



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal), 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) e dell'ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF)

(Criteri di pianificazione, principi di determinazione delle tariffe, calcolo dei costi e remunerazione dei costi da parte dell'assicurazione contro gli infortuni)

Modifiche previste per il

Commento e tenore delle modifiche

Berna, gennaio 2020

Indice

Adeguamento dei criteri per la pianificazione di ospedali, case per partorienti e case di cura ... 3

<i>I. Parte generale</i>	3
1. Situazione iniziale	3
2. Modifica dell'ordinanza.....	3
<i>II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni</i>	5
Articolo 58a Principio	5
Articolo 58b Pianificazione del fabbisogno	5
Articolo 58c Modalità di pianificazione.....	5
Articolo 58d Valutazione dell'economicità e della qualità	6
Articolo 58e Coordinamento intercantonale delle pianificazioni	11
Articolo 58f Elenchi e mandati di prestazioni	11
Disposizioni transitorie della modifica del	13
<i>III. Entrata in vigore</i>	14

Disposizioni concernenti la determinazione delle tariffe 15

<i>I. Parte generale</i>	15
1. Situazione iniziale	15
2. Modifica dell'ordinanza.....	15
2.1. Tariffazione con un modello di remunerazione di tipo DRG	15
2.2. Tariffazione per tariffe per singola prestazione	16
<i>II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni</i>	16
Articolo 59c capoverso 2.....	16
Articolo 59c capoverso 4.....	17
Articolo 59c ^{bis} capoverso 1	17
Articolo 59c ^{bis} capoverso 2	18
Articolo 59c ^{bis} capoverso 3	18
Articolo 59c ^{bis} capoverso 4	18
Articolo 59c ^{bis} capoversi 5 e 6	19
Articolo 59c ^{bis} capoverso 8.....	19
Articolo 59c ^{bis} capoverso 9.....	20
Disposizioni transitorie della modifica del	20
<i>III. Entrata in vigore</i>	20

Calcolo dei costi e attestato 21

<i>I. Parte generale: situazione iniziale</i>	21
<i>II. Modifica dell'ordinanza</i>	21
1. Attestato OCPre	21
1.1. Disciplinamento vigente	21
1.2. Modifica prevista	21
2. Costi per singolo caso, rispettivamente costi giornalieri corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG	22
<i>III. Parte speciale: commento alle singole disposizioni</i>	22
Articolo 9 capoverso 5 ^{bis} secondo periodo	22
Articolo 10a ^{bis} capoversi 1-3 Determinazione dei costi corretti per il grado di gravità con un modello di remunerazione di tipo DRG	22
<i>IV. Entrata in vigore</i>	23

Rimunerazione dei costi ospedalieri da parte dell'assicurazione contro gli infortuni 24

<i>I. Situazione iniziale</i>	24
<i>II. Modifica dell'articolo 15 capoverso 2 OAINF</i>	24
<i>III. Entrata in vigore</i>	25

Adeguamento dei criteri per la pianificazione di ospedali, case per partorienti e case di cura

I. Parte generale

1. Situazione iniziale

Il 21 dicembre 2007, le Camere federali hanno adottato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) nel settore del finanziamento ospedaliero (RU 2008 2049). Il periodo transitorio per l'adeguamento delle pianificazioni cantonali di ospedali e case per partorienti e della pianificazione comune della medicina altamente specializzata (MAS) si è concluso alla fine del 2014 (cpv. 3 delle disposizioni transitorie).

In linea di principio, la pianificazione compete ai Cantoni (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Con la revisione del finanziamento ospedaliero, il Consiglio federale è stato incaricato di emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità (art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal). Il 22 ottobre 2008, il Consiglio federale ha emanato le disposizioni esecutive relative alla revisione del finanziamento ospedaliero inserite negli articoli 58a-58e dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e in vigore dal 1° gennaio 2009. Considerati gli strumenti sviluppati nel settore della pianificazione, nonché la nuova giurisprudenza del Tribunale federale e del Tribunale amministrativo federale, il Consiglio federale ha ora riesaminato i criteri di pianificazione ed elaborato una modifica dell'OAMal nella quale sono sanciti in modo trasparente i requisiti minimi aggiornati affinché i Cantoni possano procedere a una pianificazione conforme alla legge.

I criteri di pianificazione si riferiscono sia a una pianificazione cantonale, sia a una pianificazione comune di più Cantoni. L'utilizzo della forma «i Cantoni» tiene conto della possibilità della pianificazione comune di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal e dell'obbligo di cui all'articolo 39 capoverso 2^{bis} LAMal di una pianificazione comune per tutta la Svizzera per il settore della MAS. Effettuare una pianificazione comune significa accertare la domanda nel settore di prestazioni in questione riferita alla popolazione residente comune e considerare, in fase di determinazione dell'offerta, gli istituti presenti sul territorio comune.

