 per medico assistente può essere giustificata, quando non è possibile raffigurare i costi separatamente. Le raccomandazioni della CDS non hanno valore di legge. Non rappresentano neppure un'interpretazione vincolante della Legge federale sull'assicurazione malattie.**
5. La definizione di insegnamento universitario ai sensi della LAMal comprende la formazione e il perfezionamento (dal punto di vista del docente) impartiti a studenti di una professione sanitaria universitaria e la formazione ottenuta da tali studenti (dal punto di vista dello studente) fino all'ottenimento del diploma federale, inclusi eventuali aspetti di produzione gemellata. Tale parte dell'insegnamento universitario corrisponde alle PEIG. Il perfezionamento ottenuto in seguito da tali studenti, fino all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento risp. i loro salari rappresentano invece costi pertinenti per le cure medico-sanitarie obbligatorie.
6. La definizione di ricerca comprende sia le attività universitarie sia quelle non universitarie.
7. Oltre ai costi di formazione dei medici vanno esclusi dai costi AOMS anche i costi di formazione degli studenti in ulteriori professioni sanitarie universitarie.
8. L'ordinamento giuridico non prevede una distinzione tra insegnamento "strutturato" e "non strutturato".
9. Non il contributo del Cantone, bensì i costi effettivi sono determinanti per il calcolo della deduzione per insegnamento universitario e ricerca. **Secondo le prescrizioni di ITAR\_K® e REKOLE® un ospedale dovrebbe essere in grado di scorporare i costi in conformità con la legge.**

### **Effetti sui prodotti di H+**

Errata corregge n° 2, n° 4, n°13 e n°14: Precisazione in merito alla definizione di unità finali d'imputazione. L'errata corregge è consultabile sul sito web di H+ .

## **7 BENCHMARKING E FORMAZIONE DELLE TARIFFE**

### **Messaggi**

1. Inizialmente il TAF concede un grande margine di manovra per quanto riguarda il benchmarking e la formazione delle tariffe.
2. Il confronto va effettuato a livello nazionale. La procedura di benchmarking non prevede la formazione di categorie ospedaliere, per ospedali particolari (ad es. ospedali universitari oppure ospedali pediatrici & reparti specializzati in pediatria di ospedali universitari) è però sostenibile nel quadro della fase introduttiva.
3. I requisiti all'esattezza della determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il Benchmarking sono tanto più elevati quanto è ridotto il gruppo di confronto.
4. Il nuovo finanziamento ospedaliero delle cure medico-sanitarie obbligatorie si fonda su un sistema di prezzi basato sui costi.
5. Nella procedura di fissazione non è possibile effettuare una differenziazione delle tariffe sulla base della qualità nell'AOMS.
6. La determinazione del parametro di efficienza (benchmarking) avviene basandosi sui costi.
7. Il parametro di efficienza deve corrispondere a una buona efficienza, non alla prestazione migliore.
8. La fissazione di un determinato Benchmark (percentuale) non deve avere quale obiettivo l'aumento della tariffa di un singolo ospedale per coprire i costi di quest'ultimo.
9. Una remunerazione differenziata e riferita all'ospedale è da ricondurre a particolarità specifiche dell'ospedale (cfr. Principio di equità, capitolo 9)
10. È ovvio che ci siano differenze nei valori di base per caso tra ospedali.
11. L'indicazione di un'elevata complessità dei casi o di un CMI elevato quale motivazione per un baserate più elevato non è sufficiente.
12. Il percentile del 40 o del 50 oggi (2014-15) è sostenibile quale parametro dell'efficienza.
13. La LAMal non prescrive alcun prezzo di base per caso unitario per tutti gli ospedali ed è possibile stipulare più convenzioni tariffali per ogni fornitore di prestazioni.
14. In una fase iniziale è possibile effettuare il benchmarking dei prezzi, è però legato ad ulteriori oneri.
15. Il calcolo delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali nel settore AOMS (ivi compreso il settore delle prestazioni ambulatoriali) si basa sui costi AOMS generati e giustificati in maniera trasparente.
16. Per principio si può affermare che i benchmarking dei partner tariffali o della sorveglianza sui prezzi presentano alcuni difetti.

### **Effetti sui prodotti di H+**

Adeguamenti della posizione di H+ sul calcolo dei costi e la formazione delle tariffe. La 2ª edizione 2015 (V2.0) è stata caricata sul sito web di H+.

## **8 AUTONOMIA CONTRATTUALE DEI PARTNER TARIFFALI E RUOLO DEI CANTONI**

### **Messaggi**

1. L'autonomia contrattuale (libertà contrattuale e primato contrattuale) ha un valore molto elevato e va protetta.
2. Nel sistema della LAMal le convenzioni tariffali dovranno essere la regola e le fissazioni d'ufficio delle tariffe l'eccezione.
3. La procedura di approvazione e quella di fissazione vanno nettamente distinte e ciò deve essere garantito differenziandole otticamente in maniera corrispondente.
4. Le tariffe devono essere approvate dal governo se la loro determinazione rispetta i principi legali della conformità con la legge, dell'economicità ed dell'equità; ciò anche se tali tariffe

- dovessero superare i valori di riferimento considerati corretti dal governo al momento della loro fissazione.
5. Un governo cantonale può controllare l'economicità solamente degli ospedali a cui ha conferito un mandato di prestazioni.
  6. Per poter controllare l'economicità di un ospedale a cui il governo cantonale non ha conferito un mandato di prestazioni, tale governo cantonale deve basarsi di volta in volta sul controllo dell'economicità del governo cantonale competente.
  7. Il Tribunale amministrativo federale concede al governo cantonale quale autorità competente per la determinazione e nella fase iniziale un determinato margine di apprezzamento per lo svolgimento del benchmarking, di cui non fa parte la decisione a sapere se vada applicata la regola della formazione dei prezzi ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal.
  8. Non è previsto che il Tribunale amministrativo federale fissi dei forfait (tariffe/prezzi), tale mansione compete ai Cantoni.
  9. Per principio non va approvato o stabilito nessun valore di base per caso superiore al valore di riferimento, eccezion fatta per le differenziazioni delle tariffe in caso di caratteristiche specifiche dell'ospedale.
  10. Non è sufficiente fissare le tariffe unicamente sulla base dei costi dell'ospedale a cui si riferiscono; secondo il nuovo diritto ciò non è conforme alla LAMal.
  11. Se nella procedura di fissazione l'istanza precedente omette di richiedere dati completi e trasparenti (cfr. Capitolo 4 messaggio 2 e 3), essa non adempie al proprio obbligo di verifica.
  12. Secondo la giurisprudenza una tariffa stabilita d'ufficio in virtù dell'art. 47 cpv. 1 LAMal vige per principio per la durata dello stato privo di convenzione tariffale e di regola non va limitata nel tempo.

#### **Effetti sui prodotti di H+**

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## **9 IL PRINCIPIO DI EQUITÀ NELLA LAMAL**

### **Messaggi**

1. Equità significa giustizia nel caso concreto con riferimento ai diversi interessi delle parti e può giustificare un'"eccezione dal principio del diritto secondo cui occorre procedere per regole" (carattere individuale e concreto).
2. Il principio di equità nella LAMal non ha un carattere generale e astratto.
3. Per motivi di equità con il nuovo disciplinamento del finanziamento degli ospedali è possibile o persino indicato stabilire dei valori di base per caso individuali per ospedale oppure eventualmente riferiti alle ubicazioni. Le caratteristiche specifiche dell'ospedale risp. dell'ubicazione vanno giustificate.
4. Dalle caratteristiche individuali degli ospedali possono risultare non solamente deviazioni dal valore di riferimento verso l'alto, bensì pure verso il basso.
5. Una differenziazione delle tariffe per correggere le distorsioni dovute alla struttura tariffaria è ammessa quando sussiste un'ampia dispersione dei casi all'interno dei DRG (DRG eterogenei).
6. Non è ammessa la differenziazione delle tariffe per la correzione di distorsioni dovute alla struttura tariffaria nel caso di un cost-weight valutato in maniera errata (sopra- o sottovalutato).
7. I mandati di prestazioni nel settore della MAS non possono giustificare valori di base per caso più elevati in generale.

#### **Effetti sui prodotti di H+**

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## 10 FATTURAZIONE DI PRESTAZIONI GIUSTA L'ART. 49 CPV. 1, 4° PERIODO LAMAL

### Messaggi

1. Gli articoli 3 e 5 dell'OCPre disciplinano la definizione di stazionario risp. ambulatoriale e i partner tariffali non possono effettuare ulteriori definizioni.
2. L'obbligo di partecipazione dei Cantoni è disciplinato nella legge in maniera esaustiva e non è possibile modificarlo mediante convenzioni tariffarie.
3. Non è possibile fatturare a carico dell'AOMS, secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal, le prestazioni interne ed esterne dell'ospedale non comprese nel mandato di prestazioni stazionario attribuito al fornitore di prestazioni. Dal punto di vista tariffale il fornitore di prestazioni va trattato come se non fosse ammesso quale fornitore di prestazioni AOMS.
4. Per „prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali" ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 4° periodo LAMal sono da intendersi soprattutto prestazioni rare e particolarmente dispendiose,
5. L'obbligo dei Cantoni a partecipare proporzionalmente comprende pure le remunerazioni supplementari per le prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali (a condizione che siano definite nell'ambito del mandato di prestazioni).
6. Trattamenti intercorrenti<sup>2</sup> non possono di per sé essere parificati a prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali.
7. Dal punto di vista delle tariffe i trattamenti intercorrenti non sono parte costitutiva delle cure ospedaliere che attribuiscono loro il carattere intercorrente.

### Effetti sui prodotti di H+

Non sono necessarie modifiche ai prodotti di H+.

## 11 IL FINANZIAMENTO DELLE CURE

### Messaggi

1. I Cantoni possono stabilire tariffe forfettarie per la remunerazione dei costi residui (cosiddetti "costi normali" o "aliquote massime").
2. Contro gli istituti di cura che non osservano i costi normali stabiliti dal Cantone quest'ultimo deve prendere provvedimenti nel quadro del dovere di vigilanza. Qualora ciò non dovesse avvenire, l'ente pubblico (il Cantone oppure il Comune) deve assumersi i costi residui delle cure dell'istituto di cura non coperti nel singolo caso.
3. Quale base per il finanziamento residuo fungono i costi di cura LAMal esposti in maniera trasparente dagli istituti di cura.
4. Affinché i costi delle cure a carico della LAMal possano essere determinati e scorporati quelli per l'assistenza e il servizio alberghiero, gli istituti di cura devono tenere una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni ai sensi dell'OCPre ed effettuare una registrazione delle ore di lavoro nell'ambito della contabilità analitica.

---

<sup>2</sup>Prestazioni supplementari causate da un'altra sofferenza, attribuibile a una disciplina diversa, che non sono in relazione diretta con la cura ospedaliera.

## 12 ALLEGATO: SPIEGAZIONI E RIFERIMENTI

I riferimenti sono collegati in primo luogo alle sentenze pilota e alle precisazioni successive, contenute nelle ulteriori decisioni.

### Capitolo 2: Possibilità di conciliare l'art. 59c cpv. 1 lett. a e b OAMal con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero

#### Spiegazioni e riferimenti

##### ad 1:

L'art. 59c cpv. 1 OAMal non stabilisce che i "costi della prestazione comprovati", che secondo la lettera a) la tariffa può coprire al massimo, debbano riferirsi ai costi individuali di un fornitore di prestazioni, ... bensì che i costi facciano riferimento all'ospedale che costituisce il benchmark (e alla cui tariffa di devono orientare le tariffe ospedaliere ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal). Tale benchmark va determinato in conformità con i costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking dei singoli ospedali raffigurati in modo trasparente (2.10.1 DTAF LUKS). (5.1 BASILEA-CAMPAGNA).

L'art. 59c capoverso 1 lett. a OAMal, secondo cui la tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente, va interpretato in conformità alla legge nel senso che per "costi della prestazione comprovati" non s'intendono i costi individuali dell'ospedale la cui tariffa è oggetto di valutazione, bensì dei costi dell'ospedale che costituisce il benchmark (3.2 DTAF SPZ).

##### ad 2:

Il crescente orientamento degli incentivi economici all'obiettivo del contenimento dei costi presuppone... che nel settore ospedaliero vengano maggiormente applicati dei criteri imprenditoriali. Da una parte per chi sarà chiamato a decidere ciò significa una maggiore autoresponsabilità, dall'altra parte un rischio maggiore (FF 2004, 4907). Tali argomentazioni implicano che nella fissazione dei valori di base per caso non ci si riferisca più ai costi d'esercizio imputabili o che perlomeno a questi ultimi non venga più attribuita la medesima importanza che avevano secondo il vecchio diritto (2.8.2 DTAF LUKS).

La LAMal non contiene alcuna disposizione secondo cui tutti i fornitori di prestazioni, in generale, ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2 LAMal, non possano realizzare utili dalla propria attività a carico delle cure medico-sanitarie obbligatorie (2.9.4.1 DTAF LUKS).

Nel sistema del nuovo finanziamento ospedaliero i costi individuali di un ospedale costituiscono la base per il benchmarking rispettivamente per la determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking e dei costi per caso depurati dal grado di gravità (valore di base pertinente per il benchmarking). Il valore di base per caso (baserate) non deve però corrispondere a tali costi, dato che non vale il principio della remunerazione dei costi. La prassi precedente - sviluppata sulla base del vecchio articolo 49 capoverso 1 LAMal - e riferita ai costi computabili non è più applicabile (DTAF 2014/3 consid. 2.8.5). Sono ammessi gli utili di efficienza degli ospedali (con un valore di base pertinente per il benchmarking inferiore al benchmark determinato in conformità con la legge) (DTAF 2014/3 consid. 2.9.4.4 e 2.9.5) (3.2 TAF SPZ).(4.2 e 9.5 SVITTO) (5.1 GLARONA).

Le caratteristiche individuali degli ospedali possono richiedere non solamente deviazioni dal valore di riferimento verso l'alto, bensì pure verso il basso (DTAF 2014/36 cons. 6.8; C-5749/2013 cons. 6.3). Ciò vale segnatamente quando la causa di costi per caso di un ospedale depurati dal grado di gravità inferiori al Benchmark non è la maggiore efficienza, bensì perché risultano da una quota parte più che proporzionale di casi redditizi rispettivamente da una quota

parte relativamente esigua di casi deficitari (C-5749/2013 cons. 6.3.4). Anche secondo il nuovo finanziamento degli ospedali sono ammessi soltanto degli utili di efficienza, altrimenti non sarebbe ottemperato il principio delle cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (articolo 43 capoverso 6 LAMal) (DTAF 2014/3 consid. 2.9.4.4) (5.2.5 DTAF CHUR).

Le forfettizzazioni di tariffe – situazione che però si vede un po' sdrammatizzata con l'incremento della differenziazione della struttura tariffale tramite SwissDRG – comprendono inoltre una certa penalizzazione per gli ospedali che raffigurano costi per caso maggiori consolidati CMI, oppure anche un certo favoreggiamento di un valore di base per caso unitario per gli ospedali che espongono costi per caso consolidati CMI inferiori (cfr. DTAF 2014/36 consid. 22.7).

Sono dunque ammessi gli utili di efficienza degli ospedali (con un valore di base pertinente per il benchmarking inferiore al benchmark determinato in conformità con la legge) (DTAF 2014/3 consid. 2.9.4.4 e 2.9.5). L'art. 59c cpv. 1 lett. a OAMal, secondo cui la tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente, va interpretato in conformità con la legge nel senso che per "costi della prestazione comprovati" non s'intendono i costi individuali dell'ospedale, la cui tariffa è oggetto di valutazione, bensì dei costi dell'ospedale che costituisce il benchmark (e alla cui tariffa devono orientarsi le tariffe ospedaliere ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal; DTAF 2014/3 consid 2.10.1). (9.4 e 9.5 SVITTO ) (5.1 BASILEA-CAMPAGNA)

**ad 3:**

Il legislatore non ha dunque stabilito nella legge una parità di trattamento tra fornitori di prestazioni e assicuratori per quanto riguarda l'ammissibilità di utili. L'argomento di Mister Prezzi avanzato nel considerando 2.9.1.3, secondo cui per motivi di simmetria il divieto di conseguire utili nel settore delle cure medico-sanitarie obbligatorie (valido per gli assicuratori) debba valere anche per gli ospedali non viene ulteriormente considerato (2.9.4.2 DTAF LUKS).

**ad 4:**

Se il valore di base di un ospedale, pertinente per il benchmarking, è inferiore al benchmark stabilito in conformità con la legge, non vi è dunque una violazione dei principi della LAMal quando il governo cantonale competente approva o stabilisce una tariffa che copre più dei costi dell'ospedale pertinenti per la tariffa (2.9.5 DTAF LUKS).

## Capitolo 3: Scopo dell'impiego di un'eventuale eccedenza

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1:

Non spetta al Tribunale amministrativo federale valutare la questione sollevata dalla sorveglianza sui prezzi a sapere se l'assicurazione malattie sociale (e i Cantoni risp. i contribuenti) debba assumersi il compito di cofinanziare gli utili degli ospedali (senza che siano vincolati a uno scopo).

Della questione a sapere se gli ospedali debbano obbligatoriamente impiegare nuovamente nel medesimo settore eventuali utili provenienti dal settore cure medico-sanitarie obbligatorie si occuperà infatti il legislatore (cfr. interpellanza di Bea Heim del 20 giugno 2010 [13.3559] [\(2.9.6 DTAF LUKS\)](#)).

## Capitolo 4: Determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il Benchmarking

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1:

In considerazione dell'importanza e della diffusione nel frattempo raggiunte da REKOLE® e ITAR\_K® appare sensato basarsi su tali dati per rilevare i costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (cfr. DTAF 2014/3, consid. 3.4.3.), nella misura in cui i dati in questione sono conformi alla LAMal e tanto più che i dati ospedalieri di tutti gli ospedali che hanno partecipato al benchmarking sono stati rilevati secondo la medesima metodologia.(6.9 SVITTO)

I confronti tra aziende presuppongono che i costi siano stati rilevati secondo una metodologia uniforme (4.4 DTAF WAID/TRIEMLI).

In considerazione dell'importanza e della diffusione raggiunte nel frattempo da REKOLE® e ITAR\_K® (sia la statistica ospedaliera sia il formato dei dati SwissDRG sono basati su tali sistemi (3.4.2 DTAF LUKS)), non appare utile mettere in questione la loro applicabilità per principio (13.2.5 DTAF WAID/TRIEMLI).

#### ad 2:

6.5.1 Nella DTAF 2014/3 (concernente le tariffe ospedaliere stazionarie) il Tribunale amministrativo federale ha considerato che non vada per principio messa in questione l'applicabilità dei modelli di presentazione dei conti e di derivazione delle tariffe REKOLE® e ITAR\_K®, vista l'importanza e la diffusione che questi ultimi hanno ottenuto nel frattempo. Secondo il TAF andrebbe però verificato se singole prescrizioni di calcolo contenute nei modelli citati siano conformi alla legge (DTAF 2014/3 consid. 3.4.3). È possibile basarsi sui costi delle immobilizzazioni esposte in ITAR\_K® unicamente se è garantito che tali prescrizioni sono conformi all'OCPre (DTAF 2015/39 consid. 11.8; sentenza C-4334/2013 consid. 6.5). (6.8.2 SVITTO). Non è dunque possibile dedurre dalla giurisprudenza che ITAR\_K® sia di per sé conforme alla LAMal. (6.5.1 DTAF OW).

Secondo la giurisprudenza, la fissazione del valore del punto conformemente a ITAR\_K® non è per principio inammissibile (sentenze C-2380/2012 consid. 7.3.2; C-4505/2013 consid. 7.3). Come nel settore ospedaliero, non è possibile basarsi sulle indicazioni di ITAR\_K® senza ulteriore verifica. (6.5.2 DTAF OW)

#### Ad 3 e 4:

La documentazione inoltrata dalla parte resistente nel corso della procedura di fissazione delle tariffe non ha permesso di stabilire una tariffa in conformità con la legge. Non è stata presentata né una contabilità analitica ai sensi dell'art. 9 OCPre né una contabilità delle immobilizzazioni (ai sensi dell'art. 10 cpv. 5 in combinazione con l'art. 10a OCPre). L'ospedale si è limitato a inoltrare un modulo "ITAR\_K® consolidato" (dunque non un ITAR\_K® completo), che contiene il calcolo del valore del punto per sei ospedali della Svizzera centrale (tra cui anche il KSOW). Non è possibile accertare se per i costi indicati si tratta unicamente dei costi imputabili per il calcolo della tariffa AOMS di prestazioni ambulatoriali di fisioterapia. Una prova trasparente in modo sufficientemente circostanziato dei costi di prestazioni obbligatorie LAMal presuppone che anche i costi per le prestazioni non obbligatorie LAMal vengano esposti in maniera trasparente (cfr. DTAF 2014/3 consid. 6.4; 2015/39 consid. 12.5). Se l'autorità preposta alla fissazione delle tariffe vuole basarsi sulle informazioni contenute in ITAR\_K®, deve richiederlo completamente (con tutte le unità finali d'imputazione) e non accontentarsi di un estratto per il settore di prestazioni in questione. In base alla documentazione deve inoltre essere comprensibile secondo quale chiave i singoli costi siano stati ripartiti sulle diverse unità finali d'imputazione nell' ITAR\_K® (sentenza TAF C-3133/2013 del 24 agosto 2015 consid. 10.5 con rinvii; cfr. pure la sentenza C-4308/2007 consid. 6.6.4.3). Se l'ospedale non inoltra alcuna contabilità delle immobilizzazioni ai sensi dell'art. 10 cpv. 5 in combinazione con l'art. 10a OCPre, l'autorità preposta alla fissazione delle tariffe è tenuta a richiederla (sentenza TAF C-4479/2013 del 12 novembre 2015 consid. 5.9.3). (6.4.1 DTAF OW).

**ad 5:**

Il valore di riferimento costituisce la base di partenza per la formazione dei prezzi. Nell'ambito della formazione dei prezzi non è escluso che oltre al valore di riferimento in casi motivati vadano considerate anche peculiarità individuali dell'ospedale (10.1.5 DTAF LUKS / 4.3 DTAF WAID/TRIEMLI) per stabilire infine una tariffa individuale (4.10 DTAF WAID/TRIEMLI).

I dati di periodi contabili successivi (vale a dire costi generati nel periodo tariffario) secondo la prassi in vigore finora non potevano per principio essere presi in considerazione per la fissazione delle tariffe, a meno che si trattasse di costi supplementari preventivati (in particolare nel settore del personale) che prima dell'inizio di validità della tariffa erano stati registrati e che erano effettivamente stati generati durante l'anno tariffario. Pure questa prassi può per principio essere mantenuta. Occorre però precisarla in vista della problematica legata al diritto transitorio, nel senso che anche costi supplementari o inferiori risultanti a causa di una modifica della legge vanno tenuti in considerazione nella misura in cui si verificano durante l'anno tariffario e sono chiaramente definibili prima dell'inizio della validità (3.5.2 DTAF LUKS).

Nella formazione dei prezzi occorre, per motivi di equità, eventualmente tener conto della situazione specifica dei fornitori di prestazioni, così che vanno stabiliti prezzi di base differenziati. Segnatamente quando si parte da un valore di riferimento valido a livello svizzero, in casi motivati converrà effettuare supplementi e deduzioni (6.8 DTAF WAID/TRIEMLI).

Nel benchmarking occorre basarsi sui dati più aggiornati già noti e sicuri. Per l'anno tariffario X per principio è determinante il calcolo dei costi dell'anno X-2 (DTAF 2014/3 cons 3.5 e DTAF 2014/36 consid.4.2, cfr. pure le decisioni del TAF C-4264/2013 del 20 aprile 2015 consid.4.4 e C-4190/2013 del 25 novembre 2014 consid. 5.3.1 e 5.3.2). Sarebbe in contraddizione con il senso della regola di determinazione della tariffa ancorata nella LAMal (articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal) se per la determinazione del *Benchmark* si tenesse conto degli aumenti dei costi pianificati dall'ospedale stesso (8.3.6 DTAF UKBB) (9.1.2 GLARONA).

**ad 6:**

Se un ospedale rinuncia allo scorporo esatto dei costi per altre prestazioni di servizio (che generano i ricavi 65), poiché lo considera legato a costi sproporzionati, risulta impossibile comprovare un margine di guadagno. Non è determinante se appare probabile o piuttosto improbabile che tali prestazioni di servizio vengano offerte a prezzo di costo. Se l'entità del margine di guadagno non è nota, gli utili 65 vanno dedotti al 100% (4.3 DTAF LUKS).