2. Modifica dell'ordinanza

Gli strumenti del finanziamento delle prestazioni e della libera scelta dell'ospedale introdotti con la revisione del finanziamento ospedaliero sono volti a promuovere l'economicità della fornitura di prestazioni e la concorrenza basata sulla qualità. Allo scopo di estendere la libera scelta, il contributo dei Cantoni al finanziamento di trattamenti senza indicazione medica non viene più a cadere come nel diritto anteriore se gli ospedali o le case per partorienti figurano nell'elenco del Cantone in cui hanno sede, ma non nell'elenco del Cantone di domicilio del paziente. Gli assicuratori possono inoltre stipulare convenzioni per la remunerazione di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) con ospedali e case per partorienti che non figurano in un elenco cantonale. La remunerazione di tali istituti, definiti «convenzionati», non include tuttavia la quotaparte dei Cantoni, che di conseguenza è a carico dell'assicurato o di un'eventuale assicurazione complementare. La pianificazione deve tenere conto di queste nuove prescrizioni. Per determinare l'offerta da inserire nell'elenco, occorre accertare il fabbisogno della popolazione cantonale e confrontarlo con l'offerta disponibile in considerazione delle possibilità di scelta degli assicurati, dei ricoveri ospedalieri con indicazione medica e dei trattamenti forniti negli ospedali e nelle case per partorienti convenzionati. Per la scelta degli istituti da inserire nell'elenco e nell'ottica di un'erogazione di prestazioni convenienti e di qualità elevata, i Cantoni devono tenere conto dei criteri dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni. La possibilità di scegliere istituti anche oltre i confini cantonali impone ai Cantoni una più stretta collaborazione e il coordinamento delle rispettive pianificazioni.

Le pianificazioni e gli elenchi degli ospedali elaborati dai Cantoni secondo le regole della revisione del finanziamento ospedaliero forniscono informazioni sugli strumenti e sui metodi di pianificazione sviluppati. In parecchi casi, decisioni concernenti disposizioni esecutive cantonali ed elenchi cantonali di ospedali, nonché la medicina altamente specializzata (MAS), sono state sottoposte al Tribunale federale e al Tribunale amministrativo federale nel quadro di procedure di ricorso. La giurisprudenza sviluppata dai tribunali riguarda ad esempio la gestione del volume delle prestazioni e il coordinamento delle pianificazioni cantonali¹. Il Consiglio federale ha esposto in due rapporti i risultati della sua analisi della situazione per quanto concerne l'attuazione della pianificazione di ospedali e case per partorienti: quello del 18 dicembre 2013 sulle basi della pianificazione ospedaliera e sulle piste di sviluppo² riguarda in particolare lo stato dell'attuazione degli elenchi ospedalieri cantonali, quello del 25 maggio 2016, aggiornato al 28 agosto 2019³, dedicato alla pianificazione della MAS, nello specifico all'attuazione da parte dei Cantoni e alla competenza sussidiaria del Consiglio federale, rispecchia invece lo stato della pianificazione della MAS da parte dei Cantoni a livello nazionale.

Nella sua seduta del 25 ottobre 2017 il Consiglio federale ha anche deciso di intensificare gli sforzi per porre un freno ai costi nel settore della salute. La decisione si basava su un rapporto del 24 agosto 2017 sul contenimento dei costi nel settore sanitario allestito da un gruppo internazionale di esperti, i quali suggerivano quale misura di immediata attuabilità per garantire l'indipendenza dei medici tenendo conto dei criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia della fornitura di prestazioni, l'esclusione dall'elenco degli ospedali di quegli istituti che versano retrocessioni (kickback) a medici liberi professionisti per l'invio di pazienti e bonus basati sul volume delle prestazioni a medici interni.⁴

Il 25 maggio 2018, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha inoltre deciso e adottato la revisione delle proprie raccomandazioni risalenti al 2009⁵. Tra l'altro, raccomanda ai Cantoni di applicare nel quadro della pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni il modello del «gruppo di prestazioni» con circa 140 voci, sviluppato dalla Direzione della sanità del Cantone di Zurigo e dalla Direzione della sanità e della socialità del Cantone di Berna. Specifica però che i Cantoni possono anche allontanarsi dai requisiti specifici di tale modello.

La presente revisione dei criteri di pianificazione del Consiglio federale riduce le differenze tra le diverse strategie di pianificazione cantonali e promuove l'impiego efficiente delle risorse. Tutti i Cantoni sono invitati a elaborare le loro pianificazioni sulla base degli strumenti e dei principi attuali, adempiendo così le condizioni valide a livello nazionale per una fornitura di prestazioni economica e di qualità elevata come voluta dalla revisione del finanziamento ospedaliero.

Non si procede invece ad alcun adeguamento specifico dei criteri di pianificazione sulla base del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008 (RU 2009 3517), perché quest'ultimo concerne esclusivamente la ripartizione del finanziamento, ora a carico anche dell'assicurato e del Cantone e non più solo dell'AOMS (art. 25a LAMal), e non ha alcun influsso sui criteri di pianificazione del Consiglio federale risalenti al 2009.

¹ Raccolta della giurisprudenza della CDS (in tedesco e francese), disponibile online all'indirizzo: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/rechtsprechung> (in tedesco e francese)

² Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung, (in tedesco e francese), rapporto del 18 dicembre 2013 del Consiglio federale in adempimento del postulato 09.4239 «Riduzione del numero di ospedali in Svizzera» dell'11 dicembre 2009 e del postulato 10.3753 «Elenchi degli ospedali. Criteri chiari anziché arbitrarietà dei Cantoni» del 29 settembre 2010, disponibile online all'indirizzo: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

³ Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates (in tedesco e francese), rapporto del Consiglio federale del 25 maggio 2016 e aggiornamento del 21 agosto 2019 in adempimento del postulato 13.4012, Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, 8 novembre 2013, disponibile online all'indirizzo <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁴ Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe (in tedesco e francese), 24 agosto 2017, p. 34-36, disponibile online all'indirizzo: <https://www.edi.admin.ch/edi/it/home/dokumentation/comunicati-stampa.msg-id-68547.html>

⁵ Raccomandazioni della CDS «Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung», versione parzialmente rivista del 25 maggio 2018 (in tedesco e francese), disponibile online all'indirizzo <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Articolo 58a

Principio

All'articolo 58a non sono apportate modifiche materiali. Al fine di uniformare la formulazione, al capoverso 2 è stata stralciata l'esplicita menzione dei Cantoni in riferimento all'obbligo di procedere alla verifica periodica della pianificazione.

Articolo 58b

Pianificazione del fabbisogno

Nella prima tappa pianificatoria si tratta di determinare il fabbisogno futuro di prestazioni mediche della popolazione di un Cantone o di più Cantoni che stabiliscono una pianificazione. Per una pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni sono centrali i dati sulle prestazioni, come quelli sui casi o sui casi riferiti alla diagnosi; per una pianificazione riferita alle capacità servono invece dati di esercizio, come durata della degenza od occupazione dei posti letto. Se la pianificazione, e quindi la determinazione del fabbisogno, debba essere riferita alle prestazioni o alle capacità è stabilito nell'articolo 58c OAMal.

Limitarsi a presupporre che l'offerta esistente debba essere equiparata al fabbisogno da determinare non soddisfa i requisiti di una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno. In questo senso, il capoverso 1 precisa ora che per determinare il fabbisogno i Cantoni devono tenere conto dei fattori che lo influenzano. Essi verificano in che misura l'evoluzione di fattori demografici, epidemiologici, economici, medico-tecnici e di altro genere (fattori d'influenza) influiscono sulle grandezze rilevanti per la determinazione del fabbisogno (determinanti del fabbisogno), ossia il numero di abitanti, i tassi di ricoveri ospedalieri o in casa di cura e, nel caso del calcolo delle giornate di cura, la durata della degenza. Ad esempio, l'ammontare della remunerazione per un intervento chirurgico ambulatoriale e stazionario, la prassi di prescrizione e di garanzia di assunzione dei costi nell'ottica di un trattamento di riabilitazione stazionario o l'evoluzione dell'offerta di cure a domicilio possono ad esempio influire sulla decisione di effettuare un trattamento in modo ambulatoriale o stazionario.⁶

I confronti svolti nel quadro della determinazione del fabbisogno, ossia l'orientamento al meglio, devono consentire un'analisi comparativa (benchmarking), al contrario della prosecuzione delle tendenze in atto. Va anche considerato che i fattori d'influenza non possono essere predetti con precisione, i Cantoni devono quindi ricorrere a scenari.

I capoversi 3 e 4 vengono modificati solo a livello formale, stralciando il rimando al numero dell'articolo 58e e sostituendo i termini «valutazione» e «scelta» con «determinazione» per uniformare il testo e abbreviare le disposizioni.

Il capoverso 5 previgente è soppresso. La valutazione dell'economicità e della qualità è disciplinata dettagliatamente nel nuovo articolo 58d.

Articolo 58c

Modalità di pianificazione

L'articolo rimane invariato rispetto alla versione in vigore.

Nella sua seduta del 25 ottobre 2017 il Consiglio federale ha approvato la TARPSY come struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera conformemente all'articolo 49 LAMal⁷. Nel settore della riabilitazione i lavori concernenti un sistema tariffale uniforme a livello nazionale riferito alle prestazioni si svolgono nell'ambito del progetto ST Reha⁸. TARPSY è caratterizzata da una forte componente giornaliera,

⁶ Cantone di Zurigo: Psychiatrieplanung 2012, Versorgungsbericht Psychiatrie, giugno 2011, pag. 24-26; Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, settembre 2011, pag. 30-69 e 126-137; Kanton Zürich, Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025, 16 febbraio 2017, pag. 3-6, disponibile online all'indirizzo:

https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html

⁷ SwissDRG: TARPSY 2.0, disponibile online all'indirizzo: <https://www.swissdrq.org/it/psichiatria/tarpsy>

⁸ SwissDRG: ST REHA, disponibile online all'indirizzo: <https://www.swissdrq.org/it/st-reha/st-reha>

poiché la remunerazione si basa su un importo forfettario giornaliero decrescente⁹. La componente giornaliera sarà quasi certamente mantenuta anche nel futuro sistema tariffale del settore della riabilitazione ST Reha. A differenza di quanto avviene nel settore delle cure somatiche acute, dove la retribuzione avviene per singolo caso secondo la struttura tariffale SwissDRG, per il settore riabilitativo e psichiatrico permane dunque il rischio che gli ospedali con capacità disponibili prolunghino la permanenza dei pazienti al fine di aumentare le entrate per singolo caso, in contraddizione con i principi dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni. È importante, dunque, che la possibilità di pianificare le capacità ossia stabilire il numero massimo di letti per ogni istituto ospedaliero sia mantenuta nei criteri di pianificazione.

Articolo 58d

Valutazione dell'economicità e della qualità

L'articolo 58d contiene disposizioni più dettagliate per l'attuazione dei criteri di economicità e qualità di cui all'articolo 58b capoverso 4 lettera a nel quadro della determinazione dell'offerta da garantire nell'elenco.

La valutazione dell'economicità è effettuata mediante un confronto dell'efficienza tra i diversi istituti, il quale è basato sui costi corretti per il grado di gravità nel caso degli ospedali e delle case per partorienti oppure sui costi corretti per il bisogno di cure delle persone assicurate nel caso delle case di cura (cpv. 1 e 2). I dati su costi e prestazioni richiesti a tale effetto sono determinati e comprovati secondo le disposizioni 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 803.104), in cui tra gli obiettivi che tali dati devono permettere di raggiungere figurano segnatamente la determinazione dei costi e delle prestazioni del trattamento stazionario in ospedale o in una casa per partorienti rispettivamente delle cure in una casa di cura (art. 2 cpv. 1 lett. b ed e OCPre) nonché l'approntamento delle pianificazioni cantonali (art. 2 cpv. 2 lett. e OCPre). Per valutare l'economicità degli ospedali i Cantoni possono utilizzare le comparazioni tra ospedali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 8 LAMal.