**ad 7:**

Secondo la giurisprudenza del Consiglio federale le perdite da incasso non possono essere trasferite sulle cure medico-sanitarie obbligatorie nemmeno se il fornitore di prestazioni nel sistema del terzo garante ha dovuto egli stesso pretendere la remunerazione delle proprie prestazioni dagli assicurati, sopportando dunque effettivamente un rischio d'incasso. Tanto meno il Consiglio federale ha considerato legittimo tener conto delle perdite su crediti quando era stato impiegato il sistema del terzo pagante (5.3 DTAF LUKS).

In base alle disposizioni contenute nell'articolo 64a LAMal concernente gli assicurati morosi e al sistema del terzo pagante obbligatoriamente prescritto (articolo 42 capoverso 2, 2° periodo LAMAL) appare discutibile attendersi per principio nel settore stazionario LAMal perdite su crediti.

**ad 8:**

Per fissare il baserate 2016, il Consiglio di Stato ha considerato sia il rincaro dei salari del 2014 (indice dei salari netti = + 0.8%), sia il rincaro generale nazionale 2014 (indice nazionale dei prezzi al consumo INPC = -0%), considerando per il 70% il rincaro dei salari e per il 30% il rincaro nazionale. Secondo la decisione del Consiglio di Stato (RRB) 548, ai costi per caso consolidati si aggiunge dunque l'importo di CHF 55.- ( $0.7 \cdot 0.8 + 0.3 \cdot 0 = 56\%$ ). (10.1 SVITTO)

Per principio sussiste il diritto – non però l'obbligo – di tener conto del rincaro. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, al benchmark possono essere aggiunti

i supplementi generali che riguardano equamente tutti gli ospedali e che non sono ancora confluiti nei valori di base pertinenti per il benchmarking, come ad esempio la tenuta in considerazione del rincaro (DTAF 2014/36, consid. 4.10; DTAF 2014, consid. 8.2). [...] Con riferimento a tale decisione pilota il Tribunale amministrativo federale ha stabilito in un'ulteriore decisione che se le tariffe per l'anno X si basano sulle cifre dell'anno X-2, il rincaro non andrebbe ulteriormente considerato per l'anno X-2 e neppure per l'anno X (DTAF 2015/39, consid. 15.2). Determinante sarebbe dunque sempre ancora il rincaro ponderato per l'anno X-1 (DTAF 2014/3, consid. 8.1; cfr. la sentenza del TAF C-536/2009 del 17 dicembre 2009, consid. 6.2.3). [...] In applicazione al presente caso, occorre dunque considerare il rincaro del 2015, facendo riferimento all'indice dei salari nominali (ISL) 2015 per i costi del personale e all'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) 2015 per le spese generali. (10.2 + 10.3 SVITTO)

Secondo il parere della sorveglianza sui prezzi (che non indica alcuna motivazione) a causa del rincaro negativo non vada effettuata una deduzione e che il rincaro del 2015 vada stabilito allo 0% (B-act. HSK 9 cifra 4.5.1.). Con la propria presa di posizione del 21 settembre 2017, pure l'UFSP è dell'avviso che il ricorso vada parzialmente accolto, apportando una correzione riformatoria alla decisione del Consiglio di Stato senza concedere il supplemento per il rincaro (B-act. HSK 11, cifra 2.6, 7 e conclusione V. come pure B-act. Tarifsuisse 10). In considerazione della prassi del Tribunale amministrativo federale occorre seguire tale avviso (cfr. consid. 10.2). (10.4 SVITTO)

Secondo la prassi, il rincaro ponderato nell'anno X-1 è determinante, e occorre basarsi sull'indice dei salari nominali per i costi del personale ponderati con il 70% e sull'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) per le spese generali ponderate con il 30% (DTAF 2015/39, consid. 15.2; 2014/3, consid. 8.1; sentenza TAF C-1632/2013 del 5 maggio 2015, consid. 15.5) (7.3.2 BASILEA-CAMPAGNA)

Non è possibile tener conto del rincaro che sta maturando dopo l'inizio della validità della tariffa (anno X) (o del rincaro maturato se si tratta di fissazione retroattiva), dato che il medesimo potrebbe essere stato stimato in maniera soltanto grossolana al momento delle negoziazioni tariffarie (durante l'anno X-1) e che le prognosi sul rincaro sono sempre molto incerte (cfr. DTAF C-536/2009 del 17 dicembre 2009, consid. 6.3) (8.1 DTAF LUKS) L'imputazione del rincaro deve infine essere effettuata in maniera uniforme. Un tale modo di procedere è garantito maggiormente applicando le raccomandazioni della CDS e dell' ITAR\_K® (in assenza di una regolamentazione corrispondente nell'Ordinanza). Per questo motivo il supplemento per il rincaro andrà addizionato solamente dopo il benchmarking (8.2 DTAF LUKS).

Dato che la determinazione delle tariffe per l'anno 2012 si basa sulle cifre dell'anno 2010, non occorre nuovamente conteggiare il rincaro per il 2010. Secondo la giurisprudenza neppure il rincaro per l'anno 2012 va conteggiato. Ad essere determinante è dunque il rincaro ponderato dell'anno 2011, ove per i costi del personale occorre far capo all'indice del salario nominale (ISN) 2011 e per le spese generali sull'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) 2011 (DTAF 2014/36, consid. 8.1). (8.2.2 DTAF UKBB).

Per il calcolo della tariffa rimane determinante il rincaro ponderato per l'anno x-1, vale a dire nel presente caso per l'anno 2011. Per i costi del personale occorre dunque far capo all'indice del salario nominale 2011 e per le spese generali sull'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC) 2011 (DTAF 2014/3, consid. 8.1). Dati i valori registrati per il rincaro dei salari di + 1% e del rincaro generale (IPC) di + 0.2% e di una ponderazione del 70% (rincaro dei salari) rispetto al 30% (rincaro generale), occorre tener conto di un rincaro dello 0.76%. L'istanza precedente dovrà dunque correggere il proprio calcolo delle tariffe. (13.5 DTAF PSY BL).

**ad 9:**

Per principio pure la CDS assume tale posizione. Nonostante ciò, in caso di qualità insufficiente dei dati o mancata trasparenza di questi ultimi, la CDS consiglia di effettuare la deduzione per mancata trasparenza dopo e non prima di un benchmarking (9.1.2 DTAF LUKS). Quest'ultima posizione della CDS non è sostenuta risp. seguita né dal LUKS né dal TAF: se secondo l'autorità

competente per la determinazione la qualità dei dati di un ospedale oggetto del confronto dovesse essere insufficiente, essa potrebbe soltanto escludere quest'ultimo dal benchmarking. Altrimenti sarebbe tenuta a far confluire i dati relativi ai costi tali e quali nel benchmarking. Va però pure respinta una deduzione per mancata trasparenza operata dopo aver effettuato il benchmarking. Secondo il LUKS e il TAF la legge non prevede nessuna sanzione di questo genere se un ospedale non dovesse ottemperare al proprio obbligo di tenere contabilità analitiche trasparenti (9.1.1-9.1.3 DTAF LUKS).

La mancata trasparenza dei dati relativi ai costi non giustifica delle deduzioni (4.5 DTAF WAID/TRIEMLI). Per un confronto appropriato tra aziende sono rilevanti anche i costi degli ospedali che forniscono prestazioni senza rispettare il principio dell'economicità (4.9.6 DTAF WAID/TRIEMLI).

Visto che i dati relativi ai costi che confluiscono nel benchmark di ogni singolo ospedale influiscono sulle remunerazioni degli ospedali rimanenti, occorre garantire che per quanto possibile il benchmark venga determinato sulla base dei costi effettivi e comprovati in modo trasparente degli ospedali coinvolti nel benchmark. Dato che già il benchmark costituisce un correttivo corrispondente, nel sistema del nuovo finanziamento degli ospedali non sono appropriate le deduzioni per mancata trasparenza. Nella determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (vale a dire prima del benchmarking) non va effettuata alcuna deduzione per mancata trasparenza (cfr. DTAF 2014/3 consid. 9.2.2; DTAF 2014/36 consid. 6.4 e 14). (7.8.2 DTAF UKBB).

Nel sistema del nuovo finanziamento degli ospedali basato sulla struttura tariffaria SwissDRG, nella determinazione dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (vale a dire prima del benchmarking) non occorre effettuare la deduzione per mancata trasparenza (DTAF 2014/3 consid. 9.2.2). Nel presente caso non occorre decidere come procedere se - come nel settore della psichiatria - non è possibile effettuare un benchmarking conforme alla legge. La questione della deduzione per mancata trasparenza si pone solamente se l'istanza precedente, nell'ambito della procedura di determinazione delle tariffe, non riesce a rilevare i dati della parte resistente rilevanti per la decisione (cfr. DTAF 2014/3 consid. 9.2.2) (16.4 DTAF UPK Basilea).

Dato che, come già menzionato, nel settore della psichiatria per mancanza di una corrispondente struttura tariffaria unitaria a livello nazionale non è possibile effettuare un benchmarking conforme alla legge e i costi d'esercizio individuali degli ospedali sono direttamente pertinenti per la tariffa, quando si tratta di determinare quest'ultima, per evitare un sovraindennizzo, appare indicato effettuare come finora una deduzione per mancata trasparenza, come da prassi del diritto previgente. La questione relativa alla deduzione per mancata trasparenza e all'ammontare corrispondente si pone però solamente al momento in cui l'istanza precedente non dovesse riuscire a rilevare i dati della parte resistente essenziali per la decisione. (14.4 DTAF PSY BL).

Secondo il vecchio art. 49 cpv. 1 LAMal, le quote dei costi d'esercizio da sovracapacità non potevano essere considerate per la determinazione dei costi imputabili per ogni singolo ospedale e andavano scorporate. Secondo il nuovo diritto, invece, vanno scorporate le quote dei costi per il mantenimento di capacità ospedaliera per motivi di politica regionale (Art. 49 cpv. 3 lett. a LAMal). Per un confronto appropriato tra aziende sono pertinenti pure i costi degli ospedali che forniscono prestazioni senza rispettare il principio dell'economicità, tra cui rientrano pure ospedali che operano in modo non economico a causa di sovracapacità. Nel nuovo sistema di finanziamento degli ospedali la non-economicità viene corretta orientandosi alla tariffa degli ospedali efficienti e vantaggiosi (cfr. DTAF 2014/36 consid. 4.9.3 e 4.9.6). (9.2.7.2 GLARONA)

**ad 10:**

La prassi scelta dal Consiglio di Stato di far dipendere i costi supplementari per i pazienti con assicurazione complementare (CHF 800 per pazienti con assicurazione semi-privata/CHF 1'000 per pazienti privati) dal numero di pazienti con assicurazione complementare è sostenibile. Il

metodo di calcolo della sorveglianza sui prezzi (deduzioni standardizzate scalate sul complesso dei costi d'esercizio) in diverse situazioni comporta il rischio di uno scorporo non appropriato di tali costi (15.6 DTAF WAID/TRIEMLI) e non va più applicato.

I costi supplementari generati nell'ambito delle prestazioni supplementari per gli assicurati con assicurazione complementare, non possono confluire nel confronto dei costi per caso depurati dal grado di gravità e vanno dunque scorporati (DTAF 2014/36 consid. 4.9.2). (7.3 DTAF UKBB).

Deducendo i costi supplementari da prestazioni per pazienti con assicurazione complementare, il confronto tra aziende GL contiene una deduzione standardizzata unitaria per ogni dimissione, ciò che è pure il Tribunale amministrativo federale ha considerato sostenibile. (9.1.1 GLARONA)

**ad 11:**

Per quanto riguarda il trattamento ospedaliero stazionario il Tribunale amministrativo federale, con la propria decisione pilota DTAF 2014/36, ha deciso che i costi dei trattamenti d'urgenza stazionari siano pertinenti per il calcolo delle tariffe e non vadano scorporati sotto le prestazioni economicamente d'interesse generale. Pure le prestazioni di garanzia per il pronto soccorso (flessibilità e disponibilità accresciute, sempre capacità di ammissione libere, servizio di picchetto, costi supplementari del personale) sono dunque pertinenti per la tariffa (DTAF 2014/36, consid. 21). Per principio occorre dunque partire dal presupposto che le prestazioni di garanzia siano a carico della LAMal. Giusta il manuale REKOLE® prestazioni di garanzia per il pronto soccorso fanno parte delle prestazioni dipendenti dai casi specifici e possono essere contabilizzate nel centro di costo in cui occorrono (PASCAL BESSON, REKOLE® Contabilità analitica nell'ospedale, 4ª edizione, Berna 2013, pag. 292).

Ciò vale perlomeno nella misura in cui non si tratta di costi che superano le prestazioni di garanzia per il Pronto soccorso, che ad esempio sono una conseguenza del mantenimento di un reparto di cure urgenti di per sé troppo piccolo o mal sfruttato (DTAF 2014/36 consid. 21.3.4). (6.7.2 SVITTO) (9.4.5 GLARONA)

Contrariamente al parere delle ricorrenti, la maggiorazione di CHF 20.- del valore di riferimento effettuata dall'istanza precedente corrisponde alla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale. Del resto le ricorrenti non hanno sostanziato le proprie obiezioni. Occorre dunque partire dal presupposto che la struttura tariffale SwissDRG 8.0, determinante nella fattispecie, differenzia in modo insufficiente tra trattamenti di urgenza e trattamenti elettivi (cfr. Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG del 1° giugno 2018, punto 3.8, secondo cui l'ammissione in urgenza di un paziente non ha alcuna influenza sull'attribuzione di un caso a un gruppo diagnostico specifico SwissDRG, <<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/archivi-sistemi-swissdrg/sistema-swissdrg-802019>>, consultato in data 10.3.2023, ndT).

Per questo motivo, ospedali che offrono esclusivamente trattamenti elettivi sarebbero dunque sistematicamente privilegiati. In seguito a quanto esposto, la decisione dell'istanza precedente, di aggiungere una maggiorazione di CHF 20.- al valore di riferimento nel caso della ricorrente non rappresenta un intervento sulla struttura tariffale contrario al sistema e non va contestato. (9.4.6 GLARONA)

Tali prestazioni vanno computate nelle tariffe delle cure medico-sanitarie obbligatorie. La determinazione di tariffe differenziate (mediante supplementi/deduzioni) per ospedali con o senza pronto soccorso non costituisce un intervento nella struttura tariffaria contrario al sistema ed è sostenibile perlomeno durante la fase introduttiva (21ss DTAF WAID/TRIEMLI).

Per la questione a sapere se prestazioni di garanzia per il pronto soccorso vadano qualificate quali prestazioni economicamente d'interesse generale, si rinvia alla DTAF 2014/36 consid. 21. Da qui risulta che i costi dei trattamenti d'urgenza stazionari come pure i costi supplementari derivanti dal fatto che un ospedale debba organizzarsi anche per le cure ospedaliere delle urgenze medico-sanitarie, non vadano per principio scorporati quali prestazioni economicamente d'interesse generale. Ciò vale perlomeno nella misura in cui non si tratta di costi che superano questi ultimi, che ad esempio risultano quale conseguenza del mantenimento di un reparto di

cure urgenti di per sé troppo piccolo o mal sfruttato (DTAF 2014/36 consid. 21.3.4) (4.7 DTAF Baden).

Occorre in ogni caso scorporare i costi per il trattamento ambulatoriale di urgenze medico-sanitarie (cfr. DTAF 2014/36 consid. 4.9.1) (4.7 DTAF Baden).

Il Tribunale amministrativo federale ha stabilito che anche i trattamenti stazionari durante un'urgenza medica vadano indennizzati quali prestazioni obbligatorie AOMS e dunque remunerati mediante i forfait per caso. In maniera corrispondente i costi supplementari dovuti alla gestione di un reparto di cure urgenti per principio non vanno scorporati quali prestazioni economicamente d'interesse generale (DTAF 2014/36 consid. 21.3). L'istanza precedente ha stabilito a ragione che i costi dei trattamenti in caso di urgenze mediche - comprese le relative prestazioni di garanzia - vadano scorporati. (7.6.2 DTAF UKBB).

**ad 12:**

Affinché i costi d'investimento per le AOMS vengano determinati secondo un metodo unitario e le indicazioni siano paragonabili, l'OCPre contiene prescrizioni per la valutazione delle immobilizzazioni e la determinazione dei costi per le immobilizzazioni, in particolare per la valutazione degli investimenti, il relativo ammortamento e gli interessi calcolatori. Tali prescrizioni sono necessarie, perché quale base per la determinazione delle tariffe vengono impiegati i costi comprovati (Commento dell'UFSP sull'Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie [OCPre], modifiche del 1° gennaio 2009 [in seguito: Commento UFSP concernente la revisione OCPre 2009], pag. 2 s. e 5) (11.2 DTAF UPK Basilea).

**ad 13:**

Secondo l'articolo 10a capoverso 2 OCPre le immobilizzazioni necessarie per l'adempimento del mandato di prestazioni dell'istituto possono essere prese in considerazione al massimo con il loro valore di acquisto. Sono dunque considerate necessarie per l'azienda le immobilizzazioni che occorrono per l'adempimento del mandato di prestazioni. Le immobilizzazioni per aziende accessorie (caffetteria, scuola, ecc.) e le quote parte di fondi non necessari in relazione all'adempimento del mandato di prestazioni non sono ad esempio considerate necessarie all'azienda (Commento UFSP concernente la revisione OCPre 2009, p. 5) (11.2.3 DTAF UPK Basilea).

**ad 14:**

Ai sensi della decisione del Consiglio di Stato sulla fissazione della tariffa 2016 (come già per la tariffa 2015, ai sensi della decisione del Consiglio di Stato n° 544/2016 del 21 giugno 2016 [in seguito: RRB 544] consid. 3.2) l'istanza precedente ha tenuto conto dei costi per le immobilizzazioni non più con un supplemento standardizzato, bensì effettivo, ai sensi della valutazione OCPre nella derivazione dei costi per caso pertinenti per il benchmarking (RRB 548 consid. 3.2.3).

Secondo ITAR\_K® l'ospedale di Lachen raffigura i costi per le immobilizzazioni ai sensi della valutazione REKOLE® (colonna K/riga 21). La valutazione dei costi per le immobilizzazioni secondo REKOLE® mostra un importo maggiore rispetto alla valutazione ai sensi 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). L'istanza precedente nei "costi complessivi settore stazionario CUF1" ha dunque corretto la differenza tra i costi per le immobilizzazioni secondo la valutazione REKOLE® di CHF 3'965'322.- (colonna K/riga 41) e i costi per le immobilizzazioni secondo la valutazione OCPre di CHF 3'294'472.- (colonna K/riga 45). La differenza di CHF 670'850.- (CHF 3'965'322 - CHF 3'294'472) è stata dedotta in correzione. (6.8.2 SVITTO)

Le ricorrenti attirano a ragione l'attenzione sul fatto che non è facile far capo ai costi registrati per le immobilizzazioni. Per quanto riguarda i costi per le immobilizzazioni, le prescrizioni dell'OCPre si discostano in parte dai principi di contabilità aziendale e per questo motivo non sono compatibili con REKOLE® in tutti i punti. Una deviazione sussiste nella procedura di valutazione.... (11.8.3 DTAF UPK Basilea).

**ad 15:**

Dato che i costi calcolatori per le immobilizzazioni confluiscono nel conto d'esercizio, occorre effettuare una delimitazione corrispondente nei confronti della contabilità finanziaria (cfr. Raccomandazioni della CDS in merito al controllo dell'economicità del 12 luglio 2012, p. 4). Le ricorrenti criticano a ragione che sulla base della documentazione a disposizione, la delimitazione per materia tra la contabilità finanziaria e la contabilità aziendale dell'ordine di CHF 1'470'722.– non è ricostruibile e che non è neppure stata controllata dall'istanza precedente ([11.8.4 DTAF UPK Basilea](#)).

Da quanto esposto consegue che in base agli atti e alla decisione impugnata non è possibile ricostruire se i costi registrati per le immobilizzazioni soddisfano i requisiti dell'OCPRe. Secondo le prescrizioni dell'OCPRe, per principio la parte resistente dovrebbe essere in grado di rilevare i dati necessari alla determinazione dei costi per le immobilizzazioni. Per quanto risulta, l'istanza precedente non ha però chiesto alla parte resistente di fornirle tali dati. Se un ospedale non inoltra i dati decisivi per la determinazione delle tariffe, spetta all'autorità cantonale richiederli (DTAF 2014/3 consid. 3.6.3). Per quanto riguarda i costi per le immobilizzazioni, la fattispecie risulta dunque chiarita in maniera incompleta. Nell'ambito del principio inquisitorio limitato non può incombere al tribunale verificare la presentazione dei conti degli ospedali nel dettaglio o determinare i costi effettivi per le immobilizzazioni, tanto più che anche le parti non avanzano mezzi di prova (cfr. DTAF 2014/36 consid.16.1.10) ([DTAF 11.9 UPK Basilea](#)).

**ad 16:**

Le parti concordano in tal senso che i costi di beni mobili, beni immobili e di altre immobilizzazioni (costi per le immobilizzazioni) necessari per il trattamento di assicurati con assicurazione AOMS vadano remunerati con il forfait giornaliero, secondo il sistema del nuovo finanziamento degli ospedali (cfr. GROSS HAWK, op. cit., p. 1229, marg. 34.64; per quanto riguarda i forfait per caso secondo SwissDRG cfr. DTAF 2014/36 consid.4.9.5) ([12.1 DTAF PSY BL](#)).

**ad 17:**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale le spese d'esercizio registrate per le prestazioni stazionarie pertinenti per le AOMS (solamente pazienti con assicurazione di base e assicurazione complementare) costituiscono il punto di partenza per la determinazione delle spese d'esercizio pertinenti per il benchmarking (DTAF 2014/3 consid. 3.1.1; DTAF 2014/36 consid. 4.9.1 s.; cfr. pure l'art. 2 cpv. 1 lett. b e l'art. 2 cpv. 2 lett. c dell'Ordinanza del 3 luglio 2002 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, RS 832.104]). Non è dato sapere se i casi che nell'UKBB sono stati assunti da altre assicurazioni siano paragonabili con i casi AOMS dell'UKBB. Nella perizia del prof. Robert Leu si spiega che i casi AI richiederebbero un dispendio supplementare importante (ROBERT LEU, Finanzierung der Kindermedizin, Gutachten zuhanden des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt und der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, 2013, p. 7, [in seguito: perizia Leu], allegato 3 a DTAF C-3892/2013 act. 8). Per determinare le tariffe dell'assicurazione malattia occorrerebbe per principio basarsi pure sui costi dei casi corrispondenti. Altrimenti sussisterebbe il rischio di finanziamenti trasversali tra le assicurazioni sociali, ciò che contravverrebbe al diritto federale (cfr. art. 25 cpv. 1 LAMal). Nel presente caso non si giustifica una deviazione da tale prassi. In questo contesto va notato che per il calcolo dei costi per caso depurati dal grado di gravità non occorre basarsi sul Case Mix dell'intero ospedale, bensì sul Case Mix dei casi LAMal e LAMal con AC. ([7.2.2 DTAF UKBB](#)).

**ad 18:**

I costi di un ospedale pronosticati per il futuro non sono oggetto del benchmarking e non fanno parte dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (cfr. in merito consid. 8.3.6) ([7.7 DTAF UKBB](#)).