Nel settore della medicina somatica acuta e nelle case per partorienti si applicano importi forfettari per singolo caso, ciò che permette di fondare la comparazione tra istituti sui costi per singolo caso rilevanti per la remunerazione da parte dell'AOMS corretti per il grado di gravità. Nella MAS, il confronto dei costi per singolo caso rilevanti ai fini dell'AOMS corretti per il grado di gravità degli ospedali in tutti i settori di prestazioni può essere integrato con una comparazione in un settore parziale specifico della MAS se, tra l'altro, sono soddisfatte le condizioni della rappresentazione secondo ICD e CHOP, e del numero di casi sufficientemente grande¹⁰. Così come per il settore della medicina somatica acuta, anche in quelli stazionari di psichiatria e riabilitazione deve essere possibile una differenziazione della tariffa secondo il tipo e l'intensità della prestazione (art. 49 cpv. 1 LAMal e art. 59d cpv. 4 OAMal). Nel settore della psichiatria le prestazioni sono in questo senso raffigurate nella struttura tariffale TARPSY e remunerate mediante importi forfettari giornalieri dipendenti dal grado di gravità, decrescenti in funzione della durata della degenza¹¹. Nella struttura tariffale TARPSY gli episodi di trattamento sono attribuiti a gruppi di costi psichiatrici (PCG) di base fondandosi sulla diagnosi documentata. All'interno dei PCG di base questi gruppi di costi si differenziano per l'utilizzo delle risorse definito mediante diversi separatori di costi (ad es. diagnosi complementare)¹². Nel settore della riabilitazione si sta invece elaborando una nuova struttura tariffale nel quadro del progetto ST Reha¹³.

Per la verifica dell'efficienza nel settore delle case di cura devono essere confrontati i costi corretti secondo il bisogno di cure delle persone assicurate che sono sostenuti per fornire le cure secondo la LAMal. L'AOMS e la persona assicurata versano un contributo per le cure dispensate. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo (art. 25a cpv. 1 e 5 LAMal). Le cure acute e transitorie sono finanziate

⁹ SwissDRG: TARPSY 2.0, catalogo PCG.

¹⁰ Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, 25 maggio 2016, pag. 25.

¹¹ SwissDRG: TARPSY 2.0, catalogo PCG.

¹² SwissDRG: TARPSY 2.0, manuale delle definizioni, pag. 5.

¹³ SwissDRG: ST REHA.

dall'AOMS e dai Cantoni in base alla chiave di finanziamento utilizzata nel finanziamento ospedaliero (art. 25a cpv. 2 LAMal in combinato disposto con l'art. 49a LAMal). L'ordinanza sulle prestazioni del 29 settembre 1995 (OPre; RS 832.112.31) disciplina il catalogo delle prestazioni (art. 25a cpv. 3 LAMal in combinato disposto con l'art. 7 OPre). Le prestazioni e il finanziamento sono quindi disciplinati dalla LAMal. Ciò implica che i Cantoni devono osservare i principi dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni sia nella scelta degli istituti nel quadro della pianificazione delle case di cura sia nella determinazione del finanziamento residuo delle cure medico-sanitarie nella casa di cura e nell'approvazione delle tariffe delle cure acute e transitorie.

In ottemperanza all'OCPRe, dal 2002, le case di cura e gli ospedali sono tenute a calcolare i costi e registrare le prestazioni. Le disposizioni sono chiare sia relativamente all'obiettivo del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni (art. 2 – determinazione delle prestazioni e dei costi delle cure, confronti tra gli istituti) sia per quanto riguarda gli strumenti (art. 9 OCPRe – tipi di costo, centri di costo, unità finali d'imputazione e registrazione delle prestazioni). Nell'ambito dei compiti loro conferiti dalla legge, i Cantoni devono ricevere e verificare i dati delle case di cura. In caso di mancato adempimento dei requisiti sanciti dall'OCPRe, i Cantoni devono esigere i necessari miglioramenti. Le case di cura sono tenute ad indicare il metodo seguito e i costi calcolati delle prestazioni e, all'occorrenza, a migliorare il metodo e i dati.

L'esame del criterio della qualità si fonda in particolare su risultati di misurazioni, e la prova deve essere discriminante, giudicabile e verificabile in misura sufficiente. Ai Cantoni continua a essere lasciata ampia discrezionalità. A loro compete in particolare la ponderazione dei diversi fattori, per la quale possono avvalersi di risultati di misurazioni svolte sia in Svizzera, sia all'estero. La concretizzazione tramite l'OAMal si limita ai settori che devono essere gestiti in maniera simile a livello nazionale e per i quali non possono essere determinanti peculiarità cantonali. Questo modo di procedere si fonda in particolare su osservazioni, tra cui quella che fino al 10 per cento dei pazienti di ospedali rimane vittima di almeno un evento indesiderato il quale, nel 7 per cento circa di tali casi, è letale. Simili eventi indesiderati si verificano soprattutto nell'ambito di interventi chirurgici e di terapie farmacologiche. Il terzo gruppo di eventi indesiderati è costituito da infezioni causate da agenti patogeni e trasmesse nel corso di un trattamento medico (infezioni associate alle cure sanitarie).¹⁴

Il capoverso 3 contiene un elenco non esaustivo e concretizza il criterio della qualità nell'ambito dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Se sono autorizzati, essi devono rispondere alle esigenze di qualità della LAMal. Le esigenze di qualità sono state adeguate nell'ambito della revisione della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità¹⁵. Questa revisione è stata approvata dalle Camere federali il 21 giugno 2019 e entrerà probabilmente in vigore il 1° gennaio 2021. Contiene in particolare norme sulle convenzioni sulla qualità delle associazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori che devono rispondere alle esigenze minime. Le convenzioni sulla qualità saranno vincolanti per i fornitori di prestazioni.