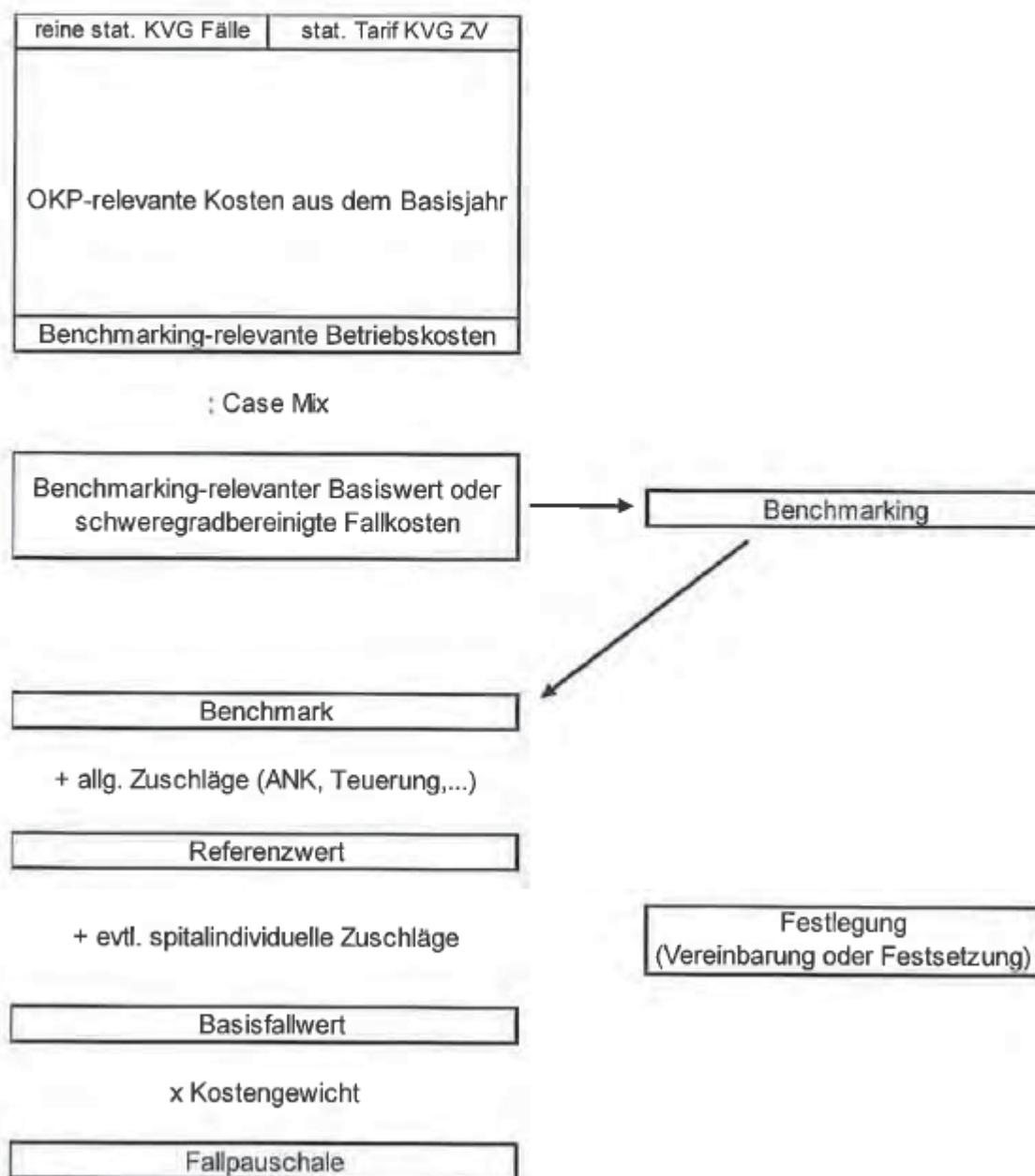
Partendo dal benchmark viene determinato il valore di riferimento, effettuando adattamenti per quanto riguarda le posizioni pertinenti per le tariffe, che riguardano tutti gli ospedali in egual

misura e che non sono confluite nei valori di base pertinenti per il benchmarking (DTAF 2014/36 consid.4.10, cfr. il grafico nell'allegato alla DTAF 2014/3, «supplementi generali»). È in questo ambito che occorre valutare la compensazione del rincaro, la tenuta in considerazione di costi supplementari pronosticati e il "contributo CMO" effettuati dall'istanza precedente. (8.1 DTAF UKBB).

Nel benchmarking occorre basarsi sui dati più aggiornati già noti e sicuri. Per l'anno tariffario X per principio è determinante il calcolo dei costi dell'anno X-2 (DTAF 2014/3 cons 3.5 e DTAF 2014/36 consid.4.2, cfr. pure le decisioni del TAF C-4264/2013 del 20 aprile 2015 consid.4.4 e C-4190/2013 del 25 novembre 2014 consid. 5.3.1 e 5.3.2). Sarebbe in contraddizione con il senso della regola di determinazione delle tariffe ancorata nella LAMal (articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal) se per la determinazione del *benchmark* si tenesse conto degli aumenti dei costi pianificati dall'ospedale stesso (per la differenza tra i termini di "benchmark" e "valore di riferimento", cfr. grafico in allegato alla DTAF 2014/3 e DTAF 2014/36 consid. 4.10). Anche presso l'UKBB per il benchmarking occorre partire da quei costi effettivi a cui [l'ospedale] ha potuto fornire la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente nell'anno di base 2010, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso (articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal). (8.3.6 DTAF UKBB).

Nella propria prassi sia il Consiglio federale sia pure il Tribunale amministrativo federale tengono conto di quei costi supplementari preventivati, come ad esempio i costi supplementari dovuti all'orario di lavoro settimanale ridotto dei medici assistenti, i costi supplementari dovuti alla modifica dell'Ordinanza relativa ai dispositivi medici, i costi supplementari derivanti da adeguamenti dei salari per il personale curante e il personale medico-tecnico (RAMI 4/2002 p. 309 consid. II/1.6.2, RAMI 2/2004 p. 99 consid. 2.2, DCF del 30 giugno 2004 consid. 9.3.1). Tale prassi per principio può essere mantenuta pure con il nuovo diritto (DTAF 2014/3 consid. 3.5.3). Nella DTAF 2014/36 consid. 18.2.2 è stato stabilito che per la determinazione del *valore di riferimento* sia appropriato conteggiare i costi supplementari in prospettiva, in seguito alla revisione strutturale delle retribuzioni entrata in vigore a metà del 2010 nel Canton Zurigo. Di tali costi supplementari in prospettiva, che nell'anno tariffario 2012 erano da attendersi in *tutti* gli ospedali zurighesi, si è tenuto conto con un *supplemento generale* al momento del trasferimento del benchmark al valore di riferimento. In tal senso, al momento della determinazione del valore di riferimento, anche secondo il nuovo diritto è appropriato tener conto dei costi in prospettiva, che nell'anno tariffario risulteranno di sicuro. Tener conto dell'aumento dei costi di un singolo ospedale al momento della determinazione del *valore di riferimento* generalmente valido sarebbe però in contraddizione con il senso della regola della determinazione tariffaria ancorata nella LAMal. I costi supplementari dell'UKBB *specifici dell'ospedale* e pronosticati per l'anno 2012 non sono rilevanti per la determinazione del valore di riferimento per l'anno 2012. (8.3.7 DTAF UKBB).

## Schematische Darstellung der verwendeten Begriffe



*Il grafico si riferisce all'anno di fatturazione 2012*

### ad 19:

Il contributo per caso è dovuto per ogni caso *fatturato* (e non per un caso con grado di gravità 1.0), come risulta chiaramente dal testo dell'articolo 49 capoverso 2, 2° periodo LAMal. Il contributo per caso non fa inoltre parte della tariffa ospedaliera ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal, risp. non si tratta di una remunerazione all'ospedale per trattamento stazionario, bensì di una remunerazione per lo sviluppo e la cura della struttura tariffaria alla SwissDRG SA che l'ospedale semplicemente inoltra. Appare discutibile se con il coinvolgimento del contributo per caso nel baserate la procedura verrebbe essenzialmente semplificata. (8.4.3 DTAF UKBB).

### ad 20:

È fuori discussione che i costi dell'insegnamento non universitario vadano remunerati con il valore di base per caso (cfr. articolo 49 capoverso 3 LAMal e contrario; DTAF 2014/3 consid. 6.1.1; 2014/36 consid. 5.2 e 16.1). Il fatto di tener conto di tali costi nel benchmarking comporta un certo pericolo di distorsione, nella misura in cui i singoli ospedali forniscono delle prestazioni di formazione di portata molto diversa (cfr. DTAF 2014/36 consid. 5.2; Raccomandazioni in merito al controllo dell'economicità della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS

[approvate dal Comitato della CDS in data 5 luglio 2012] pag.7; in seguito: Raccomandazioni CDS (n.d.t.: disponibili solamente in D e F)). Se l'impegno di un ospedale nel settore dell'insegnamento non universitario supera la media di tutti gli ospedali, ciò genera costi più elevati che non vanno intesi come mancanza di efficienza. Per principio non è dunque inammissibile scorporare i costi dell'insegnamento non universitario dai costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking e remunerarli mediante supplementi individuali degli ospedali (cfr. pure raccomandazioni CDS p. 7; DTAF 2014/36 consid. 6.8.2; più avanti consid. 6.1). Se invece le prestazioni di formazione si distribuiscono in modo uniforme sui singoli ospedali, per principio non è necessario scorporare i costi dell'insegnamento prima del benchmarking. È (risp. sarebbe) però essenziale l'applicazione uniforme, perlomeno negli ospedali coinvolti nel benchmarking (per quanto riguarda il problema dei diversi metodi di benchmarking cfr. sopra consid. 4.2., DTAF 2015/8 consid. 4.2.6, 4.3 ss e 4.4.6). (5.1.3 DTAF COIRA).

**ad 21:**

L'istanza precedente motiva l'aggiudicazione in particolare con il fatto che, secondo le regole di SwissDRG, le riammissioni entro 18 giorni vengano riunite in un caso; adducendo che precedentemente il limite era di 7 giorni. La riunione più ampia dei casi - sempre secondo l'istanza precedente - porterebbe al fatto che le cifre per caso nell'anno 2012 (rispetto all'anno di base 2010) siano inferiori e che i corrispondenti costi medi per caso siano più elevati. In mancanza di basi più precise di dati, questo effetto sarà considerato analogamente al Canton Zurigo, con un supplemento dell'1%. (5.3.1 DTAF COIRA).

## Capitolo 5: Applicazione delle PEIG (ricerca e insegnamento universitario, cfr. prossimo capitolo)

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1:

La CDS raccomanda ai Cantoni di esortare i fornitori di prestazioni a giustificare e motivare separatamente i costi per le PEIG (7.3.1 DTAF LUKS). Pure ITAR\_K® parte dal principio che i costi per le PEG vadano rilevati separatamente (quale mandato o unità finale d'imputazione propria) e scorporati dalla contabilità per unità finali d'imputazione (cfr. ITAR\_K® colonna Q, istruzioni ITAR\_K® pag. 6). In maniera sussidiaria va effettuata una deduzione standardizzata (cfr. ITAR\_K® righe 29 e 62) (7.3.2 DTAF LUKS).

Se non viene stabilito quali sono le prestazioni che un ospedale deve fornire per motivi di politica regionale, non è neppure possibile stabilire quali siano i costi per le PEIG da scorporare. Ciò pregiudica in maniera rilevante la trasparenza a cui aspirava il legislatore (7.4.2 DTAF LUKS).

Non rientra invece nella competenza dei Cantoni definire negativamente le prestazioni economicamente d'interesse generale e dunque non possono neppure definire determinate prestazioni come essendo obbligatorie AOMS. Secondo il principio della forza derogatoria del diritto federale (articolo 49 capoverso 1 Cost.) conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale i Cantoni non possono più legiferare nei campi disciplinati in maniera esaustiva dalla legislazione federale (4.7 DTAF Baden).

#### ad 2:

Dai costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking vanno però scorporati i costi delle PEIG fornite nel 2010, ma non la remunerazione cantonale per le prestazioni fornite nel 2012.

Indipendentemente dall'incongruenza temporale, nel presente caso il fatto di basarsi sull'indennizzo cantonale significherebbe l'impossibilità di analizzare se l'indennizzo cantonale copre più, meno o esattamente i costi generati. Se gli indennizzi cantonali dovessero però coprire più dei costi effettivi per le PEIG non vi sarebbe trasparenza per quanto riguarda i costi effettivi e ne potrebbe risultare una distorsione della competizione a cui aspira il legislatore. Se invece gli indennizzi dovessero coprire meno dei costi effettivi, ciò sarebbe in contraddizione con l'articolo 49 capoverso 3 LAMal. Già nel contesto dell'insegnamento universitario e della ricerca è poi stato fatto notare che se invece dei costi vengono scorporate le remunerazioni, anche l'esattezza della raffigurazione della struttura tariffaria SwissDRG ne risulta pregiudicata (7.3.3 DTAF LUKS).

Come già citato, gli ospedali sono tenuti a giustificare in maniera trasparente i costi delle prestazioni dell'AOMS. Ciò è possibile unicamente se anche i costi per le prestazioni delle cure medico-sanitarie non obbligatorie vengono scorporate in modo trasparente (cfr. DTAF 2014/3 consid. 6.4). Sia gli ospedali sia l'autorità competente per la determinazione e l'autorità che approva devono dunque garantire che venga esposto in modo trasparente e ricostruibile il metodo e l'importo della distinzione di tali quote dei costi. Per l'insegnamento universitario e la ricerca ITAR\_K® prevede delle proprie unità finali d'imputazione, e pure la CDS raccomanda di registrare tali costi su un'unità finale d'imputazione separata... (11.9 PSY BL).

Il principio secondo cui le prestazioni economicamente d'interesse generale vanno scorporate e non possono confluire nei costi delle cure stazionarie è indiscusso (16.3.2 DTAF WAID/TRIEMLI).

#### ad 3:

L'indennizzo del Cantone per le PEIG deve corrispondere al massimo ai costi giustificati in una propria unità finale d'imputazione o a quelli dedotti presso le unità finali d'imputazione "prestazioni stazionarie LAMal" (7.3.1 DTAF LUKS).

#### ad 4:

Tarifsuisse afferma inoltre che le cure palliative, la prevenzione riferita al paziente, il servizio sociale, il sostegno spirituale, la prevenzione delle epidemie, la medicina legale, la gestione di un ospedale protetto come pure la prevenzione medico-sanitaria per situazioni di emergenza e

catastrofi fanno parte delle prestazioni economicamente d'interesse generale e che, contrariamente alla decisione impugnata, i relativi costi vanno scorporati. L'istanza precedente adduce invece che ai sensi delle prescrizioni della direzione della sanità tali costi siano stati registrati in un centro di costi accessori o quali unità finali d'imputazione separate. Dai dati riferiti alle prestazioni e ai costi degli ospedali risulterebbe inoltre che i costi di prestazioni economicamente d'interesse generale non confluiscono nei costi delle cure ospedaliere. I costi delle cure palliative nell'ospedale acuto invece sarebbero prestazioni a carico della LAMal (16.3.2 DTAF WAID/TRIEMLI).

**ad 5:**

L'UFSP stabilisce che giustamente anche i costi delle prestazioni economicamente d'interesse generale dovrebbero essere scorporate dalla contabilità per unità finali d'imputazione. Qui invece sulle unità finali d'imputazione sarebbe stato distribuito un importo complessivo per l'ospedale; ciò implicherebbe che l'assicuratore malattia sociale si assume l'eventuale lacuna nel finanziamento delle prestazioni economicamente d'interesse generale, e questo non è ammesso. (13.5 DTAF UPK Basilea).

**ad 6:**

L'istanza precedente ha stabilito che le particolarità nella medicina pediatrica comportano differenze importanti a livello di costi rispetto all'assistenza medico-sanitaria degli adulti, ciò che giustificerebbe un valore di base per caso elevato. Tarifsuisse afferma che la correzione di presunti o effettivi difetti della struttura tariffaria tramite valori di base per caso più elevati sarebbe contraria al diritto federale. I fenomeni concomitanti del trattamento di bambini genererebbero effettivamente costi maggiori, queste prestazioni non mediche sarebbero però economicamente di interesse generale e nella determinazione delle tariffe non è ammesso tenerne conto. Pure la sorveglianza sui prezzi è del medesimo avviso. (9.2.1 DTAF UKBB).

Nella decisione C-6392/2014 del 27 aprile 2015 il Tribunale amministrativo federale si è occupato della situazione particolare della medicina pediatrica, asserendo che appare plausibile che la medicina pediatrica universitaria generi sistematicamente costi più elevati rispetto alla medicina universitaria per gli adulti (consid. 4.2). L'assistenza e le cure adatte ai bambini, più intense dal punto di vista delle risorse di personale, secondo il Tribunale non vanno considerate prestazioni supplementari, bensì fanno parte di un'assistenza medico-sanitaria professionale ai bambini i cui costi supplementari vanno assunti dall'AOMS (consid. 4.3). Non si tratta pertanto di un intervento alla struttura tariffaria contrario al sistema, se nella fase introduttiva dei forfait per caso le prestazioni supplementari specifiche ai bambini, fornite da ospedali specializzati o da cliniche specializzate, vengono remunerate mediante valori di base per caso differenziati (consid. 4.6). Pure nella valutazione della tariffa dell'UKBB occorre tener conto di tali riflessioni (cfr. perizia Leu, op. cit.). Nell'ambito dell'autonomia contrattuale dei partner tariffali e del potere d'apprezzamento dell'autorità competente per la determinazione, perlomeno nella fase introduttiva del nuovo diritto, è dunque giustificabile differenziare il valore di base per caso dell'UKBB dagli altri ospedali acuti (cfr. consid. 3.4; DTAF 2014/36 consid. 5.4, DTAF 2014/3 consid. 10.1.4). (9.2.2 DTAF UKBB).

## Capitolo 6: Ricerca e insegnamento universitario

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1:

Occorre tenere almeno un'unità finale d'imputazione per l'insegnamento universitario, una per il perfezionamento professionale universitario e una per la ricerca (16.2.4 DTAF WAID/TRIEMLI).

#### ad 2:

Gli ospedali sono tenuti a giustificare in modo trasparente i costi per le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Ciò è possibile unicamente se anche i costi per le prestazioni delle cure medico-sanitarie non obbligatorie vengono scorporate in modo trasparente. Gli ospedali non sono dunque liberi di decidere se scorporare i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario o se preferiscono effettuare una deduzione standardizzata (6.4.4). La determinazione dei costi deve basarsi su un rilevamento dell'attività (16.2.4 DTAF WAID/TRIEMLI) (9.2.5.2 GLARONA).

Ogni contabilità separata si basa su ipotesi, valutazioni e stime, e non è possibile attendersi una potenza statistica assoluta. Per nessuno dei metodi di rilevamento attuabili nella prassi si possono escludere delle distorsioni. Vi è da attendersi soltanto un metodo realisticamente realizzabile, possibilmente appropriato. Non si può né si deve dunque partire dal presupposto che il metodo di rilevamento dell'USZ abbia portato a uno scorporo esatto dei costi di ricerca e insegnamento universitario. In mancanza di rilevamenti migliori non è possibile determinare l'entità delle deviazioni. In base a diverse indicazioni e in particolare alla descrizione dell'USZ l'istanza precedente è giunta alla convinzione che le analisi delle attività portano a risultati utilizzabili. Rimane da osservare che per effettuare una valutazione conclusiva sull'appropriatezza del metodo adottato occorrerebbe disporre di una valutazione neutrale di economia aziendale (10.2.14 DTAF USZ)

Per lo scorporo delle prestazioni economicamente d'interesse generale occorre determinare i costi effettivi della ricerca e dell'insegnamento universitario il più vicino possibile alla realtà o stimarli sulla base di dati. Gli ospedali non sono dunque liberi di decidere se scorporare i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario o se effettuare piuttosto una deduzione standardizzata (DTAF 2014/3 consid. 6.4.4). (11.9 DTAF PSY BL).

#### ad 3:

Secondo la nuova legge, determinando i costi d'esercizio delle cure medico-sanitarie obbligatorie pertinenti per il benchmarking occorre stabilire in modo possibilmente appropriato i costi necessari alla fornitura di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Dallo scorporo insufficiente dei costi dell'insegnamento universitario e della ricerca secondo il nuovo diritto risulterebbe un'alterazione del valore di riferimento (16.1.6 DTAF WAID/TRIEMLI). Le deduzioni standardizzate finora effettuate dalla sorveglianza sui prezzi non vengono dunque più sostenuti.

Il TAF completa così la propria affermazione della sentenza del TAF nel caso LUKS, secondo cui:

- una deduzione standardizzata va effettuata solamente quando l'autorità cantonale competente non riesce a ottenere dall'ospedale corrispondente i dati rilevanti (trasparenti) per la decisione. In tal caso la deduzione standardizzata andrebbe fissata in maniera tale che l'ospedale sicuramente non ne possa trarre vantaggio in alcun modo (6.1.4 & 6.5 DTAF LUKS) (sull'intero argomento: DTAF 2012/18 consid. 11.2, 2010/25, consid. 5, di volta in volta con altri rimandi), (6.6.10 SVITTO) (9.2.5.2 GLARONA), oppure
- appare discutibile se negli ospedali non universitari una deduzione scalare riferita unicamente al numero di letti sia ancora appropriata. Nel presente caso sussistono comunque dubbi, a sapere se la deduzione del 3.5% (dei costi del personale) operata dalla sorveglianza sui prezzi sia sufficiente a garantire che i costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (e in fine nel forfait per caso risp. nel valore di base per caso) non contengano costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (6.4.3 DTAF LUKS).

Per lo scorporo dei costi per prestazioni economicamente d'interesse generale occorre determinare i costi effettivi della ricerca e dell'insegnamento universitario in maniera possibilmente vicina alla realtà o stimarli sulla base di dati. Gli ospedali non sono dunque liberi di decidere se scorporare i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario o se effettuare piuttosto una deduzione standardizzata (DTAF 2014/3 consid. 6.4.4). Per lo scorporo di tali parti di costi non è pertinente l'ammontare della remunerazione che gli ospedali ricevono dal Cantone o da altri uffici a tale scopo (DTAF 2014/36 consid.16.1.6) (8.1 DTAF USZ).

In un rapporto dell'Ufficio federale di statistica i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca sono stati preventivati tra il 9 e il 14%. La deduzione effettuata rientrerebbe dunque entro i margini derivati dall'Ufficio federale di statistica. Una deduzione standardizzata del 25% risp. del 23% secondo il metodo adottato dalla giurisprudenza sarebbe tutt'altro che realistica (12.5 DTAF UPK Basilea).

**ad 4:**

Vige il principio che gli ospedali devono scorporare i costi per insegnamento e ricerca dagli altri costi d'esercizio dell'economia generale (cfr. sopra consid. 6.2). Sulla base della giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale finora emanata (cfr. DTAF 2014/3 consid. 6 con ulteriori rinvii), anche nella fattispecie la deduzione standardizzata per la ricerca e l'insegnamento universitario è giustificata, dato che l'autorità cantonale competente non è riuscita a ottenere dagli ospedali svizzeri i dati completi, rilevanti per la decisione (trasparenti). Del resto pure la CDS consiglia questo modo di procedere. A questo riguardo occorre sottolineare che le Raccomandazioni della CDS in merito al controllo dell'economicità contengono sì principi per la derivazione dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking, ma che questi ultimi non garantiscono il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni in modo uniforme; essi permettono però di promuovere una certa uniformità (DTAF 2014/36 consid. 13.2.4).

Le raccomandazioni della CDS non hanno del resto valore di legge. Non rappresentano neppure un'interpretazione vincolante della Legge federale sull'assicurazione malattie. (cfr. pure DTAF 2018 V/3 consid. 9.8 con rinvio a DTF 138 II 398 consid. 2.3.5; entrambe le considerazioni si riferiscono alle raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera) (6.6.10 SVITTO)

Il confronto tra aziende GL si basa sulle presentazioni dei costi secondo ITAR\_K® e sulle contabilità per unità finali d'imputazione secondo REKOLE®. Le deduzioni per ricerca e insegnamento universitario per principio sono state rilevate nel dettaglio; ove ciò non è stato possibile è stata effettuata una deduzione standardizzata di CHF 15'000.- per ogni medico assistente. La deduzione per altre prestazioni economicamente d'interesse generale è stata fatta in base alle indicazioni fornite dagli ospedali, che in parte sono state corrette dai Cantoni (cfr. act. 24 marg. 11 e 17).

Il modo di procedere dell'istanza precedente in merito allo scorporo delle prestazioni economicamente d'interesse generale è dunque conforme alla giurisprudenza. (9.2.5.3 GLARONA)

La CDS non si è ancora accordata su un forfait vincolante per i Cantoni per quanto riguarda l'indennizzo dei costi per il perfezionamento professionale dei medici assistenti, e non è prevista neppure nella progettata convenzione intercantonale sul finanziamento del perfezionamento professionale dei medici. Secondo tale progetto del 21 novembre 2013 i Cantoni d'ubicazione verserebbero agli ospedali un forfait di CHF 15'000.- all'anno e per medico (m+f) in perfezionamento professionale (equivalente a tempo pieno). Si tratterebbe di un "forfait minimo" che non intende coprire le spese effettive del perfezionamento professionale (6.4.1 DTAF LUKS).

Pure la deduzione di CHF 10'000 per medico assistente nel caso Waid/Triemli sembra dunque insufficiente. Nelle procedure future i costi dell'insegnamento universitario dovranno essere giustificati con maggiore dettaglio (16.2.1 DTAF WAID/TRIEMLI).

**ad 5:**

Ai sensi dell'articolo 49 capoverso 3 lettera b LAMal le remunerazioni delle cure medico-sanitarie obbligatorie non possono comprendere le partecipazioni ai costi per la ricerca e l'insegnamento

universitario. Ai sensi dell'art. 7 cpv. 1 OCPRe l'insegnamento universitario comprende pure il perfezionamento professionale e oltre alla formazione teorica pure quella pratica.

Secondo l'art. 7 cpv. 1 OCPRe sono considerati costi per l'insegnamento universitario ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal i mezzi impiegati per la formazione di base teorica e pratica degli studenti di una professione medica disciplinata nella legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche (LPMed, RS 811.11), fino al conseguimento del diploma federale (lett.a), e per il perfezionamento degli studenti secondo la lettera a fino all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento (lett. b) (6.1.1 DTAF LUKS).

Il Consiglio federale sembra partire dal presupposto che esclusivamente la formazione impartita vada qualificata come prestazione economicamente d'interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal e che i salari dei medici assistenti vadano integralmente computati quali costi d'esercizio degli ospedali (6.6.2 DTAF LUKS). Le istruzioni di ITAR\_K, con il rinvio alla risposta del CF alle mozioni Humbel e Cassis, stabiliscono infine pure che i salari dei medici assistenti siano computabili quali costi per le cure medico-sanitarie obbligatorie rispettivamente soltanto i costi per la formazione impartita vadano scorporati (istruzioni ITAR\_K®, pag. 6 ad riga 28). Solamente i costi per il perfezionamento professionale universitario impartito ai sensi dell'art. 7 cpv. 1 lett. b OCPRe vanno dunque scorporati quali prestazioni economicamente d'interesse generale. I salari dei medici assistenti fanno invece parte dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (6.6.3 DTAF LUKS).

La formazione pratica del personale infermieristico andrà invece finanziata dagli ospedali e dunque indennizzata tramite i forfait per caso (cfr. verbale CSSS Consiglio degli Stati [sottocommissione] del 22 marzo 2005, pag. 19 ss.) (6.1.3 DTAF LUKS).

La giurisprudenza si basa su un termine ampio di insegnamento e ricerca. La deduzione per l'insegnamento va sempre effettuata, quando i dipendenti, secondo il proprio cahier de charge, sono attivi quali formatori perlomeno durante una parte del loro orario di lavoro (DTAF 2014/3 consid. 6.1.4 2014/36 consid. 16.1.2 e DTAF 2012/18 consid. 11.2). Secondo la giurisprudenza unicamente i costi per il perfezionamento universitario impartito vanno scorporati quali prestazioni economicamente d'interesse generale (DTAF 2014/3 consid. 6.6.3 e 2014/36 consid. 16.1.2). D'altra parte il dispendio delle persone che usufruiscono del perfezionamento (formazione ottenuta) non genera costi supplementari, dato che occorre partire dal presupposto che sia già compensato con la retribuzione corrispondente alla prestazione (DTAF 2014/36 consid. 16.1.2). Vanno scorporati pure i costi supplementari generati nelle attività miste dalla formazione di base e dal perfezionamento universitari (produzione combinata; cfr. DTAF 2014/36 consid. 16.2.3) (10.3.1 DTAF USZ).

Considerando l'obiettivo di uno scorporo uniforme dei costi per l'insegnamento universitario è giustificato interpretare l'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal nel senso che solamente i costi per la formazione continua universitaria impartita ai sensi dell'art. 7 cpv.1 lett. b OCPRe vadano scorporati quali prestazioni economicamente d'interesse generale, fintanto che l'autorità preposta all'ordinanza non emanerà disposizioni differenti. I salari dei medici assistenti non vanno dunque scorporati (DTAF 2014/3 consid.6.6.3) (11.2 DTAF PSY BL).

In studi preliminari sul rilevamento dei costi per il perfezionamento professionale medico viene indicato che non è possibile determinare empiricamente i costi marginali della formazione nelle attività miste (aspetti di produzione combinata) e che è possibile effettuare soltanto delle stime riguardo alle perdite di produzione dei medici formatori coinvolti, legate a una tale attività formativa (cfr. DUBACH/SPYCHER, p. 14). Secondo l'art. 8 CCS chi deduce il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita e non comprovata, deve assumersi le conseguenze della mancanza di tali prove. Nel presente contesto non occorre dunque provare che vengono fornite prestazioni economicamente d'interesse generale (risp. prestazioni non a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), bensì che i costi giustificati costituiscono esclusivamente prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Dal fatto che i costi supplementari sono difficilmente registrabili non si può

dunque evincere che tali parti di costi non vadano scorporate e che dunque debbano essere oggetto delle compensazioni da fornire dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per poter garantire l'uniformità del calcolo dei costi pertinenti per il benchmarking in vista della funzione di scelta (cfr. consid. 6.2), per una registrazione possibilmente praticabile è indispensabile disporre di disposizioni uniformi o direttive ([DTAF 16.2.3 WAID/TRIEMLI](#)).

La determinazione dei costi per la ricerca e l'insegnamento universitario si basa su un rilevamento delle attività (manuale REKOLE®, pag. 229 ss.). Tale rilevamento delle attività deve avvenire seguendo requisiti minimi stabiliti in modo unitario a livello nazionale. H+ raccomanda ai propri membri di seguire gli esempi degli approcci stabiliti dall'UST o dall'ospedale universitario di Zurigo. Entrambi gli approcci si basano sui medesimi principi (manuale REKOLE®, pag. 232). Disponendo di direttive adeguate relative al metodo di rilevamento determinante e di criteri determinanti come pure delle prescrizioni di REKOLE® sarà possibile rilevare i dati determinanti per lo scorporo dei costi. Si vedrà, se i costi dell'insegnamento universitario e della ricerca in futuro potranno essere appropriatamente scorporati grazie alle esperienze maturate mediante deduzioni standardizzate sulla base di dati e tenendo conto di nuove informazioni ([16.2.4 DTAF WAID/TRIEMLI](#)).

**ad 6:**

Sono essenzialmente rimaste invariate le definizioni dei costi per la ricerca nell'art. 7 cpv. 2 e 3 OCPRe ([6.1.2 DTAF LUKS](#)).

Secondo quanto recita l'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal, nel settore della ricerca occorre scorporare i costi sia delle attività universitarie sia di quelle non universitarie (cfr. DTAF 2014/36 consid. 16.1.3; 2014/3 consid. 6.1.2) ([10.3.2 DTAF USZ](#)).

**ad 7:**

Nelle future procedure di fissazione delle tariffe occorrerà pure tener conto dei costi per la formazione di altre professioni sanitarie universitarie ([16.2.1 DTAF WAID/TRIEMLI](#)).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 OCPRe l'insegnamento universitario rilevato dall'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal non comprende solamente la formazione di base e il perfezionamento dei medici, bensì pure quella di altre professioni universitarie mediche (ad es. chiropratici e la farmacia ospedaliera) ([10.3.1 DTAF USZ](#)).

**ad 8:**

La CDS raccomanda di scorporare i costi del perfezionamento professionale medico strutturato impartito (Raccomandazioni CDS in merito al controllo dell'economicità 2012, p. 4). Secondo tale punto di vista i costi del perfezionamento professionale universitario non strutturato sarebbero oggetto di remunerazioni da fornire da parte dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie obbligatorie. L'ordinamento giuridico non contiene una base per la distinzione tra insegnamento strutturato e non strutturato stabilita dalla CDS. Nel quadro delle raccomandazioni per il finanziamento del perfezionamento professionale è stato stabilito che i costi della prestazione di formazione fornita in produzione gemellata con l'assistenza ai pazienti non vanno quantificati, perlomeno entro termini utili e senza costi sproporzionati (Raccomandazioni per garantire il finanziamento e la qualità del perfezionamento professionale medico, cifra 4, p. 7s.). Occorre osservare che tali argomentazioni sono state avanzate in relazione alla motivazione della partecipazione finanziaria dei Cantoni ai costi per il perfezionamento professionale, contesto in cui quantificare il più esattamente possibile è un presupposto di base ([TAF 16.2.3 WAID/TRIEMLI](#)).

**ad 9:**

Per determinare la deduzione per l'insegnamento universitario e la ricerca, l'istanza precedente ha dapprima effettuato una deduzione di CHF 11'007'219 dai costi d'esercizio. Si tratta qui della quota parte del contributo cantonale di complessivi CHF 12'000'000.- che ricade sull'unità finale d'imputazione "casi solo staz. LAMal compresi casi AC adulti". Il calcolo dei costi non può però basarsi su una lacuna nel finanziamento, bensì va effettuato in base alle prestazioni fornite per l'insegnamento universitario e la ricerca e ai relativi costi generati. Il contributo cantonale non può dunque essere determinante per il calcolo della deduzione per l'insegnamento universitario e la

ricerca, visto che occorre tener conto dei costi effettivi (cfr. DTAF 2014/36 consid. 16.1.6, RAMI 4/2008 consid. 10.1.2). Non è possibile far capo agli importi concessi dal Cantone, anche perché i costi d'esercizio pertinenti per il calcolo delle tariffe vanno per principio determinati nell'anno di base 2010, mentre le remunerazioni in questione invece riguardano l'anno 2012 e non è dato sapere sui dati di quale anno si riferiscono queste ultime (cfr. DTAF 2014/3 consid. 6.4.2). Complessivamente non è dunque possibile basarsi sul calcolo della deduzione per ricerca e insegnamento universitario effettuato dall'istanza precedente. Per questo motivo non occorre entrare nel merito della critica espressa dall'UFSP riguardo all'attribuzione non ricostruibile dei costi per l'insegnamento universitario e la ricerca, scorporati dall'estratto dell'unità finale d'imputazione nell'unità finale d'imputazione corrispondente, all'unità finale d'imputazione "casi solo staz. LAMal compresi casi AC adulti". (12.11 DTAF UPK Basilea).

Per lo scorporo delle prestazioni economicamente d'interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal, gli ospedali sono tenuti a determinare i costi effettivi della ricerca e dell'insegnamento universitario in modo possibilmente reale e a giustificarli in maniera trasparente. Gli ospedali non sono liberi di decidere se scorporare i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario o se preferiscono effettuare una deduzione standardizzata. Per lo scorporo di tali parti dei costi non è pertinente l'ammontare della remunerazione di prestazioni che gli ospedali ottengono dal Cantone o da altri servizi, anche se tali contributi per il finanziamento sono stati determinati basandosi sui costi. Sulla base delle prescrizioni di ITAR\_K® e REKOLE® un ospedale dovrebbe essere in grado di procedere a uno scorporo dei costi in modo giuridicamente sufficiente (cfr. FANKHAUSER/Rurz, ibid., pag. 308 con rinvio alla DTAF 2014/3 consid. 6.4 ss.; DTAF 2014/36 consid. 16.1.6; sentenza del TAF C-3846/2013, C-3892-2013 del 25 agosto 2015 consid. 7.4.2). In considerazione dell'importanza e della diffusione raggiunte nel frattempo da REKOLE® e ITAR\_K, non appare utile mettere fundamentalmente in questione la loro applicabilità. Secondo il TAF va però verificato se singole prescrizioni di calcolo contenute nei modelli citati siano conformi alla legge (DTAF 2014/3 consid. 3.4.3). Una deduzione standardizzata va dunque effettuata solamente quando l'autorità cantonale competente non riesce a ottenere i dati rilevanti (trasparenti) per la decisione dall'ospedale corrispondente (DTAF 2014/3, consid. 6.5). Una deduzione standardizzata per ogni medico assistente, sempre secondo il TAF, porta soltanto, ma pur sempre, a una verità relativa sui costi (DTAF 2014/36, consid. 16.1.9). (9.2.5.2 GLARONA)

## Capitolo 7: Benchmarking e formazione dei prezzi

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1:

Inizialmente il TAF concede un ampio margine di manovra per l'attuazione e, se è sostenibile, tutelerà la procedura dell'istanza precedente, anche se in futuro dovessero presentarsi ulteriori procedure migliori (10.1.5 DTAF LUKS).

Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso (art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal). Stabilendo per convenzione e fissando le tariffe occorre vegliare affinché siano determinate secondo le regole dell'economia (art. 43 cpv. 4 LAMal) (10.1 DTAF LUKS) Né la LAMal né le ordinanze emanate conformemente alla medesima disciplinano nel dettaglio la modalità da seguire per la formazione dei prezzi. Dalla legge si può evincere unicamente che i partner tariffali (risp. l'autorità competente per la determinazione) devono orientarsi a un valore di riferimento ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal. È altresì certo che tale valore di riferimento va determinato in base a un benchmarking dei costi per caso depurati dal grado di gravità (risp. dei valori di base pertinenti per il benchmarking), se la prestazione è conforme alla qualità.

Tra le condizioni mancanti risp. da migliorare vi sono in particolare i confronti da eseguire a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal), l'uniformazione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni (art. 49 cpv. 7 LAMal) e l'affinamento della struttura tariffale. [...] Su tale base – perlomeno nella fase di introduzione dei forfait per caso riferiti alle prestazioni – il Tribunale amministrativo federale dovrà concedere alle istanze precedenti un considerevole margine di manovra per l'attuazione della regola concernente la formazione dei prezzi ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal rispettivamente per l'attuazione del benchmarking. (4.2 SVITTO)

Concludendo si può dire che durante la fase introduttiva o fintanto che non sono dati i requisiti per un benchmarking pertinente per la LAMal, occorre concedere un maggiore margine di apprezzamento alle autorità responsabili per la fissazione della tariffa. Ciò vale pure tenendo conto che né la LAMal né le disposizioni d'esecuzione hanno definito la durata di tale fase introduttiva. (7.1.3.3 SVITTO)

#### ad 2:

Ne risulta idealmente un benchmark uniforme a livello svizzero (10.1.5, DTAF LUKS / 4.3 DTAF WAID/TRIEMLI).

Il tribunale ha verificato quali misure di correzione possono essere appropriate e sostenibili durante una fase transitoria (DTAF 2014/36, consid. 6). Una scelta di un sottoinsieme rappresentativo (campione) può ad esempio essere sostenibile, nonostante per il confronto tra aziende sarebbe l'ideale partire dal collettivo statistico di tutti gli ospedali per cure somatiche acute (consid. 6.1). Per la formazione di gruppi di benchmarking (ad es. secondo la categoria di ospedali) il tribunale ha preso in considerazione tra gli altri che quest'ultima sia in contraddizione con l'idea di base di un confronto tra aziende a livello svizzero, con un sostegno possibilmente ampio (consid. 6.6.1). Il tribunale ha constatato che per lo sviluppo futuro nella prassi della determinazione dei prezzi la categorizzazione è meno costruttiva, soprattutto visto che già la formazione delle categorie causa problemi (consid. 6.6.4). Comunque in una fase introduttiva appare giustificato tutelare la decisione di un governo cantonale che per ospedali particolari (ad es. ospedali universitari) intende far capo a un proprio confronto tra le aziende. (consid. 6.6.6). (4.5 SVITTO) (5.5.2 BASILEA-CAMPAGNA) (5.5.2 GLARONA)

La formazione di diversi gruppi di benchmarking secondo la categoria di ospedali non è però necessaria né dal punto di vista legale né da quello effettivo; le particolarità individuali dell'ospedale non escludono il confronto con gli altri ospedali acuti, possono però dare adito a una fissazione differenziata delle tariffe (cfr. consid. 5.6. qui di seguito). Ciò vale pure per la

determinazione delle tariffe di ospedali di centro (cfr. Sentenza del TAF C-2350/2014 del 29 gennaio 2016, consid. 5.2-5.8). Se in via eccezionale viene ammesso un benchmarking separato all'interno di un gruppo di ospedali particolari, esso deve soddisfare requisiti accresciuti, in particolare per quanto riguarda la determinazione dei costi pertinenti per il benchmarking degli ospedali considerati per il confronto (sentenza C-2350/2014, consid. 5.3) (5.5.2 BASILEA-CAMPAGNA) (5.5.2 GLARONA)

Ai sensi della DTAF 2014/36, il benchmarking ideale per la determinazione del valore di riferimento si riferisce a costi per caso corretti per il grado di gravità e si basa su un rilevamento integrale dei dati riferiti ai costi e alle prestazioni di tutti i fornitori di prestazioni attivi in Svizzera nella somatica acuta, rilevati secondo una metodologia uniforme (consid. 4.1 - 4.8). Tra le condizioni mancanti per l'anno tariffale 2012 risp. che vanno migliorate/corrette per gli anni seguenti, vi sono in particolare i confronti tra aziende da eseguire a livello svizzero riferiti ai costi, l'unificazione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni e l'affinamento della struttura tariffale (consid. 5.1 - 5.4). Fintanto che mancano tali condizioni, è eventualmente possibile sostenere pure un confronto tra aziende basato su un campione rappresentativo (DTAF 2014/36, consid. 9.5). (7.2 SVITTO)

Di fatto la Confederazione in collaborazione con i Cantoni finora non ha dato seguito al mandato di legge, ai sensi dell'art. 49 cpv. 8 LAMal, e manca un modello unitario relativo al rilevamento dei dati riferiti ai costi e alle prestazioni. Finora pure alla CDS per il proprio benchmarking soltanto la metà degli ospedali ha inviato i dati necessari riferiti ai costi. Come stabilito dal Consiglio di Stato nella decisione contestata, le tariffe ospedaliere 2017 si baseranno sui dati 2015 rilevati e di cui è stata verificata l'attendibilità (RRB 548, consid. 3.4.2.2). Concludendo si può affermare che nelle circostanze descritte il benchmarking con due soli Cantoni (Svitto e Zurigo) è ancora ammissibile per stabilire la tariffa 2016. (7.5.2 SVITTO)

La fissazione della tariffa basata su un benchmarking di un gruppo parziale rappresentativo di tutti gli ospedali svizzeri (campione) può essere ammissibile nella misura in cui la scelta del sottoinsieme tratto dal collettivo statistico in maniera tale che dal risultato del rilevamento parziale sia possibile dedurre in modo possibilmente esatto e sicuro le circostanze del collettivo statistico, ciò che non sarebbe il caso se ci si limitasse a determinati tipi di aziende o peculiarità aziendali (ad es. soltanto piccoli ospedali regionali, soltanto ospedali di grandi dimensioni, soltanto ospedali privati) (DTAF 2014/26 consid. 6.1). Un benchmarking puramente basato su un Cantone è contrario al principio del confronto aziendale a livello nazionale, può però essere tollerato, se il campione è sufficientemente rappresentativo (DTAF 2014/36 consid. 9.5 e 9.6; cfr. pure la sentenza TAF C-4374/2017, C-4461/2017 del 15 maggio 2019, consid. 7.5.2). (5.5.1 BASILEA-CAMPAGNA) (5.5.1 GLARONA)

Visto che attualmente non è possibile rilevare integralmente (idealmente) i dati relativi ai costi di tutti gli ospedali per il benchmarking, in alternativa è sostenibile scegliere una parte rappresentativa (campione). Il campione deve rappresentare in modo possibilmente esatto e sicuro le condizioni del collettivo statistico. Occorre mirare a una raffigurazione del collettivo statistico possibilmente fedele alla realtà a livello di composizione (6.1 DTAF WAID/TRIEMLI) (7.5 SVITTO).

La formazione di gruppi di benchmarking è in contraddizione con l'idea di fondo di un confronto tra aziende a livello svizzero e possibilmente ampio (6.6.1 DTAF WAID/TRIEMLI).

Le differenze di costo dovute alla struttura tariffaria sono semmai causate da differenze tra le prestazioni effettivamente fornite (cumulo sistematico di casi con DRG sotto- risp. sopravvalutati o casi non redditizi), ma non dalla categoria ospedaliera (6.6.3 DTAF WAID/TRIEMLI).

Per la futura prassi di determinazione dei prezzi sarà difficile sbloccare la situazione con una categorizzazione (classificazione degli ospedali in diverse categorie allo scopo di formare gruppi separati di benchmarking). Un benchmarking in diverse categorie comporta la problematica della suddivisione in categorie e porta a insicurezze del diritto. L'orientamento al valore di riferimento

richiesta dalla legge esige esami e analisi delle differenze tra le prestazioni effettivamente fornite e le relative ripercussioni in presenza di una struttura tariffaria esistente, non però delle categorizzazioni. In tal modo viene promosso l'orientamento verso differenziazioni di prezzo tra i singoli ospedali (6.6.4 DTAF WAID/TRIEMLI).

La formazione dei gruppi è problematica, dato che non sussistono né conoscenze scientifiche né un consenso sulla questione a sapere secondo quali criteri vada effettuata la selezione (cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.6.4 e sentenza C-2255/2013 consid. 4.4) (5.2 DTAF KISPIZH).

La legge rivista non contiene più la disposizione secondo cui i confronti tra aziende vanno effettuati unicamente tra ospedali paragonabili (vecchio art. 49 cpv. 7 LAMal). Tra gli obiettivi della revisione della legge figuravano la trasparenza possibilmente elevata e l'ampia possibilità di paragone delle tariffe ospedaliere. Per principio il sistema della struttura tariffaria unitaria offre l'opportunità di effettuare confronti tra aziende che vanno oltre i limiti dei tipi e delle categorie di ospedali (DTAF 2014/36 consid. 3.8) (3.3 DTAF Baden) (3.4. DTAF UKBB).

In una fase introduttiva può apparire giustificato tutelare la decisione di un governo cantonale che per ospedali particolari (ad es. ospedali universitari) intende far capo a un confronto proprio delle aziende. Semmai e in casi motivati occorrerebbe esaminare un correttivo con valori di base per caso determinati in maniera individuale, se un confronto tra aziende indipendente dal tipo di ospedale non dovesse tener sufficientemente conto della situazione individuale di singoli ospedali (6.6.6 DTAF WAID/TRIEMLI / 3.3.3 DTAF HIAG)

Dato che la struttura tariffaria non raffigura ancora in maniera sufficientemente sistematica le differenze tra le prestazioni della medicina pediatrica, perlomeno nella fase iniziale può essere giustificata una differenziazione del valore di base per caso (4.6 DTAF KISPIZH). Non è strettamente necessario effettuare un benchmarking separato al riguardo (cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.8). Il confronto evidenzia che tra la situazione dei costi della medicina pediatrica universitaria e quella degli altri ospedali universitari sussistono differenze sistematiche significative. Per poter quantificare le differenze tariffarie non è ammesso far riferimento unicamente all'entità delle differenze tra i costi. Nella misura in cui mancano analisi basate sui dati riferite alle prestazioni supplementari specifiche degli ospedali pediatrici e delle cliniche pediatriche specializzati, per poterli quantificare dal punto di vista materiale è possibile giustificare un benchmarking separato degli ospedali pediatrici e delle cliniche pediatriche universitari, nonostante gli svantaggi elencati al punto 5.3 DTAF KISPIZH (5.3 DTAF KISPIZH). Non sarebbe per contro appropriata un'ulteriore ripartizione del benchmarking della pediatria universitaria (5.5 DTAF KISPIZH).

### **ad 3:**

I requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking (e del valore di base pertinente per il benchmarking che si fonda su questi ultimi) sono tanto più elevati quanto è esiguo il numero di ospedali coinvolti nel confronto tra aziende (10.1.6 DTAF LUKS / 3.3.3 DTAF HIAG).

Gli ospedali universitari si distinguono essenzialmente dagli ospedali di base da una parte per il loro mandato di ricerca e formazione e dall'altra per la loro posizione alla fine della catena delle cure medico-sanitarie con i loro mandati di prestazione specifici .... Se agli ospedali universitari viene concesso di effettuare il benchmarking in una propria categoria – con l'obiettivo di compensare i costi supplementari dovuti a uno specifico mandato di prestazioni – , lo scorporo dei costi di ricerca e insegnamento universitario avrà un'importanza determinante. La determinazione di tali costi deve adempiere requisiti particolarmente elevati. Solamente una volta che tali costi sono stati completamente scorporati in conformità con la legge e in modo vicino alla realtà, il benchmarking separato può essere idoneo a giustificare delle differenziazioni delle tariffe rispetto agli ospedali di base (8.2 DTAF USZ).