Il capoverso 3 contiene un elenco con i criteri minimi secondo cui valutare la qualità degli ospedali. Questi criteri si riferiscono sia alla qualità delle strutture e dei processi sia ai risultati.

Solo con una dotazione di personale specializzato riferito ai gruppi di prestazioni, disponibile di giorno, di notte e nei fine settimana, è possibile garantire la qualità della fornitura di prestazioni. Inoltre, le persone anziane inferme richiedono in caso di degenza in ospedale un coordinamento particolarmente accurato delle prestazioni, dato che i quadri clinici (multimorbilità) e le loro possibili ripercussioni (delirio, depressioni ecc.) sono complessi. Secondo il capoverso 3 lettera a, il Cantone valuta la dotazione di personale specializzato in relazione ai gruppi di prestazioni nell'ospedale e se si fa ricorso ad esempio anche a periti in cure palliative, geriatria e gerontopsichiatria. Inoltre si valuta se viene applicata la pianificazione preventiva del trattamento o la pianificazione sanitaria anticipata (Advance Care Planning;

¹⁴ René Schwendimann / Catherine Blatter / Suzanne Dhaini / Michael Simon / Dietmar Ausserhofer: The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review, Biomed Central Health Services Research, 2018, disponibile online all'indirizzo: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z> (Open Access - stato: 12 agosto 2019).

¹⁵ FF 2019 3715

ACP)¹⁶. L'adozione di misure interne all'istituto volte a ridurre le infezioni correlate alle cure è spesso anche una questione di risorse di personale. Dal momento che queste infezioni costituiscono il terzo gruppo di eventi indesiderati, occorre valutare se la dotazione di personale (esperti specializzati nella prevenzione e nella lotta alle infezioni) corrisponde alle norme di riferimento nazionali e internazionali riguardanti le opportune chiavi di ripartizione del personale.

È importante svolgere misurazioni della qualità capillari sul territorio nazionale perché garantiscono la confrontabilità a livello nazionale degli indicatori. La partecipazione alle misurazioni è verificata secondo il capoverso 3 lettera b.

Una cultura della sicurezza non volta a colpevolizzare la singola persona che ha commesso un errore, bensì a rendere l'intera organizzazione responsabile per la sicurezza¹⁷ costituisce uno dei presupposti per il miglioramento a lungo termine della sicurezza dei pazienti. Per questa ragione, il Cantone valuta, secondo il capoverso 3 lettera c, i risultati di misurazioni standardizzate della cultura della sicurezza. Uno strumento utile allo scopo¹⁸ è già stato impiegato dall'ospedale universitario di Zurigo, dove gli standard sono stati verificati con un sondaggio sulla cultura della sicurezza volti a ottimizzare la sicurezza dei pazienti evitando scambi di lato, paziente e procedura. I sistemi di segnalazione di errori e danni aiutano gli ospedali a migliorare la qualità delle prestazioni fornite. Secondo il capoverso 3 lettera c, si valuta se l'ospedale utilizza un sistema di segnalazione di errori e danni, se partecipa ad analisi sistematiche ed è collegato a una rete di reporting uniforme a livello nazionale. Risultati delle analisi delle segnalazioni di errori e danni (Quick-Alert) possono essere utilizzati per attuare misure di miglioramento volte a impedire errori oppure dopo che si sono verificati errori. Le misure di miglioramento possono inoltre essere fondate sui risultati delle misurazioni svizzere. I miglior risultati delle misurazioni (principalmente il quartile superiore) servono come valori di base (standard minimi) per il miglioramento della qualità.

Secondo il capoverso 3 lettera d, il Cantone verifica se è utilizzato un sistema di gestione della qualità appropriato. Il sistema è appropriato soprattutto nella misura in cui è adeguato alla dimensione del fornitore di prestazioni e alla complessità delle prestazioni fornite. Questo sistema deve garantire un processo di miglioramento vincolante, strutturato e durevole. Deve orientarsi a un sistema ciclico come ad esempio il plan-do-check-act (ciclo-PDCA) e prevedere un processo costituito dalle fasi seguenti di un ciclo di gestione ripetitivo: misurazioni della qualità, confronto mediante analisi comparative, attuazione vincolante di misure di miglioramento, pubblicazione e reporting. Il sistema di gestione della qualità deve almeno garantire che i compiti rilevanti per i risultati in ambito sanitario siano rilevati e sistematicamente pianificati, eseguiti, verificati sulla loro osservanza e loro efficacia e se necessario adeguati. Ciò deve avvenire in modo ciclico. L'applicazione ciclica descritta (iterazione) permette di definire le misure sullo sviluppo della qualità come nuovi standard minimi.

Gli indicatori di qualità degli ospedali per cure acute svizzeri (Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI)¹⁹ forniscono i risultati di misurazioni sufficienti per soddisfare queste esigenze. Essi possono essere utilizzati come base.

Secondo il capoverso 3 lettera e il Cantone verifica se gli ospedali applicano gli standard definiti come direttive professionali da organi specialistici nazionali e internazionali (come l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM), associazioni di categoria (come la Federazione dei medici svizzeri FMH) o le

¹⁶ Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten, BAG-Bulletin – Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende, 18/2018. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Das BAG > Publikationen > Periodika > BAG-Bulletin (stato: 31 luglio 2019; in tedesco e francese).

¹⁷ Lucian Leape, Donald Berwick, Carolyn Clancy, James Conway, Paul Gluck, James Guest, David Lawrence, Julianne Morath, Dennis O'Leary, Paul O'Neill, Dianne Pinakiewicz, Thomas Isaac: Transforming healthcare: a safety imperative, *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18: 424–428.

¹⁸ Amanda van Vegten, Yvonne Pfeiffer, Francesca Giuliani, Tanja Manser: Patientensicherheitsklima im Spital: Erfahrungen mit der Planung, Organisation und Durchführung einer Mitarbeitervollbefragung; *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. (ZEFQ)* (2011) 105: S. 734–742.

¹⁹ Indicatori di qualità Documentazione: Ufficio federale della sanità pubblica, 2019; disponibile online all'indirizzo: <https://www.bag.admin.ch> > Dati & statistiche > Ospedali: fatti e cifre > Indicatori di qualità degli ospedali per cure acute svizzeri > Indicatori di qualità Documentazione (stato: 31 luglio 2019).

rispettive associazioni specialistiche²⁰, associazioni di specialisti (tra cui Swissnoso), organizzazioni professionali oppure da organizzazioni orientate alla sicurezza dei pazienti (come Sicurezza dei pazienti Svizzera), che ne chiedono il rispetto. Tra questi standard si annovera, ad esempio, l'impiego delle checklist chirurgiche²¹. Il rispetto di questi standard o direttive è finalizzato alla sicurezza dei pazienti. I Cantoni valutano a tal fine i risultati delle misurazioni standardizzate. Gli standard non vengono specificati, ma il riferimento è per esempio all'esame del rispetto degli standard di igiene delle mani²².

Gli effetti indesiderati di un medicamento e gli errori di farmacoterapia costituiscono una parte significativa dei rischi a cui sono esposti i pazienti in ospedale²³. Troppi pazienti sono vittime di un simile evento durante la degenza²⁴. Secondo il capoverso 3 lettera f, il Cantone valuta la garanzia della sicurezza delle terapie farmacologiche al fine di evitare che la somministrazione di medicinali provochi danni²⁵. In particolare viene verificato l'utilizzo della prescrizione e della dispensazione elettroniche di medicinali²⁶. Con tali soluzioni si mira a rilevare in particolare nelle interfacce la farmacoterapia preesistente, nonché a evitare errori di dosaggio, interazioni indesiderate tra medicinali e confusione al momento della dispensazione²⁷.

Il capoverso 4 stabilisce i criteri minimi per valutare la qualità nelle case di cura e nelle case per partorienti.

Per quanto concerne la dotazione di personale di cui al capoverso 4 lettera a, è necessario che le persone attive nelle cure siano impiegate conformemente alle esigenze²⁸. Ciò perché in mancanza di personale di cura specializzato persone meno qualificate devono assumere compiti chiave assunti normalmente dalle persone diplomate. Questa situazione può condurre a una qualità delle cure insufficiente. Per valutare la dotazione del personale si può rilevare e confrontare la quota di specialisti rispetto al resto del personale. In particolare nelle case di cura, il numero di giornate di lavoro prestate dagli specialisti ad esempio nelle cure è un importante fattore d'influenza della qualità della fornitura di prestazioni. Infatti risulta, ad esempio, che un effettivo sufficiente di personale di cura diplomato è correlato a una buona cultura della sicurezza²⁹. Inoltre, deve essere garantito anche il trattamento medico con il ricorso mirato a periti in cure palliative, geriatria e gerontopsichiatria. Secondo il capoverso 4 lettera a il Cantone valuta se, per il trattamento e l'assistenza di persone anziane inferme, nelle case di cura si fa ricorso a periti in cure palliative, geriatria e gerontopsichiatria che, grazie alla loro formazione e competenza nei rispettivi ambiti, contribuiscono a migliorare la qualità del trattamento e delle cure. Inoltre si valuta se viene applicata una pianificazione sanitaria anticipata (Advance Care Planning; ACP)³⁰.

²⁰ Smarter Medicine – Choosing Wisely Switzerland, Top Fünf der Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Senza anno; disponibile online all'indirizzo: <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html> > Top-5-Listen > Stationäre Allgemeine Innere Medizin (stato: 31 luglio 2019).

²¹ Sicurezza dei pazienti Svizzera, Dichiarazione chirurgia sicura, senza anno (in tedesco e francese); disponibile online all'indirizzo: <https://www.patientensicherheit.ch> > Programme progress! > Sichere Chirurgie > Erklärung Sichere Chirurgie Schweiz (stato: 31 luglio 2019).

²² Didier Pittet / Andreas Widmer: Händehygiene: Neue Empfehlungen in: Swiss Noso – Nosokomiale Infektionen und Spitalhygiene: Aktuelle Aspekte 2001, volume 8 n. 4, pag. 25-31.

²³ Sicurezza dei pazienti Svizzera - Hotspots der Patientensicherheit, 2015 (in tedesco); disponibile online all'indirizzo: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Drug_Event_Monitoring/Projektbeschreibung.pdf (URL, poiché nell'archivio) (stato: 31 luglio 2019).

²⁴ Charles Vincent, Patient Safety, 2006, Elsevier Churchill Livingstone, pag. 49-51.

²⁵ The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication without Harm, 2017; consultabile online all'indirizzo: <https://www.who.int> > Health topics > P > Patient Safety > Medication without harm (stato: 12 agosto 2019).