Se s'intende paragonare separatamente gli ospedali universitari - staccati dagli ospedali senza un mandato particolare di formazione e ricerca - è indispensabile determinare in modo

particolarmente diligente e conforme alla legge i costi per le prestazioni economicamente d'interesse generale. Ciò richiede pure un esame particolarmente diligente da parte dell'autorità competente per la determinazione o l'autorità che approva. Per il benchmarking l'autorità deve dunque verificare in maniera precisa i dati relativi ai costi e garantire che in tutti gli ospedali oggetto del confronto la qualità dei dati soddisfi i requisiti elevati (12.1 DTAF USZ).

Per differenziare le tariffe in base alle caratteristiche individuali dell'ospedale non è strettamente necessario effettuare un benchmarking separato (DTAF 2014/36 consid. 6.8; per la medicina pediatrica cfr. C-6392/2014 consid. 5.3). Si tratta unicamente di un metodo tollerabile nella fase introduttiva e a condizioni particolari. Se il benchmarking separato - nella fase introduttiva - va accordato a un gruppo di ospedali specializzati, deve adempiere a requisiti elevati (decisioni C-2255/2013 cons. 12.2 e C-6392/2014 cons. 7). Per principio non va considerato affidabile il benchmarking in piccoli gruppi di ospedali specializzati. Esso è soltanto limitatamente idoneo alla differenziazione tra inefficienze e costi supplementari dovuti alla struttura (decisione C-6392/2013 consid. 5.4). (10.2 DTAF UKBB).

Non è possibile giustificare un benchmarking separato esclusivamente con costi più elevati. Non risultano differenze sistematiche di prestazioni tra ospedali pediatrici universitari da un lato e cliniche pediatriche universitarie dall'altro, che giustificerebbero un'ulteriore differenziazione delle tariffe e un'ulteriore suddivisione della categoria di benchmarking. Dato che le tariffe si orientano ai costi di quegli ospedali che forniscono l'assistenza ai bambini nella qualità necessaria in modo efficiente e vantaggioso, per il benchmarking è quasi d'obbligo confrontare gli ospedali pediatrici con le cliniche pediatriche. (10.3 DTAF UKBB).

Non possono rappresentare motivi per un benchmarking separato l'utilizzo comune di infrastrutture per la medicina degli adulti e quella pediatrica o lo scorporo incompleto dei costi delle cliniche pediatriche. Nella misura in cui nell'assistenza medico-sanitaria di bambini nelle cliniche pediatriche vi sono effetti sinergici, questi risultano pertinenti al momento del controllo dell'efficienza. Per il benchmarking è necessario presupporre il calcolo dei costi appropriato e conforme all'OCPre. (10.4 DTAF UKBB).

Come già menzionato, il settore della psichiatria - contrariamente alla somatica acuta - non dispone ancora di una struttura tariffaria riferita alle prestazioni, uniforme a livello svizzero, ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 3° periodo LAMal (cfr. anche DTAF 2010/25 consid. 10.2.2). Nel presente caso non è dunque possibile determinare il prezzo facendo capo a un valore di riferimento stabilito in base a un benchmarking a livello svizzero dei costi per caso depurati dal grado di gravità di tutti gli ospedali (C-1632/2013 consid. 17.7; per la somatica acuta cfr. invece DTAF 2014/36 consid. 3.8). Ciò non dispensa l'istanza precedente dal garantire che la tariffa della parte resistente, determinata in maniera individuale per l'ospedale, si orienti finalmente alla remunerazione di quegli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso (articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal). Non è sufficiente fissare la tariffa unicamente sulla base dei costi della parte resistente e questa procedura non corrisponde alle prescrizioni della LAMal e delle relative ordinanze di esecuzione (cfr. DTAF C-6391/2014 del 26 febbraio 2015 consid. 4.8). Pure il fatto che altri assicuratori malattie abbiano concordato con la parte resistente un forfait per giornata di CHF 750.- per l'anno 2012, non significa che nella procedura di fissazione delle tariffe non sia necessario effettuare il controllo dell'economicità. Benché, per la mancanza di una struttura tariffaria uniforme a livello svizzero e riferita alle prestazioni, ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 3° periodo LAMal, nel presente caso occorre accettare che non è ancora possibile attuare in maniera coerente lo scostamento dalla prassi precedente verso i costi computabili (cfr. in merito DTAF 2014/3 consid. 2.8.5), l'attendibilità della tariffa determinata va esaminata sulla base di un confronto con altri ospedali, dopo aver controllato in maniera rigorosa le contabilità per unità finali d'imputazione, per voci di costo e per centri di costo, i costi d'esercizio determinati ed effettuato eventuali deduzioni standardizzate per evitare sovraindennizzi. (17.5.3 DTAF PSY BL).

#### **ad 4:**

I prezzi vengono stabiliti partendo da un benchmark da determinare confrontando i costi per caso

tra aziende (3.6 DTAF WAID/TRIEMLI). Soltanto in casi eccezionali è possibile legittimare un benchmarking dei prezzi (6.7 DTAF WAID/TRIEMLI).

**ad 5:**

Si presuppone che l'assistenza medico-sanitaria sia di qualità elevata. Le differenze nella qualità di trattamento non possono dunque giustificare differenziazioni di prezzo (6.8.5 DTAF WAID/TRIEMLI).

Nella misura in cui la parte resistente, riferendosi al mezzo di prova «Nationaler Vergleichsbericht Outcome Stationäre Psychiatrie Erwachsene» del 29 maggio 2013 (allegato 6 alla DTAF - act. 15) inoltrato solamente nella procedura di ricorso, sostiene che la propria qualità elevata giustificerebbe pure una tariffa più elevata, occorre obiettare che al momento della determinazione del prezzo si presuppone che le cure di alto livello qualitativo (art. 43 cpv. 6 LAMal) corrispondano allo standard delle scienze mediche (DTAF 2014/36 consid. 3.5) e che non possono dunque giustificare una tariffa più elevata. A parte ciò, giusta l'art. 53 cpv. 2 lett. a LAMal, il fatto di addurre tale argomento sarebbe in ogni caso da considerarsi inammissibile. (17.5.2 DTAF PSY BL).

**ad 6:**

Dato che con il confronto tra aziende s'intende valutare l'efficienza, per principio occorre effettuare il benchmarking basandosi sui costi e non sui prezzi negoziati (10.3.2 DTAF LUKS).

**ad 7:**

Dato che l'ultimo periodo dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal è stato inserito solamente su proposta della Commissione della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS), il messaggio non si esprime in merito al parametro di efficienza. Secondo la CSSS i prezzi devono orientarsi agli ospedali che operano in maniera discretamente efficiente e vantaggiosa (cfr. Verbale CSSS del Consiglio degli Stati del 21 novembre 2005, p. 22 e del 23/24/25 gennaio 2006, p. 53). La formulazione "discretamente efficiente e vantaggiosa" permette di concludere che la CSSS considerava quale criterio la buona efficienza, ma non la migliore prestazione (10.2.1 DTAF WAID/TRIEMLI).

**Ad 8 e 9:**

Stabilire un determinato percentile non deve avere l'obiettivo di aumentare la tariffa di un singolo ospedale per coprire i costi di quest'ultimo, dato che nel sistema del nuovo finanziamento ospedaliero il principio dell'indennizzo dei costi non è più applicabile (cfr. consid. 3.1 e DTAF 2014/3 consid. 2.8 ss.). Se il governo cantonale considera giustificata la remunerazione maggiore con riferimento a un singolo ospedale, occorre piuttosto analizzare se - dopo la deduzione dei costi per le prestazioni economicamente d'interesse generale (art. 49 cpv. 3 LAMal) - le peculiarità specifiche dell'ospedale generano eventualmente costi più elevati documentabili e dunque giustificano una tariffa più elevata (cfr. DTAF C-2283/2013 consid. 6.8 e 22.3 ss.) (4.2.7 DTAF GL).

**Ad 9 e 10**

Nella determinazione dei prezzi occorre inoltre eventualmente tener conto della situazione specifica dei fornitori di prestazioni, di modo che – partendo da un valore di riferimento – per motivi di equità vadano negoziati o stabiliti dei valori di base per caso differenziati (cfr. in merito DTAF 2014/36 consid. 6.8., come pure consid. 3.4 e 22.3 ss.). (4.5 SVITTO)

Nella formazione dei prezzi (perlomeno in una fase transitoria), in casi motivati, è possibile tener conto della situazione specifica dei fornitori di prestazioni, negoziando o fissando valori di base per caso differenziati. Ciò vale in particolare se si parte da un valore di riferimento unitario a livello svizzero (DTAF 2014/36 consid. 6.8).

[...] Una differenziazione della tariffa può ad esempio giustificarsi se vi sono differenze nei costi strutturali a livello regionale (costi salariali e dell'ubicazione; DTAF 2014/ 36 consid. 6.8.1) oppure se i singoli ospedali forniscono prestazioni di portata molto diversa nel settore dell'insegnamento non-universitario (cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.8.2 con rinvio). È inoltre ammesso differenziare tra

ospedali dotati e quelli non dotati di un reparto di cure urgenti (DTAF 2014/ 36 consid. 21.4; sentenza TAF C-5849/2013 del 31 agosto 2015, consid. 2.1).

[...] Nei DRG non omogenei, i casi redditizi e i casi deficitari del medesimo DRG non si ripartiscono in modo omogeneo su tutti gli ospedali, di modo che singoli ospedali trattano una parte più che proporzionale di casi deficitari e altri una parte più che proporzionale di casi redditizi (DTAF 2014/36 consid. 22.5). La determinazione di valori di base per caso differenziati al fine di correggere tale effetto non costituisce un intervento sulla struttura tariffaria contrario al sistema (DTAF 2014/36 consid. 22.7; C-6392/2014 consid. 4.5). Le ripercussioni negative dovute a una ripartizione disuguale dei casi all'interno dei DRG toccano in particolare gli ospedali alla fine della catena delle cure, dato che essi non possono per principio trasferire i casi complessi e (altamente) deficitari a un altro fornitore di prestazioni («fornitori di prestazioni finali»). Negli ospedali universitari sono infatti la posizione di fornitore di prestazioni finali e i casi altamente deficitari che ne derivano a poter (eventualmente) giustificare i valori di base per caso più elevati (cfr. sentenze TAF C-2255/2013 del 24 aprile 2015 consid. 8.2; C- 3846/2013 del 25 agosto 2015 consid. 9.3.2; C-5749/2013 del 31 agosto 2015 consid. 6.2 con rinvii). (5.6+ 5.6.1+5.6.2 BASILEA-CAMPAGNA)

Il prezzo dei costi normali (cosiddetto prezzo di base o baserate di un ospedale) inizialmente, per la medesima operazione, sarà differente tra un ospedale e l'altro e tra un Cantone e l'altro. La differenza è da ricondursi alle differenti strutture dei costi negli ospedali (2.8.4 DTAF LUKS).

Con una modalità di visione interna alle DRG, gli ospedali fornitori di prestazioni finali che forniscono una quantità più che proporzionale di prestazioni più complesse sono svantaggiati rispetto agli ospedali orientati verso casi più redditizi (cherry picking), con un valore di base per caso unitario. Con una crescente differenziazione della struttura tariffale e DRG più omogenee è possibile appianare la problematica, ma non eliminarla. Quale effetto della forfettizzazione e del fatto che gli ospedali hanno funzioni diverse nella catena delle cure medico-sanitarie la differenziazione è inevitabile nel sistema. La determinazione di valori di base per caso differenziati quale correzione di tale effetto non significa dunque un intervento nella struttura tariffaria (22.7 DTAF WAID/TRIEMLI).

Non rappresentano motivi per una differenziazione del valore di base per caso:

- un CMI più elevato (motivo: la struttura tariffaria raffigura la complessità della prestazione (22.7.1 DTAF WAID/TRIEMLI)
- pazienti con una durata di degenza superiore alla media, dato che quest'ultima può basarsi su un'indicazione medica, ma può altrettanto essere la conseguenza di altri fattori (=inefficienza) (22.7.3 DTAF WAID/TRIEMLI).
- l'accumulo più che proporzionale di pazienti più anziani e affetti da diverse malattie, dato che la struttura tariffaria tiene conto di questi fattori e che non è provato da alcun dato che le differenziazioni esistenti della struttura tariffaria non siano sufficienti (22.7.4 & 22.7.5 DTAF WAID/TRIEMLI).
- Il fatto di determinare valori di base per caso differenti soltanto per correggere l'allocazione errata delle remunerazioni in seguito a DRG probabilmente valutati in maniera errata, rappresenta un'ingerenza nella struttura tariffaria... In caso di difetti corrispondenti occorre adattare in primis la struttura tariffaria. L'argomento secondo cui un ospedale fornirebbe prestazioni non sufficientemente remunerate a causa di cost-weight valutati erroneamente non può dunque per principio giustificare un valore di base per caso più elevato (DTAF 2014/36 E22.6) (4.5 DTAF KISPIZH).

Il motivo per una differenziazione temporanea del valore di base per caso è ad esempio: nelle DRG con un'ampia dispersione di casi (DRG non omogenee) i casi redditizi e i casi deficitari della medesima DRG non si ripartiscono in modo omogeneo sugli ospedali, di modo che singoli ospedali trattano una parte più che proporzionale di casi deficitari e altri una parte più che proporzionale di casi redditizi (ripartizione dei casi interna alle DRG). Quando i casi terapeutici onerosi sono ripartiti in maniera differente sui singoli fornitori di prestazioni risulterebbe un'allocazione errata dei ricavi sugli ospedali. La determinazione di valori di base per caso differenziati per correggere tale effetto non costituisce dunque un intervento sulla struttura

tariffaria contrario al sistema (DTAF 2014/36 consid. 22.7) (4.5 DTAF KISPIZH).

...

La struttura tariffaria deve raffigurare pure le prestazioni specifiche necessarie in relazione al trattamento di bambini nel sistema di forfait per caso riferiti alle prestazioni. In tale contesto non sono solamente le differenze di prestazioni registrabili mediante i codici esistenti di diagnosi e di procedura ad essere rilevanti. Secondo tale obiettivo la struttura tariffaria dovrebbe tener conto di tutte le differenze di prestazioni giustificate dal punto di vista medico-sanitario, in particolare pure dei fattori riferiti alla psiche (nel rapporto della SwissDRG SA denominati anche fattori socio-economici). Per principio distinguere le differenze tra le prestazioni facendo capo ai valori di base per caso risulta contrario al sistema...Fintanto che la struttura tariffaria raffigura in maniera insufficiente le prestazioni supplementari nella medicina pediatrica, è possibile prendere in considerazione la compensazione nei valori di base per caso. Il fatto che la cura e l'assistenza particolarmente dispendiose dei bambini (cfr. 4.2 & 4.3 DTAF KISPIZH) non sia raffigurata nella versione 1.0 di SwissDRG, non riguarda solamente singole DRG, bensì l'intero settore della medicina pediatrica. Quando nella fase introduttiva dei forfait per caso le prestazioni supplementari specifiche ai bambini di ospedali specializzati o di cliniche specializzate vengono remunerate mediante valori di base per caso differenziati non si tratta dunque di un intervento sulla struttura tariffaria contrario al sistema (4.6 DTAF KISPIZH).

Nella misura in cui un ospedale desidera rivendicare per sé delle tariffe individuali, spetta a quest'ultimo comprovare tali motivi particolari mediante fatti verificabili (22.8 DTAF WAID/TRIEMLI).

**ad 11:**

Non è invece ammessa una differenziazione della tariffa motivata con il fatto che un ospedale fornisce più prestazioni complesse o prestazioni nell'ambito della medicina altamente specializzata (MAS) (per ulteriori casi cfr. pure FANKHAUSER/Rurz, ibid., pag. 302 s.). (5.6.1 BASILEA-CAMPAGNA) (5.6.1 GLARONA)

La sola circostanza, inoltre, che un ospedale fornisce più prestazioni complesse o prestazioni nell'ambito della MAS non giustifica ancora la necessità di fissare un valore di base per caso più elevato (DTAF 2014/36 consid. 22.7.1; sentenza TAF C-5749/2013 del 31 agosto 2015 consid. 6.2). Per le prestazioni specializzate e altamente specializzate la struttura tariffaria prevede dei cost-weight più elevati, che comportano dunque remunerazioni corrispondentemente più elevate. Nei casi degli ospedali universitari infatti non sono solamente i mandati di prestazioni nel settore della MAS, bensì primariamente la posizione di fornitore di prestazioni finali e i casi altamente deficitari che ne conseguono a poter (eventualmente) giustificare valori di base per caso più elevati (cfr. sentenza TAF C-2255/2013 del 24 aprile 2015 consid. 3, 3.4 e 8.2; C-6392/2014 consid. 3 e 9.2).(7.5 BASILEA-CAMPAGNA)

Nella misura in cui l'istanza precedente giustifica la rinuncia a un benchmarking con la particolarità dell'SPZ, in particolare con la complessità delle prestazioni fornite e il CMI elevato, occorre sottolineare che le particolarità individuali dell'ospedale non escludono il confronto con altri fornitori di prestazioni richiesto dalla legge (DTAF C-6391/2014 consid. 5.1). L'orientamento a un valore di riferimento ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal non è dunque contrario al controllo della presenza di eventuali particolarità individuali dell'ospedale che danno adito a una determinazione differenziata della tariffa (cfr. sopra cons. 3.5 in fine). Per motivare un baserate più elevato non è però sufficiente riferirsi solamente all'elevata complessità delle prestazioni fornite o a un CMI elevato, visto che la struttura tariffaria SwissDRG prevede dei cost-weight maggiori per prestazioni specializzate e altamente specializzate, e ciò comporta remunerazioni corrispondentemente più elevate (DTAF 2014/36 consid. 22.7.1, C-3497/2013 consid. 3.6) (4.3 DTAF SPZ).

**ad 12**

Nel 2012, nel periodo di transizione verso il nuovo finanziamento degli ospedali, la CDS ha raccomandato di stabilire il benchmark tra il percentile del 40 e del 50 (Raccomandazioni CDS in merito al controllo dell'economicità, p.9). [...] Secondo l'UFSP, l'applicazione del percentile del 40

è sostenibile, soprattutto considerando l'aspetto della mancanza di confronti tra aziende pubblicati e il calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni integrativi tuttora mancante (B-act. HSK 11 cifra 5). (8.5 SVITTO)

Per principio va effettuato un benchmarking ampio, come quello eseguito da parte della sorveglianza sui prezzi. Se però tra i percentili inferiori si trovano più frequentemente delle case per partorienti e degli ospedali di dimensioni molto ridotte (< 1'000 casi) od ospedali con un'offerta di prestazioni esigua (< 100 DRG), perché presentano costi d'esercizio pertinenti per il benchmarking corrispondentemente bassi e se in un tale benchmarking nel contempo viene scelto un parametro dell'efficienza basso (ad es. percentile del 20), ciò può portare a una distorsione del benchmarking di ospedali di base e di centro. A ciò si aggiunge il fatto che dall'entrata in vigore del nuovo finanziamento degli ospedali, le prestazioni delle cure medico-sanitarie obbligatorie nel settore stazionario sono finanziate esclusivamente tramite indennizzi versati a titolo forfettario, riferiti alle prestazioni. Nel corso di tale cambiamento di sistema, in particolare durante la fase introduttiva ancora non conclusa, un parametro dell'efficienza troppo rigido potrebbe compromettere il finanziamento di ospedali necessari per il sistema e dunque la garanzia delle cure (cfr. DTAF 2014/36 consid. 12.2.4). D'altro canto da un parametro dell'efficienza troppo generoso per gli ospedali più vantaggiosi potrebbe risultare un margine di guadagno inadeguatamente elevato. Pure questo sarebbe da evitare (DTAF 2014/36 consid. 12.2.5). (8.7 SVITTO) (9.3.7 GLARONA)

Il legislatore non può aver pensato che il Tribunale amministrativo federale possa e debba determinare e stabilire il parametro dell'efficienza "corretto" per tutti gli ospedali (DTAF 2015/8 consid. 4.2.6). I benchmarking disponibili dei diversi attori sono stati effettuati secondo metodologie diverse. Il valore del percentile X cambia in maniera significativa, se, ad esempio, nel confronto sono stati inclusi o esclusi ospedali universitari e/o ospedali di dimensioni molto piccole e case per partorienti, (cfr. DTAF 2015/8 consid. 4.2.6). (8.8 SVITTO) (9.3.7 GLARONA)

Concludendo, perlomeno fintanto che il legislatore non emanerà indicazioni più dettagliate, il Tribunale amministrativo federale concederà ai partner tariffali e, come nella fattispecie del mancato accordo, alle autorità preposte alla fissazione, un margine di apprezzamento considerevole per quanto riguarda il parametro dell'efficienza e la ponderazione (in precedenza consid. 1.7.2 cfr. DTAF 2014/3 consid. 1.4, DTAF 2014/36 consid. 1.4 e DTAF 2015/8 consid. 4.2.6). Rimane dunque da constatare che l'istanza precedente, stabilendo il percentile del 40, non ha superato il proprio grande margine di apprezzamento. (8.9 SVITTO)

Nella DTAF 2015/8 è stato illustrato che a seconda della metodologia di benchmarking scelta il valore del percentile X varia considerevolmente. È ad esempio essenziale se nel confronto sono stati inclusi o esclusi ospedali universitari e/o ospedali di dimensioni molto ridotte e case per partorienti (consid. 4.2.6), e se il percentile X viene determinato partendo dal numero di ospedali, dal numero di casi o dal Case-Mix (cost-weight di tutti i casi). La determinazione del solo percentile X non permette dunque di dedurre veramente quanto stretto sia effettivamente stato posto il parametro dell'efficienza. Per questo motivo, come concluso dal Tribunale amministrativo federale nella propria DTAF 2015/8, per la (futura) determinazione del valore di riferimento ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal non va presupposta unicamente la disponibilità di confronti a livello svizzero dei costi per caso determinati secondo una metodologia uniforme e corretti per il grado di gravità, bensì pure la fissazione del benchmark sulla base di una metodologia uniforme, ove è compito primario del competente legislatore emanare prescrizioni corrispondenti a livello di ordinanza (DTAF 2015/8 consid. 4.3-4.3.4 con rinvii). Per ora ai partner tariffali e ai Cantoni occorre concedere, come menzionato, un ampio margine di manovra, dato che mancano prescrizioni concrete sufficienti a livello di diritto federale. (7.4.1 BASILEA-CAMPAGNA)

L'istanza precedente ha senza dubbio scelto una metodologia di benchmarking favorevole al KSBL (ospedale cantonale BL). È vero che non ha incluso nel confronto i costi per caso, in generale più elevati, degli ospedali universitari, ma dalla ponderazione secondo Case-Mix risulta un benchmark significativamente più elevato rispetto alla ponderazione secondo l'ospedale (cfr. pure l'esempio di calcolo in DTAF 2015/8 consid. 4.3.3). L'istanza precedente ha inoltre fissato il benchmark per l'anno tariffale 2012 sul percentile del 45.

In tal modo ha sfruttato fino al limite il margine di manovra molto ampio che occorre concedere

all'autorità preposta alla fissazione durante la fase introduttiva. (7.4.2 BASILEA-CAMPAGNA)

In passato il Tribunale amministrativo federale, tenendo conto di tale ampio potere d'apprezzamento, ha protetto le fissazioni delle tariffe sul percentile del 40 dei costi per caso corretti per il grado di gravità (cfr. DTAF 2014/36), sul percentile del 40 con la ponderazione secondo il numero di casi (cfr. Sentenza C-4374/2017, C-4461/2017) e sul percentile del 45 o del 40 con la ponderazione secondo il Case-Mix (sentenza C-1319/2018, C-1439/2018, C-1470/2018).

9.3.9 Considerato il fatto che per la fissazione della tariffa in questione nella fattispecie, nel 2019 non sono disponibili né confronti tra aziende a livello svizzero ai sensi dell'art. 49 cpv. 8 LAMal né prescrizioni vincolanti sulla metodologia di benchmarking, dopo quanto asserito e considerando la giurisprudenza finora esistente occorre constatare che stabilendo la tariffa sul percentile del 35 con la ponderazione secondo il numero di casi l'istanza precedente non ha superato il proprio potere d'apprezzamento considerevole. (9.3.8 e 9.3.9 GLARONA)

L'ospedale oggetto del benchmarking dovrebbe essere scelto in modo da mantenere la garanzia delle cure e che nel contempo rimanga una pressione finanziaria, ma anche incentivi equi a diventare più vantaggiosi e più efficienti (10.1.4 DTAF WAID/TRIEMLI).

Il governo cantonale motiva la fissazione del benchmark con un percentile del 40 con l'esperienza che finora ha dato buona prova, con una ponderazione tra il mantenimento della garanzia delle cure e il contenimento dei costi. Considerando le proposte inoltrate dai diversi attori, la metodologia di determinazione del prezzo e le eventuali opportunità di correzione appare sostenibile basarsi sul percentile del 40. Con il percentile del 40 il governo cantonale non è né rimasto al di sotto né ha superato il proprio potere d'apprezzamento (10.3 DTAF WAID/TRIEMLI).

Non è possibile trovare una risposta generale alla questione a sapere se la fissazione del benchmark al percentile del 50 rientri ancora nel potere d'apprezzamento di un governo cantonale, o se in tal modo il suo margine di apprezzamento (considerevole, cfr. consid. 3.3) è superato. La determinazione del percentile X di per sé non rivela ancora molto su quanto sia effettivamente severa l'applicazione del parametro dell'efficienza, fintanto che ai diversi attori vengono applicati dei benchmark allestiti secondo metodologie completamente diverse (4.3 DTAF GL).

Concludendo ne risulta che è possibile sostenere la decisione dell'istanza precedente di stabilire il valore di base per caso a CHF 9'750.- (= percentile del 50) (4.5 DTAF GL)

**ad 13:**

La LAMal non prescrive alcun prezzo di base per caso unitario per tutti gli ospedali ed è possibile stipulare più convenzioni tariffarie per ogni fornitore di prestazioni. Il legislatore, dal canto suo, chiede che con ogni ospedale sia convenuta una tariffa individuale. Egli parte dal presupposto che i prezzi di base per caso, al momento ancora assai differenti, con il tempo (risp. quando per un determinato periodo la concorrenza perseguita farà effetto) si armonizzeranno. Dato che da parte degli assicuratori uno singolo o più assicuratori o le loro associazioni possono essere partner tariffali, pure la legge, ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal, ammette più convenzioni tariffarie per ogni fornitore di prestazioni (3.5.2 DTAF HIAG).

**ad 14:**

Se mancano dati utilizzabili riferiti ai costi e non è possibile effettuare un benchmarking basato sui costi, è eventualmente possibile accettare un benchmarking dei prezzi (sui requisiti posti a un benchmarking dei prezzi cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.7 e FANKHAUSER/RUTZ, ibid., pag. 299). (5.5.3 BASILEA-CAMPAGNA) (5.5.3 GLARONA)

Un benchmarking dei prezzi può essere appropriato solamente in casi eccezionali e a condizioni particolari. L'affidabilità dei dati di confronto impiegati dipende da quanto sono state osservate le prescrizioni legali al momento dell'approvazione.

Nell'ambito di un tale benchmarking dei prezzi andrebbe però esaminato:

- quanto sono stati sfruttati i margini di negoziazione al momento della creazione delle tariffe di confronto,
- se sono state considerate le peculiarità individuali dell'ospedale,
- se queste ultime valgono allo stesso modo anche per l'ospedale da valutare e,
- se sussiste un controllo dell'economicità delle tariffe di confronto conforme alle leggi federali.

Confrontando i prezzi vi è il rischio che il confronto si riferisca a risultati eccessivi o non economici delle negoziazioni. Dall'altra parte un ospedale potrebbe essere disposto ad accettare tariffe vantaggiose delle cure medico-sanitarie obbligatorie, se il proprio Cantone gestore è disposto a coprire le lacune corrispondenti tramite sovvenzioni. Orientarsi a tariffe di questo genere non sarebbe appropriato (3.3.3 DTAF HIAG).

In casi eccezionali e a condizioni particolari un benchmarking dei prezzi può però essere appropriato. Fintanto che per singoli Cantoni mancano dati utilizzabili relativi ai costi, per una fase di transizione va eventualmente tollerato pure l'orientamento a tariffe di altri ospedali fissate o approvate. Sarebbe da tener conto del fatto che in caso di confronti dei prezzi sussiste il pericolo che:

- il confronto si riferisca a risultati eccessivi o non economici delle negoziazioni.
- Dall'altra parte un ospedale potrebbe essere disposto ad accettare tariffe vantaggiose delle cure medico-sanitarie obbligatorie, se il proprio Cantone gestore è disposto a coprire le lacune corrispondenti tramite sovvenzioni.

Orientarsi a tariffe di questo genere non sarebbe appropriato (cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.7). (17.9 DTAF UPK Basilea).

L'istanza precedente deve occuparsi in modo approfondito della questione del benchmarking. Fintanto che mancano dati utilizzabili relativi ai costi di istituti paragonabili, in via eccezionale essa può orientarsi a tariffe di altri ospedali psichiatrici fissate in modo giuridicamente valido o approvate. Di questa situazione di partenza, come pure del fatto che la gravità del caso dei pazienti negli ospedali oggetto del confronto può essere stimata tutt'al più con una certa imprecisione - come adduce l'UFSP -, va tenuto conto in via eccezionale nel benchmarking tramite un margine di sicurezza. (17.5.4 DTAF PSY BL).

#### **ad 15:**

La documentazione inoltrata dalla parte resistente nel corso della procedura di fissazione delle tariffe non ha permesso di stabilire una tariffa in conformità con la legge. Non è stata presentata né una contabilità analitica ai sensi dell'art. 9 OCPRe né una contabilità delle immobilizzazioni (ai sensi dell'art. 10 cpv. 5 in combinazione con l'art. 10a OCPRe). L'ospedale si è limitato a inoltrare un modulo "ITAR\_K@ consolidato" (dunque non un ITAR\_K@ completo), che contiene il calcolo del valore del punto per sei ospedali della Svizzera centrale (tra cui anche il KSOW). Non è possibile accertare se per i costi indicati si tratta unicamente dei costi imputabili per il calcolo della tariffa AOMS di prestazioni ambulatoriali di fisioterapia. Una prova trasparente in modo sufficientemente circostanziato dei costi di prestazioni obbligatorie LAMal presuppone che anche i costi per le prestazioni non obbligatorie LAMal vengano esposte in maniera trasparente (cfr. DTAF 2014/3 consid. 6.4; 2015/39 consid. 12.5). (6.4.1 DTAF OW).

#### **ad 16:**

Nel complesso si può constatare che il benchmarking HSK 2015 nella maggior parte dei casi raffigura i calcoli in modo dettagliato, seppure i dati siano in parte raffigurati in maniera insufficiente e non risultino integralmente ricostruibili. Occorre dar ragione alle ricorrenti quando affermano che il benchmarking HSK 2015 contiene alcune incoerenze. Secondo la statistica ospedaliera 2014 dell'UFSP, ad esempio, non esisterebbe alcun ospedale K122 nel Canton Argovia che presenti anche solo lontanamente 9'111 dimissioni e un Case-Mix-Index (CMI) di 1.2027 (B-act HSK 7 cifra 37, in particolare nota 2 a piè di pagina). (7.3.1.4 SVITTO)

Nel complesso, il calcolo delle tariffe degli ospedali di Svitto presenterebbe dunque già dei difetti a livello di approccio per quanto riguarda la trasparenza dei dati, ragione per cui nel benchmarking il Consiglio di Stato non può basarsi su tale calcolo delle tariffe (RRB 548 consid. 2.1 in combinazione con consid. 2.5).

Per quanto riguarda il benchmarking e il calcolo delle tariffe di tarifsuisse l'istanza precedente ha spiegato che nella determinazione dei costi LAMal pertinenti per la tariffa questi ultimi si erano orientati al modo di procedere usuale, che però purtroppo non hanno esposto nessun tipo di dati riferiti ai costi o calcoli dei singoli ospedali a livello di cifre (V-act. tarifsuisse 6); non risulterebbe neppure quali fornitori di prestazioni sarebbero stati presi in considerazione per il confronto tra aziende. Secondo l'istanza precedente, tutto ciò rende impossibile verificare e controllare l'attendibilità dei dati. Afferma pure che occorrerebbe partire dal presupposto che la procedura sulla determinazione dei costi per caso sia in larga misura contraria alle raccomandazioni della CDS (raccomandazioni CDS 2012 pag.1) e alla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, ciò in particolare per quanto riguarda le deduzioni per costi supplementari per pazienti con assicurazione complementare, le deduzioni per prestazioni economicamente d'interesse generale, comprese ricerca e insegnamento universitario, e la questione del percentile (parametro dell'efficienza). I costi per le immobilizzazioni sarebbero inoltre stati considerati secondo REKOLE® e dunque non in conformità con la LAMal. Per questo motivo il benchmarking di tarifsuisse sarebbe affetto da difetti, vista l'insufficiente trasparenza dei dati. (7.3.3 SVITTO)

Tali dati della sorveglianza sui prezzi che sono stati impiegati, secondo l'istanza precedente si basano sulla statistica ospedaliera 2014 e sulla statistica medica degli stabilimenti ospedalieri 2014 dell'Ufficio federale di statistica (UST) e non sui dati effettivi degli ospedali. L'istanza precedente critica pure l'insufficienza e la poca trasparenza della determinazione dei baserate del benchmarking della sorveglianza sui prezzi, perché gli ospedali coinvolti nel benchmarking sarebbero stati inseriti nell'elenco solamente in forma anonimizzata, ciò che renderebbe impossibile il controllo dell'attendibilità. Non sarebbe neppure possibile valutare se i dati degli ospedali coinvolti, riferiti ai costi e alle prestazioni, siano stati rilevati secondo una metodologia uniforme e secondo i criteri sviluppati dalla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale (RRB 548, cifra 2.4). [...] L'istanza precedente critica in particolare che la metodologia adottata dalla sorveglianza sui prezzi, che teneva conto dei tassi di deduzione graduati secondo il numero di letti per lo scorporo dei costi di insegnamento universitario e ricerca, non sia conforme alla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale (RRB 548 consid. 2.4.10). (7.3.4 SVITTO)

Nella propria conclusione l'istanza precedente ha constatato che le parti coinvolte nella procedura di fissazione non riescono a presentare un benchmarking appropriato conforme alla LAMal. In particolare sarebbero insufficienti l'assenza di cifre dettagliate e le informazioni non trasparenti, motivo per cui per la fissazione delle tariffe non sarebbero stati considerati tali benchmarking (RRB 548 consid. 2.1-2.5; B-act. HSK 6 cifra 8 (7.3.5 SVITTO)

Concludendo si può constatare che i benchmarking dei partner tariffali o della sorveglianza sui prezzi continuano a presentare alcuni difetti. Il benchmarking HSK si presenta come dettagliato e in molte parti anche ricostruibile, nessuno dei benchmarking presentati riesce però a soddisfare i requisiti. Fintanto che, a causa della mancata uniformità dei costi per caso, i singoli ospedali non possono essere confrontati in un benchmarking a livello svizzero, occorre continuare a concedere un grande potere d'apprezzamento all'autorità preposta alla fissazione. (7.3.6 SVITTO)

## Capitolo 8: Autonomia contrattuale dei partner tariffali e ruolo dei Cantoni

### Spiegazioni e riferimenti

#### Ad 1 e 2:

Una regolamentazione o una prassi secondo cui le tariffe che superano il valore di riferimento determinato dal Cantone di oltre il 2% non vanno approvate, viola l'autonomia dei partner tariffali (24.4.8 DTAF WAID/TRIEMLI). Occorre però tutelare l'approccio alla soluzione dell'istanza precedente di approvare delle tariffe concordate senza motivazione solamente in un determinato quadro e di approvarle solamente con una motivazione adeguata al di fuori di tale ambito.

Nel sistema della LAMal le convenzioni tariffarie dovranno costituire la regola e le fissazioni d'ufficio delle tariffe l'eccezione. Pure il messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattia mette in evidenza il primato della convenzione tariffale. Con la LAMal dovrebbe inoltre rafforzarsi la libertà contrattuale tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Nella propria giurisprudenza il Consiglio federale ha stabilito che entro i limiti della LAMal le parti contraenti possono elaborare liberamente il contenuto della convenzione tariffale a propria discrezione, ragione per cui non entra in considerazione una limitazione a posteriori della libertà contrattuale in occasione della procedura di approvazione. Le parti alla convenzione tariffale possono dunque invocare la libertà contrattuale, nella misura in cui le parti contraenti dispongono ancora di autonomia entro i limiti stabiliti dalle leggi sull'assicurazione malattia (3.5.1 DTAF HIAG).

La libertà contrattuale e il primato contrattuale sono protetti e non possono essere sostituiti da un primato della determinazione d'ufficio delle tariffe. Non sarebbe compatibile con la libertà contrattuale imporre alle parti contraenti, oltrepassando i limiti del diritto federale, uno dei risultati più importanti delle negoziazioni, vale a dire il valore di base per caso. Non è altresì compatibile con la libertà contrattuale obbligare gli assicuratori a concordare l'ammontare del valore di base per caso non solamente con l'ospedale, ma anche con gli altri assicuratori rispettivamente le loro comunità di acquisti. Tali prescrizioni sostituirebbero tra l'altro di fatto il primato contrattuale con un primato della determinazione d'ufficio delle tariffe, dato che i partner tariffali in tal caso non sarebbero probabilmente più disposti a intavolare trattative dispendiose per cercare compromessi sostenibili (3.5.2 DTAF HIAG).

Già nella propria sentenza C-4460/2013 del 29 ottobre 2014 (DTAF 2014/37) il Tribunale amministrativo federale aveva dovuto decidere in merito alla conformità con il diritto federale del principio cantonale della strutturazione tariffaria ancorato nel §8 capoverso 2 della legge ospedaliera (SpiG). Contrariamente a quanto supposto dall'istanza precedente, il §8 capoverso 2 SpiG non rappresenta una concretizzazione ammessa del principio di equità ai sensi dell'art. 46 cpv. 4, 2° periodo LAMal. La norma cantonale viola piuttosto questo e altri principi della LAMal, segnatamente il primato contrattuale e la libertà contrattuale (DTAF 2014/37 consid.3.4-3.5.3) (4.1 DTAF Baden).

#### ad 3:

Le diverse mansioni ed esigenze richieste dalla procedura di approvazione e di fissazione e il rispetto dell'autonomia contrattuale dei partner tariffali richiedono procedure separate per la valutazione dell'approvazione e la fissazione. (24.5.1 DTAF WAID/TRIEMLI).

Dato che sia all'autorità preposta alla fissazione delle tariffe sia ai partner contrattuali di una convenzione tariffale è concesso un importante margine di apprezzamento, a causa della valutazione differente della fattispecie e dell'applicazione differente dell'apprezzamento nelle due procedure di determinazione possono risultare tariffe differenti (cfr. consid. 24.3.3). Ciò è possibile in particolare nel caso di differenziazioni delle tariffe individuali per ospedale per motivi di equità (cfr. consid. 22). Considerato l'approccio della verifica limitato alla legalità, all'economicità e all'equità anche le tariffe concordate che si scostano dalle tariffe stabilite possono essere approvate e una mancata approvazione non può essere motivata unicamente con la deviazione della tariffa convenuta dal valore di riferimento. (24.5.1 DTAF WAID/TRIEMLI).

All'autorità cantonale competente incombono mansioni differenti nell'ambito della procedura di determinazione secondo l'art. 47 cpv. 1 LAMal da una parte e della procedura d'approvazione secondo l'art. 46 cpv. 4 LAMal dall'altra:

- nell'ambito della procedura d'approvazione deve verificare se la tariffa stabilita dai partner tariffali è conforme alla legge e ai principi legali dell'economicità e dell'equità.
- Nell'ambito della procedura di fissazione l'autorità stessa deve invece stabilire una tariffa, e pure questa deve essere in armonia con i principi legali menzionati.

Per quanto riguarda la determinazione del prezzo, sia i partner tariffali sia l'autorità competente per la determinazione dispongono ciascuno di un margine di apprezzamento, entro i limiti imposti dalla legge. Nell'ambito della procedura d'approvazione l'autorità non deve sostituire il potere d'apprezzamento delle parti contraenti esercitato in modo appropriato con il proprio potere d'apprezzamento.

Ne consegue che il principio secondo cui il Tribunale amministrativo federale deve lasciare un considerevole margine di manovra alle istanze precedenti nell'attuazione della regola di formazione del prezzo secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal, vale in primo luogo per la fissazione delle tariffe.

Se invece occorre valutare la mancata approvazione della convenzione tariffale, il Tribunale amministrativo federale deve pure analizzare se l'autorità competente per l'approvazione ha rispettato il margine di apprezzamento cui hanno diritto i partner tariffali ([3.1 DTAF HIAG](#)).

#### **ad 4 e 5:**

L'approvazione di una convenzione tariffale (art. 46 cpv. 4 LAMal) compete al governo cantonale che ha conferito un mandato di prestazioni all'ospedale in questione (in caso di competenze in concorrenza tra loro prevale quella del Cantone di ubicazione). Lo stesso vale per la determinazione della tariffa secondo l'art. 47 cpv. 1 LAMal (in merito a tutto l'argomento: DTAF 2013/8).

Sia nella procedura di approvazione sia pure in quella di determinazione il governo cantonale competente deve controllare se la tariffa è conforme al principio di economicità. La LAMal non prevede il controllo dell'economicità da parte di un altro governo cantonale (non competente ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4 e 47 capoverso 1 LAMal).

Ne consegue che per valutare l'economicità degli ospedali a cui non ha conferito il mandato di prestazioni il Consiglio di stato può basarsi unicamente sul controllo dell'economicità del governo cantonale competente ([10.3.2 DTAF LUKS](#)).

#### **ad 6:**

I Cantoni non devono solamente garantire un'assistenza ospedaliera sufficientemente circostanziata alla propria popolazione residente, bensì sono pure responsabili del fatto che gli ospedali da essi inseriti nell'elenco degli ospedali dispongano di una tariffa conforme alla legge. L'approvazione di una convenzione tariffale (articolo 46 capoverso 4 LAMal) compete dunque al governo cantonale che ha conferito un mandato di prestazioni all'ospedale in questione (in caso di competenze in concorrenza tra loro prevale quella del Cantone di ubicazione). Lo stesso vale per la determinazione della tariffa secondo l'articolo 47 capoverso 1 LAMal. Sia nella procedura di approvazione sia pure in quella di determinazione il governo cantonale competente deve controllare se la tariffa è conforme al principio di economicità ([10.3.1 DTAF LUKS](#)). Ne consegue che per valutare l'economicità degli ospedali a cui non ha conferito il mandato di prestazioni il Consiglio di stato può basarsi unicamente sul controllo dell'economicità del governo cantonale competente ([10.3.2 DTAF LUKS](#)).

#### **ad 7:**

Nella propria decisione, l'istanza precedente si è evidentemente orientata rispettivamente alla sentenza C-3425/2013 (DTAF 2015/8) o alla procedura del Consiglio di Stato del Canton Glarona. Il Tribunale amministrativo federale in tal caso ha per principio considerato appropriato il fatto che - per compensare il confronto mancante tra aziende ai sensi dell'art. 49 cpv. 8 LAMal -

l'istanza precedente si sia appoggiata su diversi benchmarking di cui disponeva (della HSK, del Canton Zurigo e dell'Associazione SpitalBenchmark), tanto più che in quel momento nessun benchmarking adempiva integralmente i requisiti posti. (7.1 BASILEA-CAMPAGNA)

Nella fattispecie l'istanza precedente ha proceduto a un confronto tra i costi per caso, sulla base di dati provenienti dai benchmarking di tarifsuisse, della HSK e dell'Associazione SpitalBenchmark. [...] Non è necessario contestare tale procedura, visto che per gli anni tariffari 2012 e 2013 non è tuttora disponibile alcun benchmarking che adempia integralmente i requisiti della LAMal. (7.2+ 7.2.1 BASILEA-CAMPAGNA)

Nella DTAF 2014/36 si espone quali siano le condizioni ideali affinché i costi per caso possano essere paragonati (consid. 4) e quali di queste condizioni mancano ancora rispettivamente richiedono miglioramenti (consid. 5). Tra le condizioni mancanti risp. da migliorare vi sono in particolare:

1. le comparazioni tra ospedali sui costi, da effettuare a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal),
2. la standardizzazione della determinazione dei costi e delle prestazioni (art. 49 cpv. 7 LAMal) e
3. l'affinamento della struttura tariffaria.

Per quanto riguarda la futura determinazione dei prezzi è indispensabile che sia attuato prima possibile l'obbligo di allestimento delle comparazioni tra ospedali, in particolare per quanto riguarda i costi. Pure nella fase introduttiva è però necessaria una determinazione dei prezzi orientata agli obiettivi a cui aspirava il legislatore. I partner tariffali, le autorità competenti per la determinazione e le autorità che approvano hanno in cambio l'opportunità di basarsi su dati disponibili possibilmente significativi e di "sanare" i difetti scoperti con provvedimenti correttivi appropriati. Su tale base - perlomeno nella fase di introduzione dei forfait per caso riferiti alle prestazioni - il Tribunale amministrativo federale dovrà concedere alle istanze precedenti un considerevole margine di manovra per l'attuazione della regola concernente la formazione dei prezzi ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1, 5° periodo LAMal rispettivamente per l'attuazione del benchmarking. Se la modalità di procedere dell'istanza precedente appare sostenibile, la decisione va tutelata, anche se altre modalità di procedere sembrerebbero più adeguate a raggiungere gli obiettivi a cui aspirava il legislatore (DTAF 2014/36 consid. 5.4, cfr. pure DTAF 2014/3 consid. 10.1.4) (3.4 DTAF SPZ).

La decisione a sapere se occorre applicare la regola della formazione dei prezzi ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal non rientra però nel potere d'apprezzamento dell'autorità competente per la determinazione (cfr. pure DTAF C-6391/2014 consid. 4.8) (Decisione del TAF C-4264/2013 del 20 aprile 2015) (4.1 DTAF SPZ) (6.2 DTAF UKBB).

#### **ad 8:**

In conclusione ne risulta che la decisione impugnata non è compatibile con le prescrizioni del diritto federale e va cassata. Per diversi motivi la fissazione del forfait per giornata da parte del tribunale, come richiesto dalla ricorrente, non è appropriata. In particolare nella fissazione della tariffa occorre decidere in merito a diverse questioni di apprezzamento, decisione che compete in primo luogo al governo cantonale e non al Tribunale amministrativo federale (DTAF 2014/3 consid.10.4 in combinazione con le consid. 3.2.7 e 10.1.4) Per una decisione riformatoria mancano pure dati essenziali per la decisione. È inoltre contrario a una decisione riformatoria il fatto che il Tribunale amministrativo federale decida quale istanza giudiziaria unica (cfr. art. 83 lett. r LTF) e le parti non dispongano dunque di alcun rimedio giuridico contro la decisione di fissazione, il che considerando la garanzia della tutela giurisdizionale ancorata nell'art. 29a Cost. apparirebbe problematico. La fattispecie va dunque ritornata all'istanza precedente per la richiesta di dati essenziali per la decisione e la successiva fissazione di un nuovo forfait per giornata ai sensi dei considerandi. (18. DTAF UPK Basilea).

Il ricorso in materia di diritto pubblico inoltrato al Tribunale federale contro le decisioni nell'ambito dell'assicurazione malattie, prese dal Tribunale amministrativo federale in conformità con l'art. 33 lett. i LTAf in combinazione con l'art. 53 cpv. 1 LAMal, è inammissibile ai sensi dell'art. 83 lett. r della Legge sul tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). La presente decisione è dunque definitiva. (20. DTAF UPK Basilea).

Secondo la giurisprudenza, anche un'autorità di ricorso a cui compete la completa cognizione, nelle questioni di apprezzamento è tenuta a rispettare un margine decisionale dell'istanza precedente. Essa deve correggere una decisione inadeguata, può però affidare all'istanza precedente la scelta tra diverse soluzioni adeguate (cfr. DTF 133 II 35 consid. 3). Il Tribunale amministrativo federale deve dunque controllare unicamente la decisione dell'istanza precedente e non deve sostituirsi a quest'ultima (cfr. DTF 126 V 75 consid. 6). La riservatezza del tribunale nell'esaminare le valutazioni dell'istanza precedente è indicata in particolare se l'adempimento del potere discrezionale, l'applicazione di nozioni giuridiche indeterminate o l'apprezzamento dei fatti richiede conoscenze elevate, specializzate nell'ambito tecnico, scientifico o economico (cfr. DTF 135 II 296 consid. 4.4.3; 133 II 35 consid. 3; 128 V 159 consid. 3b/cc). Non costituisce dunque una limitazione inammissibile della cognizione, se il tribunale - che non è organizzato quale tribunale specializzato - non si scosta dal parere dell'istanza precedente, se non in caso di assoluta necessità, nella misura in cui si tratta dell'esame di questioni specialistiche tecniche, scientifiche o economiche in cui l'istanza precedente dispone di particolari conoscenze tecniche (cfr. DTF 139 II 185 consid. 9.3; 135 II 296 consid. 4.4.3; 133 II 35 consid. 3 con rinvio; DTAF 2010/25 consid. 2.4.1 con altre indicazioni). Ciò vale in ogni caso nella misura in cui l'istanza precedente ha esaminato i punti di vista essenziali per la decisione ed eseguito in modo diligente e completo le necessarie inchieste (DTF 139 II 185 consid. 9.3; 138 II 77 consid. 6.4) (4.4 DTAF PSY BL).

**ad 9:**

Nella propria decisione di principio DTAF 2014/3 il Tribunale amministrativo federale si è occupato dell'interpretazione della regola concernente la struttura delle tariffe, di cui all'art. 59c cpv. 1 OAMal (DTAF 2014/3 consid. 2). Ai sensi dell'interpretazione secondo la legge rivista, per «i costi della prestazione comprovati» ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. a OAMal non s'intendono i costi individuali dell'ospedale la cui tariffa è oggetto della valutazione, bensì dei costi dell'ospedale i cui costi formano il benchmark (DTAF 2014/3 consid. 2.10.1). Ai sensi di tale interpretazione, pure nel caso dei «costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni» ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. b OAMal si tratta dei costi dell'ospedale che crea il benchmark. Secondo l'interpretazione citata, per principio non va né approvato né stabilito alcun valore di base per caso superiore al valore di riferimento (restano riservate le differenziazioni tra le tariffe in caso di particolarità specifiche all'ospedale [cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.8]). Pure la versione rivista del finanziamento degli ospedali prevede che siano ammessi unicamente degli utili di efficienza (DTAF 2014/3 consid. 2.9.4.4). (5.3 DTAF UKBB).

**ad 10:**

Secondo il diritto rivisto concernente il finanziamento degli ospedali, il principio della remunerazione dei costi non è più valevole (DTAF 2014/3 consid. 2.8.5). Sia per l'approvazione della tariffa sia per la fissazione d'ufficio della tariffa va imperativamente osservato il principio di economicità e la regola concernente la struttura delle tariffe ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal (DTAF 2014/36 consid. 3.6 e 6.7). Fissare la tariffa unicamente sulla base dei costi dell'ospedale in questione non è sufficiente e secondo il nuovo diritto non è conforme alla LAMal (decisione parziale del TAF C-6391/2014 del 26 febbraio 2015 consid. 4.8). (6.2 DTAF UKBB).

**ad 11:**

L'istanza precedente ha omesso di richiedere dalla parte resistente i dati completi e trasparenti. Non ha dunque adempiuto al proprio obbligo di verifica. Non erano perciò adempiute le condizioni per una fissazione in via eccezionale del valore del punto senza tener conto dei dati concreti relativi ai costi e alle prestazioni. (6.4.2 DTAF OW)

È pur vero che occorre mirare a equiparare i valori del punto per ospedali e per fisioterapisti e fisioterapisti attivi negli studi esterni (in merito al valore del punto TARMED cfr. sentenza C-2997/2012 consid. 7.6; sentenza TAF C-1220/2012 del 22 settembre 2015 consid. 7.8.4). Tale obiettivo non vale però in maniera assoluta, visto che occorre considerare pure gli altri principi di organizzazione delle tariffe della LAMal - segnatamente l'economicità e il dimensionamento di economia aziendale delle tariffe (cfr. sentenza TAF C-1918/2016 pag. 28; 3583/2013 dell'8 giugno 2017 consid. 11.6.3). Il confronto con altri fornitori di prestazioni di regola deve avvenire con il secondo passo della fissazione della tariffa, vale a dire con il controllo dell'economicità (non

così nelle tariffe ospedaliere stazionarie [settore somatica acuta], cfr. sentenze TAF C-3497/2013 del 26 gennaio 2015 consid. 3.1.3; C-2350/2014 del 29 gennaio 2016 consid. 4; fondamentale: DTAF 2014/3 consid. 2.8.5. ss.). Se il valore del punto per prestazioni di fisioterapia di un ospedale venisse innalzato al livello di altri fornitori di prestazioni, indipendentemente dai costi giustificati in modo sufficientemente circostanziato, ciò sarebbe in contraddizione con il principio ancorato nell'art. 59c cpv. 1 OAMal, secondo cui una tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente e al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni. (6.4.2 DTAF OW)

**ad 12:**

Secondo la giurisprudenza, in conformità con l'art. 47 cpv. 1 LAMal, per principio vige una tariffa stabilita d'ufficio per la durata dello stato privo di convenzione tariffale e di regola non va limitata nel tempo. Il diritto federale non obbliga i governi cantonali a limitare la durata di validità delle tariffe nel senso di una durata massima o di stabilire nuove tariffe ogni anno, ma non lo vieta neppure. Non è però compatibile con la LAMal stabilire una durata minima di validità o una durata fissa per la tariffa. (8.2 BASILEA-CAMPAGNA)

Per motivi di sicurezza del diritto, le tariffe vanno normalmente concordate e approvate prima della loro entrata in vigore. Se un governo cantonale fissa tariffe limitate nel tempo, la scadenza del termine di regola va stabilito sufficientemente avanti nel tempo, per permettere ai partner tariffali di adempiere al proprio obbligo di intavolare negoziazioni tariffali (sentenza DTAF C-3900/2015 del 20 aprile 2017 consid. 5.4 con rinvio a DTAF 2010/24 consid. 5.2 e 6).

Se, come nella fattispecie, si tratta della fissazione della tariffa limitata nel tempo e situata nel passato, secondo la giurisprudenza ciò non è problematico soprattutto quando per il periodo successivo già sono state stabilite o approvate nuove tariffe o quando una procedura di fissazione è pendente (sentenza C-3900/2015 consid. 5.2.4).

(8.3 BASILEA-CAMPAGNA)

## Capitolo 9: Il principio di equità nella LAMal

### Spiegazioni e riferimenti

#### ad 1

Equità significa giustizia nel caso concreto e può giustificare un "trattamento speciale" rispettivamente "un'eccezione dal principio del diritto secondo cui occorre procedere per regole".

Secondo la letteratura con il principio ancorato nell'articolo 46 capoverso 4 LAMal della strutturazione tariffaria secondo equità s'intende in primo luogo una convenzione equilibrata che garantisca la compensazione dei diversi interessi delle parti.

Con l'esame dell'equità s'intende in particolare:

- salvaguardare gli interessi degli assicurati
- impedire che una parte faccia concessioni ingiustificate sotto la pressione dell'altra parte oppure
- impedire che singoli fornitori di prestazioni vengano favoriti o sfavoriti senza un motivo obiettivo.
- stabilire se dal punto di vista economico è possibile pretendere la tariffa dagli assicuratori e dagli assicurati.

Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale dal principio dell'equità consegue pure, con la nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero, la possibilità ed eventualmente la necessità di valori di base per caso individuali per ospedale.

Esaminandola dal profilo del principio di equità prescritto dall'art. 46 cpv. 4 LAMal si tratta dunque di sapere se la convenzione tariffale nel caso singolo è adeguata (3.3.4 DTAF HIAG).

#### ad 2:

Nella letteratura – ma nella fase antecedente all'emanazione dell'art. 59c OAMal e prima dell'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero – è stato sostenuto l'avviso che il concetto di equità rispettivamente il relativo contenuto parziale della sostenibilità economica potrebbe riferirsi anche all'intero sistema LAMal. A tal proposito RÜTSCHKE osserva però giustamente che questo aspetto è già coperto dal principio dell'economicità. Inoltre la focalizzazione sui costi complessivi richiederebbe secondo HIERLING/ COULLERY un criterio unitario a livello svizzero. Anche se una tale concretizzazione fosse in armonia con il principio dell'equità, occorrerebbe attuarla a livello federale e non in un singolo Cantone (3.3.5 DTAF HIAG).

#### ad 3:

Nella determinazione dei prezzi occorre eventualmente tener conto della situazione specifica dei fornitori di prestazioni, di modo che – partendo da un valore di riferimento – debbano essere negoziati o stabiliti dei valori di base per caso differenziati (3.3.2 e 3.3.4 DTAF HIAG).

Nella determinazione dei prezzi occorre inoltre eventualmente tener conto della situazione specifica dei fornitori di prestazioni, di modo che – partendo da un valore di riferimento – per motivi di equità vadano negoziati o stabiliti dei valori di base per caso differenziati (cfr. in merito DTAF 2014/36 consid. 6.8, come pure consid. 3.4 e 22.3 ss.). (3.6 DTAF UKBB).

Nelle proprie raccomandazioni in merito al controllo dell'economicità la CDS ha constatato che in particolare tra gli ospedali universitari e gli altri ospedali, a causa della struttura tariffaria non ancora sufficientemente differenziata, sussistono differenze sistematiche a livello di situazione dei costi. Di conseguenza sarebbero possibili tariffe divergenti, che però andrebbero esplicitamente motivate (Raccomandazioni in merito al controllo dell'economicità, approvate dal Comitato della CDS in data 12 luglio 2012, p. 8). La presenza di soli costi per caso elevati non giustifica un aumento della tariffa individuale dell'ospedale (DTAF 2014/36 consid. 22.7.2). Dato che i costi della ricerca e dell'insegnamento universitario non possono confluire nelle tariffe (articolo 49 capoverso 3 lettera b LAMal), anche il mandato di insegnamento e ricerca universitario non può giustificare una differenziazione delle tariffe per gli ospedali universitari. Con la struttura tariffale SwissDRG versione 1.0 non è ancora stata raggiunta una raffigurazione appropriata, in particolare di casi terapeutici molto onerosi (DTAF 2014/36 consid. 22.4; sentenza C\_2255/2013

consid. 3.3). La ripartizione differente di casi dispendiosi e più semplici del medesimo DRG sui fornitori di prestazioni può portare a un'allocazione errata dei ricavi sugli ospedali. La determinazione di valori di base per caso differenziati quale correzione di tale effetto non rappresenta un intervento sulla struttura tariffale contrario al sistema (DTAF 2014/36 consid. 22.7). L'argomento secondo cui un ospedale si occupi maggiormente di casi complessi a causa della propria posizione alla fine della catena delle cure medico-sanitarie o non possa orientare la propria attività a casi redditizi, può dunque essere appropriato a giustificare un valore di base per caso più elevato (sentenza parziale C-6391/2014 consid. 6.3). Nonostante gli ospedali universitari spesso ricoprano una posizione quali fornitori di prestazioni massime alla fine della catena delle cure medico-sanitarie, non necessariamente adempiono i requisiti per una differenziazione della tariffa individuale per l'ospedale. Occorre provare quali casi sono stati trattati e quali non sono stati remunerati in maniera appropriata a causa della struttura tariffaria, ove oltre ai casi deficitari andrebbero registrati pure i casi redditizi (DTAF 2014/36 consid. 22.7 s.). (9.3.2 DTAF UKBB).

Ai sensi della DTAF 2014/36 (perlomeno in una fase transitoria, cfr. sopra consid. 3.5) in occasione della formazione dei prezzi occorre eventualmente tener conto della situazione dei fornitori di prestazioni, di modo che per motivi di equità (cfr. art. 46 cpv. 4 LAMal) è necessario negoziare o fissare dei valori di base per caso differenziati. Dato che la legge richiede che le tariffe si rifacciano a ospedali vantaggiosi ed efficienti, una differenziazione dei prezzi può essere giustificata unicamente in singoli casi motivati. Segnatamente se si parte da un valore di riferimento valido a livello svizzero, in casi motivati converrà prevedere supplementi e deduzioni. Il testo dell'art. 49 cpv. 1, 5° periodo LAMal ("si rifanno") costituisce un indizio per il fatto che i partner tariffali, l'autorità che approva e l'autorità competente per la determinazione godono in tal senso di un margine di apprezzamento (DTAF 2014/36 consid. 6.8). Una differenziazione della tariffa può ad esempio giustificarsi se vi sono differenze nei costi strutturali a livello regionale (costi salariali e dell'ubicazione; DTAF 2014/36 consid. 6.8.1) oppure se singoli ospedali forniscono prestazioni di portata molto diversa nel settore dell'insegnamento universitario (cfr. DTAF 2014/36 consid. 6.8.2 con indicazione; cfr. pure sopra consid. 5.1.2). È inoltre ammessa la differenziazione tra gli ospedali dotati e quelli non dotati di un reparto di cure urgenti (DTAF 2014/36 consid. 21.4). (6.1 & 6.1.1 DTAF COIRA).

Con l'ausilio di diversi criteri è possibile esaminare la questione a sapere se una clinica con due ubicazioni vada trattata come un ospedale (unico) a livello di tariffa, oppure se sussistono due ospedali con due tariffe differenti, Vale a dire:

- a. il mandato di prestazioni del Cantone,
  - b. l'inquadramento giuridico dei gestori,
  - c. la distanza locale e la situazione dell'edificio,
  - d. la composizione e la ripartizione delle cliniche e dei settori specializzati, la struttura e l'organizzazione dirigenziali, il tipo di contabilità, l'organizzazione del personale o l'organizzazione delle urgenze (C-2290/2013 consid. 8.3). (2.2.2 DTAF Gut GR).
- a. Nella sentenza C-2290/2013, che concerneva la fondazione See-Spital (con due sedi ospedaliere), il Tribunale amministrativo federale, come già l'istanza precedente, ha fatto riferimento ai mandati di prestazioni. Esso ha segnatamente preso in considerazione che agli ospedali dotati di un mandato con il pacchetto di base per la chirurgia e la medicina interna (PB) andrebbe prescritta la gestione di un reparto di cure urgenti adeguato e di un reparto di cure intensive. Gli ospedali con un mandato di prestazioni per il pacchetto di base per i fornitori di prestazioni elettivi (PBE) non potrebbero gestire un reparto di cure urgenti accessibile a tutti e polivalente. Dato che il Cantone aveva conferito dei mandati di prestazioni diversi alle due ubicazioni (una volta PB e una volta PBE), la fondazione See-Spital non è libera di decidere quali prestazioni offrire in quale sede. Conformemente al mandato di prestazioni differente, nelle due ubicazioni deve anche mettere a disposizione offerte differenti a livello di personale e infrastruttura (C-2290/2013 consid.8.4.2). (2.3.1 DTAF Gut GR) Il Tribunale amministrativo federale ha però stabilito quale disincentivo, che nel contesto della determinazione della tariffa non è possibile riferirsi incondizionatamente alla suddivisione nell'elenco degli ospedali. Per quando concerne la delimitazione delle aziende ospedaliere negli elenchi degli ospedali, i Cantoni disporrebbero di prassi diverse. L'inserimento in

maniera distinta o separata nell'elenco degli ospedali potrebbe avere motivi storici. Secondo il TAF occorre dunque verificare, se la tenuta separata nell'elenco degli ospedali si basi su una pianificazione ospedaliera conforme alla legge e se tale suddivisione sia appropriata pure per la fissazione della tariffa (C-2290/2013 consid.8.4.3). Tali principi devono valere pure se un ospedale con due ubicazioni è inserito nell'elenco come *un unico* fornitore di prestazioni.

(2.3.2 DTAF Gut GR).

- b. Né una gestione comune, né la contabilità possono singolarmente essere un criterio determinante, tanto più che entrambi sono strutturati unilateralmente dagli ospedali (C-2290/2013 consid. 8.3.1). Secondo la giurisprudenza è primariamente determinante, se l'orientamento dell'organizzazione ospedaliera su casi urgenti e non pianificabili riguarda entrambe le ubicazioni o se un'ubicazione può approfittare dei vantaggi di un ospedale elettivo (C-2290/2013 consid. 8.3.2). (2.2.3 DTAF Gut GR).
- c. A causa della distanza geografica delle due ubicazioni di Coira e St. Moritz non è possibile partire dal presupposto che il reparto di cure urgenti gestito a St. Moritz abbia ripercussioni sull'ubicazione di Coira e la relativa organizzazione ospedaliera. La clinica Gut infatti non lo afferma. Essa si appella piuttosto al fatto che la clinica Gut quale azienda nel suo complesso sia gravata dei costi supplementari del reparto di cure urgenti. Dopo quanto asserito questo non può però essere determinante. (2.2.4 DTAF Gut GR).
- d. ...Con il nuovo finanziamento degli ospedali s'intendono finanziare le prestazioni e non le strutture ospedaliere (cfr. DTAF 2013/8 consid. 2.5.2.1; 2013/17 consid. 2.4.2.2; 2014/36 consid. 10.2.4). La clinica Gut offre le prestazioni di cure urgenti nell'ubicazione di St. Moritz, ma non in quella di Coira. La ricorrente non può dunque dedurre nulla a proprio favore rifacendosi al principio della parità di trattamento. (2.2.5 DTAF Gut GR).

→...La decisione di fissazione non è da criticare, nella misura in cui l'istanza precedente ha ridotto di CHF 200.- il Baserate per l'ubicazione di Coira, per il fatto che non gestisce un reparto di cure urgenti... (2.4 DTAF Gut GR).

#### **ad 4:**

Le caratteristiche individuali degli ospedali possono richiedere non solamente deviazioni dal valore di riferimento verso l'alto, bensì pure verso il basso (cfr. sopra consid. 6.1; DTAF 2014/36 consid 6.8). (6.3 DTAF COIRA).

Unicamente dalla circostanza che un ospedale presenta costi inferiori alla norma - come nella presentazione di costi più elevati (cfr. DTAF 2014/36 consid. 22.7.2) - non è possibile dedurre la necessità di apporre una correzione. Come riconosciuto dal Tribunale amministrativo federale nella DTAF 2014/3, non è contrario alla LAMal un valore di base per caso che in un ospedale più efficiente (i cui costi per caso depurati dal grado di gravità sono inferiori al benchmark) coprirebbe più dei costi pertinenti per la tariffa (DTAF 2014/3 consid. 2.9.5). Anche secondo il nuovo finanziamento degli ospedali sono però ammessi soltanto degli utili di efficienza, altrimenti non sarebbe ottemperato il principio delle cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal) (DTAF 2014/3 consid. 2.9.4.4). (6.3.4 DTAF COIRA).

#### **ad 5 & 6:**

Nella questione a sapere se sia ammessa e indicata la differenziazione delle tariffe per correggere le distorsioni dovute alla struttura tariffaria, occorre distinguere due costellazioni di fondo, che entrambe contengono il pericolo di un'allocazione errata dei ricavi:

- *valutazione errata*: I cost-weight della struttura DRG sono stati valutati in modo errato (sopra o sottovalutati) e questi DRG valutati in maniera errata, in singoli ospedali si accumulano in modo unilaterale e più che proporzionale (DTAF 2014/36 consid. 22.5). Una tale valutazione errata va corretta in primo luogo mediante la struttura tariffaria. Non può dunque per principio giustificare un valore di base per caso più elevato l'argomento secondo cui un ospedale fornirebbe prestazioni non sufficientemente remunerate a causa di cost-weight della struttura tariffaria SwissDRG 1.0 valutati in modo errato (DTAF 2014/36 consid. 22.6) (sentenza TAF C-6392/2014 del 27 aprile 2015, consid. 4.5).
- *Ripartizione dei casi interna ai DRG*: nei DRG con un'ampia dispersione di casi (DRG non omogenei) i casi redditizi e i casi deficitari del medesimo DRG non si ripartiscono in modo omogeneo su tutti gli ospedali, di modo che singoli ospedali trattano una parte più che

proporzionale di casi deficitari e altri una parte più che proporzionale di casi redditizi (DTAF 2014/36 consid. 22.5). La determinazione di valori di base per caso differenziati per correggere tale effetto non è un intervento sulla struttura tariffaria contrario al sistema (DTAF 2014/36 consid. 22.7; C-6392/2014 consid. 4.5). [\(6.1.2 DTAF COIRA\)](#).

**ad 7:**

Le ripercussioni negative dovute a una ripartizione disuguale dei casi all'interno dei DRG toccano in particolare gli ospedali alla fine della catena delle cure, dato che essi non possono per principio trasferire i casi complessi e (altamente) deficitari a un altro fornitore di prestazioni ("fornitori di prestazioni finali"). Nel caso degli ospedali universitari non sono infatti i mandati di prestazioni nel settore MAS, bensì questa posizione di fornitori di prestazioni finali e i casi altamente deficitari che ne derivano, (semmai) a giustificare dei valori di base per caso più elevati (cfr. sentenza TAF C-2255/2013 del 24 aprile 2015 consid.3, 3.4 e 8.2; C-6392/2014 consid.3 e 9.2; Decisione del Consiglio di Stato del Canton Zurigo [RRB 278/2013] del 13 marzo 2013 p.18 s.). [\(6.2 DTAF COIRA\)](#).

Per le prestazioni specializzate e altamente specializzate la struttura tariffaria prevede dei cost-weight più elevati, che comportano dunque remunerazioni corrispondentemente più elevate. Per le prestazioni dell'ospedale cantonale nel settore MAS - contrariamente all'avviso dell'istanza precedente - non è dunque possibile stabilire un valore di base per caso più elevato in generale. Nella misura in cui l'istanza precedente vuole giustificare il valore di base per caso più elevato per le prestazioni MAS con cost-weight valutati in modo errato nella struttura tariffaria SwissDRG 1.0 (valutazione errata, cfr. sopra consid. 6.1.2), occorre osservare che l'intervento nella struttura tariffaria non è di competenza del governo cantonale (cfr. DTAF 2013/36 consid.22.6). [\(6.2.1 DTAF COIRA\)](#).

### **Spiegazioni e riferimenti**

#### **Ad 1 e 2:**

le cure ambulatoriali e stazionarie (ospedaliere) sono termini definiti a livello di diritto federale e che vanno considerati identici in tutte le disposizioni di legge in cui vengono citati, ragione per cui i partner tariffali non sono autorizzati a definire autonomamente quali prestazioni siano da intendersi come ambulatoriali e quali come stazionarie (8.2 DTAF RheinbAG).

La legge disciplina in modo esaustivo l'obbligo di partecipazione dei Cantoni e non è possibile modificarlo mediante convenzione tariffale tra fornitori di prestazioni e assicuratori malattie; in particolare tramite convenzione tariffale non è possibile introdurre un obbligo dei Cantoni a partecipare ai costi per le cure che superi quello sancito dall'art. 49a cpv. 1 LAMal. Le disposizioni di convenzioni tariffali che introducono una regolamentazione del finanziamento che si scosta dall'art. 49a cpv. 1 LAMal non sono dunque conformi alla legge, e non vanno perciò approvate. Secondo quanto sopra, se il Cantone di domicilio fosse obbligato dalla controversa disposizione della convenzione tariffale a partecipare ai costi di cure ambulatoriali o a remunerazioni supplementari per prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali che non adempiono i requisiti dell'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal ciò sarebbe da considerarsi una violazione dell'art. 49a cpv. 1 LAMal (8.2 DTAF RheinbAG)

#### **Ad 3:**

Occorre però notare che solamente gli ospedali che figurano sull'elenco degli ospedali possono fatturare le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (in seguito AOMS) (art. 35 cpv. 1 in combinazione con l'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal, DTF 132 V 6 cons. 2.4.1), e ciò unicamente nell'ambito dei mandati di prestazioni conferiti (EUGSTER, Rechtsprechung, art. 39 marg. 16). Un fornitore di prestazioni autorizzato può dunque fatturare a carico dell'AOMS unicamente le prestazioni comprese nella propria autorizzazione. Per prestazioni al di fuori dall'autorizzazione rispettivamente prestazioni che vanno oltre la propria autorizzazione dal punto di vista tariffario, esso va trattato come se non fosse autorizzato quale fornitore di prestazioni AOMS (cfr. DTAF 2009/23 cons. 4.1.2). L'istanza precedente segnala dunque a ragione che la clinica di Rheinburg può fatturare secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal unicamente quelle prestazioni stazionarie che sono coperte dal proprio mandato di prestazioni. Per le prestazioni che non rientrano nel proprio mandato di prestazioni non può dunque nemmeno stipulare delle convenzioni tariffarie ai sensi dell'articolo 46 LAMal. Ciò corrisponde inoltre anche al punto 1.2 della convenzione tariffale del 31 ottobre 2012 secondo cui quest'ultima riguarda esclusivamente persone assicurate presso l'assicuratore nell'ambito dell'AOMS secondo la LAMal e che si sottopongono a cure ospedaliere presso la clinica (esclusivamente nell'ambito dei mandati di prestazioni cantonali) (9.2 DTAF RheinbAG).

... Se le prestazioni esterne all'ospedale si situano al di fuori del mandato di prestazioni attribuito, la clinica non può fatturare le prestazioni secondo quanto stabilito dall'art. 49 cpv. 1 LAMal. (9.3 DTAF RheinbAG).

#### **ad 4:**

Quale eccezione alla remunerazione forfetaria le parti possono concordare che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali vengano fatturare separatamente (art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal; cfr. FF 2004 4930). A tale proposito il legislatore ha pensato soprattutto a prestazioni rare e particolarmente onerose, come ad esempio misure particolarmente complicate oppure l'impiego di alta tecnologia estremamente costosa. I costi di prestazioni supplementari di tale genere dovranno dunque poter essere fatturati unicamente quando tali prestazioni sono state effettivamente fornite. In tal modo s'intende evitare soprattutto che venga fatto ricorso eccessivo alla solidarietà inerente a un sistema di forfait (cfr. FF 2004 4930; FF 2001 631, 678; FF 1992 1185 f.; Risposta del Consiglio federale del 26 giugno 2013 all'interpellanza n° 13.3319 «Finanziamento adeguato della pediatria» della Consigliera nazionale Bea Heim del mercoledì 17 aprile 2013; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2010, art. 49 marg. 22; di seguito Legislazione) .... (8.1 DTAF RheinbAG).

Solamente una volta accertato che una prestazione fornita all'interno dell'ospedale o acquisita è

registrata dal mandato di prestazioni della clinica di Rheinburg e dunque può essere fatturata come parte delle cure ospedaliere conformemente all'art. 49 cpv. 1 LAMal, è lecito porsi la domanda se tale prestazione sia contenuta nel forfait giornaliero oppure se possa essere fatturata in più quale remunerazione per prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal. Per principio anche questo genere di prestazioni viene remunerato tramite il forfait giornaliero (cfr. pure la DTF 137 V 36 cons. 4 emanata secondo la vecchia versione della legge; TOMAS POLEDNA, Gesundheitsrecht, in: Aktuelle Anwaltspraxis 2013, p. 1201), come da allegato 5 punto 1.4 della Convenzione tariffale del 31 ottobre 2012. Una tariffazione separata della prestazione esterna all'ospedale (come pure di quella interna) ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal è ammessa unicamente quando ciò possa essere motivato dai costi elevati e dal fatto che venga raramente fatto uso di tale prestazione. Neppure le disposizioni concernenti il nuovo finanziamento ospedaliero hanno portato cambiamenti al riguardo, tanto più che il passaggio in questione concernente le prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali è stato ripreso tale e quale nella nuova disposizione legale (cfr. l'art. 49 cpv. 2, 1° periodo LAMal nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2008) e nel Messaggio relativo alla revisione del finanziamento ospedaliero viene stabilito che dovrà essere mantenuta l'opportunità finora prevista dall'art. 49 cpv. 2 LAMal della tariffazione separata di prestazioni diagnostiche oppure terapeutiche speciali più onerose e fornite più raramente (FF 2004 4930) (9.4 DTAF RheinbAG)

**ad 5:**

...L'obbligo dei Cantoni di partecipare proporzionalmente alle «remunerazioni ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal» oltre ai forfait comprende pure le remunerazioni supplementari per le prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal. Non fanno invece parte delle «remunerazioni ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal» le remunerazioni di prestazioni ambulatoriali, ragione per cui il Cantone non ha partecipato al finanziamento di queste ultime (cfr. GROSS HAWK, op.cit, p. 1226, marg. 34.54) (8.1 DTAF RheinbAG).

**Ad 6 e 7:**

... Se invece non vi è un collegamento diretto tra una cura supplementare da fornire a causa di un'altra sofferenza, attribuibile a una disciplina diversa e la cura stazionaria di riabilitazione, tale prestazione non viene né registrata dal forfait giornaliero della ricorrente né rappresenta una prestazione diagnostica o terapeutica speciale ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 4° periodo LAMal. Essa non può dunque neppure essere oggetto della convenzione tariffale tra le ricorrenti e la clinica. Anche se è possibile che durante una degenza ospedaliera una persona abbia diritto a cure mediche per un'ulteriore sofferenza, esterne all'ospedale (cfr. EUGSTER, Rechtsprechung, articolo 25 marg. 5; WILHELM op cit., p. 483 marg. 14.32, entrambi con rinvio alla DTF 120 V 196 emanata ancora in base al vecchio diritto), ciò non influisce sulla remunerazione delle prestazioni ai sensi dell'approvazione della tariffa oggetto della presente valutazione. Per il trattamento tariffario di una prestazione, contrariamente all'allegato 5 punto 3.2 della Convenzione tariffale non è dunque determinante se la prestazione è fornita dall'ospedale stesso o esternamente da un altro fornitore di prestazioni, come indicato pure dall'UFSP. Se le prestazioni esterne all'ospedale esulano dal mandato di prestazioni attribuito, la clinica non può fatturare le prestazioni secondo quanto stabilito dall'art. 49 cpv. 1 LAMal. (9.3 DTAF RheinbAG).

## Capitolo 11: Il finanziamento delle cure

### Spiegazioni e riferimenti

#### Ad 1 e 2:

Ai Cantoni spetta un ampio margine di apprezzamento nell'elaborazione concreta del finanziamento residuo. L'art. 25a cpv. 5 LAMal ad esempio non è contrario a una tariffazione forfettaria che copre i costi globali. In molti Cantoni - come pure nel Canton San Gallo - è stato fissato un limite massimo per i contributi dell'ente pubblico ai costi di cura (spesso denominati «costi normali» o «deficit normale»). In tal modo s'intendono motivare gli istituti di cura a gestire l'azienda in modo economico e a limitare i costi per le cure (7.2 TAF AGK SG).

I Cantoni hanno dunque per principio il permesso di adempiere al proprio obbligo di finanziamento residuo stabilendo tariffe forfettarie - in questo caso sotto forma di aliquote massime. I costi superiori a tali aliquote (costi residui non coperti) a causa della limitazione dell'importo dei contributi ai sensi dell'art. 25a LAMal non possono essere addossati né alle cure medico-sanitarie obbligatorie né alle persone assicurate. (7.4.1 TAF AGK SG).

Spetta ai Cantoni il compito di garantire l'osservanza delle prescrizioni corrispondenti (contabilità analitica e registrazione delle prestazioni secondo OCPRe, attribuzione dei costi alle cure, assistenza e servizio alberghiero secondo la registrazione delle ore di lavoro), eventualmente sotto forma di prescrizioni tariffarie e - anche nel quadro del loro dovere di vigilanza - di intervenire all'occorrenza e di avviare le misure necessarie. Quale ultima ratio occorre prendere in considerazione lo stralcio di un'istituzione dall'elenco degli istituti di cura allestito in conformità con l'art. 39 LAMal. Se ciò non dovesse avvenire, l'ente pubblico dovrà assumersi i costi supplementari che ne derivano. (7.4.3 TAF AGK SG).

Dal dibattito parlamentare risulta senza ombra di dubbio che i costi residui dovranno essere finanziati completamente dall'ente pubblico (RA S del 25 settembre 2007 [Forster-Vannini, relatrice della Commissione: «...che i Cantoni avranno la competenza propria di disciplinare i costi effettivi (Istkosten), vale a dire i costi residui interni dei Cantoni. [...] In che maniera i Cantoni saldino i costi residui dovrà rimanere di loro competenza»]; pure in RA N del 4 dicembre 2007, p. 1779 [Humbel, relatrice della Commissione], 1785 [Schenker, Ruey]). (7.4.3,1 TAF AGK SG).

Dal rapporto esplicativo cantonale del 6 dicembre 2010 si deduce che il Cantone non ha approfondito ulteriormente i motivi per cui i costi calcolati per punto BESA tra gli istituti di cura presentassero delle differenze talmente grandi. Esso si è limitato invece a rilevare e stabilire lo status quo ed è partito dal presupposto che a medio termine anche le istituzioni con le strutture più costose sarebbero state in grado di ridurre i propri costi incrementando l'efficienza. Come l'UFSP ha giustamente osservato, ciò ha implicato nel contempo che il 25 per cento degli istituti di cura autorizzati, perlomeno a breve termine non avrebbero avuto a disposizione un finanziamento sufficiente. In tal modo il Cantone ha accettato e accetta che gli istituti di cura interessati generino i mezzi finanziari mancanti, in ogni caso per un dato periodo, presso gli ospiti degli istituti sotto forma di tariffe eccessive di assistenza e di vitto. (7.4.4 TAF AGK SG).

Concludendo, ai Cantoni è dunque concesso standardizzare gli importi massimi per ottemperare all'obbligo di finanziamento residuo dei costi di cura imposto loro. Se però tali importi nei singoli casi non coprono i costi, si rivelano non compatibili con la regolamentazione dell'art. 25a cpv. 5, 2° periodo LAMal. (7.4.3 TAF AGK SG).

#### Ad 3 e 4:

Dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure il 1° gennaio 2011, da una parte l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate in regime ambulatoriale in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura (art. 25a cpv. 1 LAMal). Dall'altra parte, anche l'ente pubblico e gli assicurati devono partecipare ai costi delle cure, ove a questi ultimi giusta l'art. 25a cpv. 5, 1° periodo LAMal possono essere addossati i costi delle cure non coperti dall'AOMS solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure

massimo fissato dal Consiglio federale. Conformemente al 2° periodo dell'articolo citato, i Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. (3.1 TAF AGK SG).

L'art. 9 cpv. 2 OPre precisa infine che le prestazioni devono essere fatturate secondo il bisogno di cure. Ciò non vale solamente per le fatture inoltrate all'attenzione dell'AOMS, bensì pure per quelle ai Cantoni o ai Comuni per il finanziamento residuo. In tal modo è garantita l'economicità delle prestazioni. (6.2 TAF AGK SG).

Gli istituti di cura sono obbligati a tenere una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni ai sensi dell'OPre (RS 832.104; cfr. artt. 9, 11, 12, 14, 15 OPre). Nel quadro della contabilità analitica occorre effettuare una registrazione delle ore di lavoro affinché possano essere scorporati i costi dell'assistenza e del servizio alberghiero e determinati quelli delle cure a carico della LAMal. I costi per le prestazioni di cura veri e propri, esposti così in modo trasparente, servono quale base anche per il finanziamento residuo dei Cantoni o dei Comuni. (6.2 TAF AGK SG).

## 13 BIBLIOGRAFIA

Riferimento	Fonte
LUKS	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 7 aprile 2014, in «Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlungen (Fissazione delle tariffe per i trattamenti ospedalieri stazionari) » tra tarifsuisse SA (rappresentante) e l'ospedale cantonale di Lucerna/il Consiglio di stato del Canton Lucerna (C-1698/2013).
WAID/TRIEMLI	Decisione del Tribunale amministrativo federale dell'11 settembre 2014, in « Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik Waid / Triemli (Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta Waid / Triemli)» tra la città di Zurigo e la tarifsuisse SA (rappresentante) / Helsana Assicurazioni SA / Assura-Basis SA / Cassa malati Supra e CdS Canton ZH (C-2283/2013, C-3617/2013).
HIAG	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 29 ottobre 2014 in „KVG, Nichtgenehmigung Tarifvertrag und Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, mancata approvazione della convenzione tariffale e fissazione delle tariffe per il trattamento ospedaliero stazionario)“ tra la Hirslanden Klinik Aarau AG e il Consiglio di stato del Canton Argovia/ Helsana Assicurazioni SA, Sanitas Assicurazioni di base SA, cassa malati KPT SA, (C-4460/2013)
ASAAG	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 19 gennaio 2015 in „KVG, Nichtgenehmigung Tarifvertrag und Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, mancata approvazione della convenzione tariffale e fissazione delle tariffe per il trattamento ospedaliero stazionario)“ tra il gruppo Asana SA e il CdS del Canton Argovia (C-4196/2013)
ANLU	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 26 gennaio 2015 in „KVG, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, fissazione delle tariffe per il trattamento ospedaliero stazionario)“ tra la Tarifsuisse SA (rappresentante) / Assicurazione malattia CSS SA e la clinica St. Anna SA/ CdS del Canton Lucerna (C-3497/2013)
GL	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 29 gennaio 2015 in „ KVG – Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal – fissazione delle tariffe per il trattamento ospedaliero stazionario)“ tra Tarifsuisse SA (rappresentante) e l'ospedale cantonale di Glarona SA / CdS del Canton Glarona (C-3425/2013)
BAZH	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 26 febbraio 2015 in „ KVG – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (LAMal – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la Tarifsuisse SA (rappresentante) e la clinica universitaria del Balgrist (C-6391/2014)
BL	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 26 marzo 2015, in «KVG, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung 2013/13 (LAMal, Fissazione delle tariffe per i trattamenti ospedalieri stazionari 2013/13) » tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e l'ospedale cantonale di Basilea campagna /il Consiglio di Stato del Canton Basilea campagna (C-4223/2013)

SPZ	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 20 aprile 2015, in «KVG, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, Fissazione delle tariffe per i trattamenti ospedalieri stazionari) (decisione del Consiglio di Stato del 14 maggio 2013) » tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e SPZ Nottwil (C-3454/2013)
Baden	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 20 aprile 2015, in «KVG, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, Fissazione delle tariffe per i trattamenti ospedalieri stazionari) (decisione del Consiglio di Stato del 19 giugno 2013) » tra l'assicurazione malattie CSS SA / la tarifsuisse SA (rappresentante di 44 partecipanti) e l'ospedale cantonale di Baden / CdS del Canton Argovia (C-4264/2013)
Aarau	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 20 aprile 2015, in «KVG, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung (LAMal, Fissazione delle tariffe per i trattamenti ospedalieri stazionari) (decisione del Consiglio di Stato del 19 giugno 2013) » tra l'assicurazione malattie CSS SA / la tarifsuisse SA (rappresentante di 44 partecipanti) e l'ospedale cantonale di Aarau/ CdS del Canton Argovia (C-4310/2013)

USZ	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 24 aprile 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (LAMal – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la Tarifsuisse SA (rappresentante di 44 partecipanti) e l'ospedale universitario di Zurigo(C-2255/2013, C-3621/2013)
KISPIZH	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 27 aprile 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (LAMal – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la Tarifsuisse SA (rappresentante di 44 partecipanti) e l'ospedale pediatrico di Zurigo-Fondazione Eleonore (C-6392/2014)
UPK Basilea	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 5 maggio 2015 in „Krankenversicherung, Tagespauschale der stationären Leistungen im Bereich Erwachsenenpsychiatrie (assicurazione malattie, forfait per giornata delle prestazioni stazionarie nel settore della psichiatria degli adulti)“ tra Tarifsuisse SA (rappresentante) e Universitäre psychiatrische Kliniken (UPK) Basel / CdS del Canton BS (C 1632/2013)
PSY BL	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 24 agosto 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung Tagespauschalen für stationäre Leistungen und Tageskliniken“ (assicurazione malattie, forfait per giornata delle prestazioni stazionarie e delle cliniche di giorno) tra Tarifsuisse SA (rappresentante) e Psychiatrie Baselland / CdS del Canton BL (C-3133/2013)
UKBB	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 25 agosto 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung Baserates ab 1. Januar 2012“ (assicurazioni malattie, fissazione baserate a partire dal 1° gennaio 2012) tra Tarifsuisse SA (rappresentante), CdS del Canton BS e Universitäts-Kinderspital beider Basel (C-3846/2013)
COIRA	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 31 agosto 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs 2012“ (assicurazioni malattie, fissazione della tariffa dal 2012) tra Tarifsuisse SA (rappresentante) e BSH GR (C-5749/2013)
Gut GR	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 31 agosto 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs 2012“ (assicurazioni malattie, fissazione della tariffa dal 2012) tra Tarifsuisse SA (rappresentante), CdS del Canton GR e Clinica Gut St. Moritz SA GR (C-5849/2013)
ADUS	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 4 settembre 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (Assicurazione malattie – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra Adus Medica SA e la Tarifsuisse SA (rappresentante) (C-2267/2013, C-3614/2013)
VZK (Federazione degli ospedali zurighesi)	Decisione del Tribunale amministrativo federale dell'11 settembre 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (Assicurazione malattie – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la Federazione degli ospedali zurighesi VZK (rappresentante) e la Tarifsuisse SA (rappresentante)(C-2277/2013, C-3616/2013)

WSS	Decisione del Tribunale amministrativo federale dell'11 settembre 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (Assicurazione malattie – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la fondazione Wilhelm Schulthess e la tarifsuisse SA (rappresentante) (C-2214-2013, C-3613/2013)
ME ISEL	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 23 settembre 2015 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik (Assicurazione malattie – Fissazione della tariffa a partire dal 2012 nel settore stazionario della somatica acuta)“ tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e la fondazione Merian-Iselin e il CdS del Canton BS (C-3803/2013, C-3812/2013)

Ost KISPI	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 7 ottobre 2015 in "TARMED, Taxpunktwert für Vergütungen der sozialen Krankenversicherer für ambulante ärztliche Leistungen am Ostschweizer Kinderspital (TARMED, valore del punto per remunerazioni degli assicuratori malattia sociali per prestazioni medico-sanitarie ambulatoriali presso l'ospedale pediatrico della Svizzera orientale )" tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e la fondazione ospedale pediatrico della Svizzera orientale, (C-2997/2012)
BethAG	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 19 ottobre 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung der Tagespauschale für stationäre muskuloskelettale Rehabilitation 2012 in der allgemeinen Abteilung (Assicurazione malattie, fissazione del forfait giornaliero per la riabilitazione muscoloscheletrica stazionaria 2012 nel reparto comune)", tra la Helsana assicurazioni SA e la Bethesda Spital SA, CdS del Canton BS (C-2141/2013).
FPS	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 20 ottobre 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung der Tagespauschale für stationäre Rehabilitation 2012 in der allgemeinen Abteilung (Assicurazione malattie, fissazione del forfait giornaliero per la riabilitazione stazionaria 2012 nel reparto comune)", tra la Helsana assicurazioni SA e l'ospedale Felix Platter (FPS), CdS del Canton BS (C-2142/2013).
BarmAGpulm	Decisione del Tribunale amministrativo federale dell'11 novembre 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung Tagespauschale pulmonale Rehabilitation (Assicurazione malattie, fissazione del forfait giornaliero per la riabilitazione polmonare)" tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e la clinica Barmelweid AG, CdS del Canton Argovia (C-4334/2013)
BarmAGKard	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 12 novembre 2015 in „Krankenversicherung, Festsetzung Tagespauschale kardiovaskuläre Rehabilitation (Assicurazione malattie, fissazione del forfait giornaliero per la riabilitazione cardiovascolare)" tra la Helsana assicurazioni SA e la clinica Barmelweid SA, CdS del Canton Argovia (C-4479/2013)
RheinbAG	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 15 gennaio 2016 in „Krankenversicherung, Tarifvertrag Rehabilitation ab 1. Januar 2012 (Assicurazione malattie, convenzione tariffale riabilitazione dal 1° gennaio 2012)" tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e la clinica Rheinburg SA, CdS del Canton Appenzello esterno (C-354/2014)
SUSEN	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 25 gennaio 2016 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs für die stationäre Rehabilitation ab 2012 (Assicurazione malattie – Fissazione della tariffa per la riabilitazione stazionaria dal 2012)" tra la fondazione clinica Susenberg e la tarifsuisse SA (rappresentante), CdS del Canton ZH (C-2617/2014)
KSSG	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 29 gennaio 2016 in „Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs im stationären Bereich der Akutsomatik (Assicurazione malattie, fissazione della tariffa nel settore stazionario della Somatica acuta)" tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e l'ospedale cantonale di San Gallo, CdS del Canton San Gallo (C-2350/2014)

OstKISPI II	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 14 marzo 2016 in „Krankenversicherung, Festsetzung des DRG-Basisfallwertes für das Jahr 2012 (Assicurazione malattie, fissazione del valore di base per caso DRG per l'anno 2012)“ tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e la fondazione ospedale pediatrico della Svizzera orientale, CdS del Canton San Gallo (C-3717/2014)
WALD	Decisione del Tribunale amministrativo federale del 31 marzo 2016 in „Krankenversicherung – Festsetzung des Tarifs für die stationäre neurologische Rehabilitation ab 2012 (Assicurazione malattie, fissazione della tariffa per la riabilitazione neurologica stazionaria dal 2012)“ tra la Zürcher Höhenklinik Wald e la Helsana assicurazioni SA (rappresentante), CdS del Canton ZH (C-2664/2014).
OW	Decisione del Tribunale amministrativo federale del giovedì 16 novembre 2017 in „Krankenversicherung, Festsetzung des Taxpunktwertes Physiotherapie (Assicurazione malattie, fissazione valore del punto fisioterapia, decisione del 23 febbraio 2016)“ tra la tarifsuisse SA e l'ospedale cantonale di Obvaldo, CdS del Canton Obvaldo (C-1918/2016)
AGK SG	Decisione del Tribunale federale del 20 luglio 2018 in «Krankenversicherung, Restfinanzierung der Pflegekosten (Assicurazione malattie, fissazione valore del punto fisioterapia, decisione del 23 febbraio 2016)» tra l'istituto delle assicurazioni sociali del Canton San Gallo, Cassa di compensazione del Canton San Gallo (AGK SG) e la parte resistente A. (9C_446/2017)
SVITTO	Sentenza del Tribunale amministrativo federale del 15 maggio 2019 in «KVG, Spitaltarif (LAMal, tariffa ospedaliera)», tra la tarifsuisse SA (rappresentante) e HSK (rappresentante) contro Spital Einsiedeln, Spital Lachen AG e Spital Schwyz, (C-4374/2017, C-4461/2017)
BASILEA-CAMPAGNA	Sentenza del Tribunale amministrativo federale del 6 settembre 2019 in «Krankenversicherung, Tariffestsetzung Akutsomatik 2012-2013 (assicurazione malattie, fissazione delle tariffe somatica acuta 2012-2013)», zwischen tarifsuisse SA (rappresentante) e CSS Assicurazione malattie SA (rappresentante) contro Ospedale cantonale di Basilea-Campagna, (C-1319/2018, C-1439/2018, C-1470/2018)
GLARONA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentenza del Tribunale amministrativo federale del 17 agosto 2022 in «Krankenversicherung, Tariffestsetzung 2019, stationäre Spitalbehandlung im Bereich Akutsomatik (Assicurazione malattie, fissazione delle tariffe 2019, cure ospedaliere stazionarie nel settore somatica acuta)», tra CSS Assicurazione malattie SA contro Ospedale cantonale di Glarona, (C-5086/2019)</li> <li>▪ Sentenza del Tribunale amministrativo federale del 17 agosto 2022 in «Krankenversicherung, Tariffestsetzung 2019, stationäre Spitalbehandlung im Bereich Akutsomatik (Assicurazione malattie, fissazione delle tariffe 2019, cure ospedaliere stazionarie nel settore somatica acuta)», tra CSS Assicurazione malattie SA contro Ospedale cantonale di Glarona, (C-5102/2019)</li> </ul>

LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) (stato al 1° gennaio 2015)
OCPRe	Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPRe), RS 832.104
OAMal	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal) (stato al 1° marzo 2014)
CDS – controllo dell'economicità, 2012	Raccomandazioni in merito al controllo dell'economicità delle tariffe ospedaliere del 12 luglio 2012, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0</a>
CDS – controllo dell'economicità, 2015	Raccomandazioni aggiornate in merito al controllo dell'economicità delle tariffe ospedaliere del 25 giugno 2015, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0</a>
CDS – controllo dell'economicità, 2018	Raccomandazioni aggiornate in merito al controllo dell'economicità delle tariffe ospedaliere del 1° marzo 2018, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&amp;L=0</a>
CDS - Finanziamento del perfezionamento professionale	Raccomandazioni in merito alla garanzia per il finanziamento e la qualità del perfezionamento professionale medico, modello „PEP“, CDS, <a href="http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=883&amp;L=pcybesuc">http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=883&amp;L=pcybesuc</a>

## 14 CONTATTO

Pascal Besson, [pascal.besson@hplus.ch](mailto:pascal.besson@hplus.ch)

Michaël Rolle, [michael.rolle@hplus.ch](mailto:michael.rolle@hplus.ch)