²⁶ Pascal Bonnabry: Information Technologies for the Prevention of Medication Errors, University Hospital of Geneva, 2003; consultabile online all'indirizzo: https://pharmacie.hug-ge.ch/rd/publications/pb_businessbriefing2003.pdf (URL, poiché in archivio) (stato: 31 luglio 2019).

²⁷ Rainu Kaushal / Kavegh G. Shojania / David W. Bates: Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety – A Systematic Review, Archives of Internal Medicine, 163 (2003), pag. 1409–1416.

²⁸ Messaggio del 7. novembre 2018 sull'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti (iniziativa sulle cure infermieristiche)»; FF 2018 6465, qui 7664 und 6480.

²⁹ Nicholas G. Castle.: Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes, International Journal for Quality in Health Care (2006) 18, Number 5: pag. 370–376.

³⁰ Irene Aasmul / Bettina S. Husebo / Elizabeth L. Sampson / Elisabeth Flo: Advance Care Planning in Nursing Homes – Improving the Communication Among Patient, Family, and Staff: Results From a Cluster Randomized Controlled Trial (COSMOS), Frontiers in Psychology, 2018. Consultabile online all'indirizzo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289020/pdf/fpsyg-09-02284.pdf> (Open Access - stato: 31 luglio 2019).

Anche nelle case per partorienti i Cantoni devono rilevare e confrontare la parte di specialisti rispetto al resto del personale. Le case per partorienti devono dunque garantire l'impiego di perizie conformemente ai bisogni. Ad esempio devono dimostrare che le difficoltà di carattere ostetrico o pediatrico sono individuate a tempo e che le relative perizie sono effettuate in tempo utile. Uno studio effettuato in Germania mostra che il rischio principale è legato alla mancata individuazione della patologia nella curva del battito cardiaco durante le doglie (Cardiotocografia, GTG) e alla mancata consultazione di un medico.³¹

È importante svolgere misurazioni della qualità capillari su scala nazionale perché garantiscono la confrontabilità a livello nazionale degli indicatori e fungono da base per l'elaborazione di misure di miglioramento. Secondo il capoverso 4 lettera b il Cantone verifica la partecipazione e i risultati.

Anche nelle case di cura e nelle case per partorienti una buona cultura della sicurezza costituisce uno dei presupposti per la riuscita delle misure di miglioramento. Per questa ragione, il Cantone esamina secondo il capoverso 4 lettera c i risultati di misurazioni standardizzate della cultura della sicurezza. Uno strumento per sondaggi di questo tipo nelle case di cura è ad esempio messo a disposizione negli Stati Uniti dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³². Il Cantone verifica in particolare anche l'applicazione di un sistema di segnalazione di errori e danni. Le misure di miglioramento possono inoltre fondarsi sui risultati delle misure a livello svizzero. I migliori risultati (principalmente il quartile superiore) che risultano dalle misurazioni servono come valori di base (standard minimi) per il miglioramento della qualità.

Secondo il capoverso 4 lettera d il Cantone verifica se è applicato un sistema appropriato di gestione della qualità. Il sistema è appropriato soprattutto nella misura in cui è adeguato alla dimensione del fornitore di prestazioni e alla complessità delle prestazioni fornite. Il sistema deve garantire un processo di miglioramento vincolante, strutturato e durevole. Deve orientarsi a un sistema ciclico come ad esempio il plan-do-check-act (ciclo-PDCA) e prevedere un processo costituito dalle fasi seguenti di un ciclo di gestione ripetitivo: misurazioni della qualità, confronto mediante analisi comparative, attuazione vincolante di misure di miglioramento, pubblicazione e reporting. Il sistema di gestione della qualità deve almeno garantire che i compiti rilevanti per i risultati in ambito sanitario siano rilevati e sistematicamente pianificati, eseguiti, verificati sulla loro osservanza e loro efficacia e se necessario adeguati. Ciò deve avvenire in modo ciclico. L'applicazione ciclica descritta (iterazione) permette di definire le misure sullo sviluppo della qualità come nuovi standard minimi.

Secondo il capoverso 4 lettera e il Cantone verifica se le case di cura e le case per partorienti applicano gli standard definiti come direttive professionali da organi specialistici nazionali e internazionali (come l'ASSM, l'AHRQ, il Bundesgesundheitsministerium, il National Institute of Health and Care Excellence³³), associazioni di categoria (come la FMH) e rispettive associazioni specialistiche od organizzazioni professionali, oppure da organizzazioni orientate alla sicurezza dei pazienti (come Sicurezza dei pazienti Svizzera), che ne chiedono il rispetto o li hanno fissati di comune accordo. Il rispetto di questi standard e direttive è finalizzato alla sicurezza dei pazienti. Secondo il capoverso 4 lettera e si valuta in particolare se nella casa di cura o nella casa per partorienti il piano di trattamento e di cura viene sistematicamente scritto. Ad esempio dopo un trasferimento dall'ospedale in casa di cura devono essere formulati gli obiettivi di cura, tra cui il passaggio a un alloggio assistito. Anche secondo il capoverso 4 lettera e non vengono menzionati ulteriori standard, ma occorre valutare in particolare il rispetto degli standard di igiene delle mani.

La prescrizione e la dispensazione di medicinali è soggetta a errori che possono nuocere al paziente. Secondo Sicurezza dei pazienti Svizzera, da indagini condotte in altri Paesi industrializzati emerge che

³¹ Anna Niemeyer / Sonja Holzäpfel / Patricia Gruber / Eva Lampmann / Wolf Lütje / Irina Beckedorf / Max Middendorf / Ilona Tomsic / Christiane Schwarz: Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. (2018) disponibile online all'indirizzo: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> > Gesundheit > Berichte > Hebammen (Stand: 08. November 2019).

³² Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; disponibile online all'indirizzo: <https://www.ahrq.gov> > Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) > SOPS Surveys (stato: 31 luglio 2019).

³³ National Institute of Health and Care Excellence, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, 2014 / Update 2017, disponibile online all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk> > NICE Guidance > Conditions and diseases > Fertility, pregnancy and childbirth > Intrapartum care > Guidance > Intrapartum care (stato: 31 luglio 2019).

fino alla metà degli effetti indesiderati dei medicinali potrebbe essere evitata nelle case di cura.³⁴ Considerato che nell'ostetricia e quindi anche nelle case per partorienti sono somministrati anche medicinali ad alto rischio, è possibile che essi possano nuocere ai nati, ai neonati, alle partorienti o alle giovani madri. Per questa ragione, il capoverso 4 lettera f stabilisce che il Cantone valuta se nelle case di cura e nelle case per partorienti la prescrizione e la dispensazione di medicinali avvengano secondo una procedura sistematica e siano verificate in modo trasparente. Una tale gestione dei medicinali porta a miglioramenti soprattutto nelle interfacce quando si tratta di rilevare la farmacoterapia preesistente, evitare errori di dosaggio, interazioni indesiderate tra medicinali e confusione al momento della dispensazione.

Come criteri di selezione per la valutazione della qualità degli ospedali, delle case di cura e delle case per partorienti il capoverso 5 stabilisce che possono essere considerati i risultati di misurazioni della qualità condotte su scala nazionale, ad esempio le misurazioni dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ).

Il criterio menzionato al capoverso 6 per gli ospedali di utilizzare le sinergie segnala i potenziali di economicità e qualità che vanno sfruttati con misure strutturali e organizzative sul piano dell'offerta. Oltre al confronto dei costi comprovati ai sensi dell'articolo 58e capoverso 1 lettera a, i Cantoni considerano anche il potenziale di ottimizzazione insito nel concentrare i gruppi di prestazioni figuranti nell'elenco degli ospedali su un numero ridotto di fornitori di prestazioni. È così possibile tenere conto in un'ottica prospettica dell'effetto dell'adeguamento della struttura dell'offerta ai sensi della pianificazione ospedaliera e del previsto elenco degli ospedali sull'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni attese.

Il capoverso 7 specifica che la valutazione dell'economicità e della qualità deve inglobare anche requisiti per i gruppi di prestazioni, ricollegando così gli articoli 58d e 58f.

Secondo il capoverso 8, la valutazione dell'economicità e della qualità può basarsi sui risultati di altri Cantoni purché siano recenti e significativi per quanto riguarda il ventaglio di prestazioni da fornire.

Articolo 58e **Coordinamento intercantonale delle pianificazioni**

Il coordinamento intercantonale delle pianificazioni assume un'importanza particolare considerato l'ampliamento della libera scelta dei pazienti scaturito dalla revisione del finanziamento ospedaliero. Ora, gli assicurati che usufruiscono di prestazioni in ospedali e case per partorienti che non figurano nell'elenco degli ospedali del loro Cantone di domicilio senza che vi siano motivi di ordine medico devono solo coprire l'eventuale differenza tariffale tra l'istituto in cui è fornita la prestazione e quello figurante nell'elenco del Cantone di domicilio che fornisce la stessa prestazione.

Il capoverso 1 contiene alle lettere a e c le disposizioni dell'articolo 58d OAMa vigente sullo scambio di informazioni sui flussi di pazienti e sul coordinamento delle misure di pianificazione.

Il nuovo capoverso 2 precisa quali Cantoni sono considerati interessati da una pianificazione cantonale. Si tratta in particolare dei Cantoni in cui hanno sede uno o più istituti extracantionali che figurano nell'elenco del Cantone che pianifica nonché i Cantoni di provenienza di importanti flussi di pazienti negli istituti del Cantone che pianifica o di arrivo di importanti flussi di pazienti dal Cantone che pianifica.

Articolo 58f **Elenchi e mandati di prestazioni**

Il capoverso 1 riprende la disposizione concernente gli istituti necessari contenuta nell'articolo 58e capoverso 1 vigente, modificandola nella forma.

Il capoverso 2 riprende la disposizione contenuta nell'articolo 58e capoverso 3 vigente.

³⁴ Sicurezza dei pazienti Svizzera, Medikation in Pflegeheimen (in tedesco e francese), senza anno; disponibile online all'indirizzo: <https://www.patientsicherheit.ch> > Programme progress! > Medikation in Pflegeheimen (stato: 31 luglio 2019).

Il capoverso 3 riprende l'articolo 58e capoverso 2 vigente modificandolo nella forma e precisando che i mandati di prestazioni devono essere rilasciati per l'intero ventaglio di prestazioni degli ospedali e delle case per partorienti.

Il capoverso 4 ricorda che è l'organo decisionale intercantonale competente a stabilire i settori parziali per la MAS e i relativi requisiti. I Cantoni hanno definito l'organizzazione, i criteri e il finanziamento della pianificazione MAS comune a livello nazionale nella Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS). In considerazione del fatto che l'uniformità della pianificazione ospedaliera nel settore della MAS è garantita dall'organizzazione centrale, non è indicato emanare criteri per i requisiti da richiedere ai settori parziali della MAS. Va anche tenuto presente che l'Organo scientifico MAS fonda le sue decisioni su specifici requisiti di un settore parziale della MAS, ad esempio la specializzazione e la qualifica del chirurgo operatore o il riconoscimento di un centro di perfezionamento secondo la specialità.

Dal 2011 la CDS raccomanda ai Cantoni di utilizzare i GPPO³⁵ sviluppati dalla Direzione della sanità del Cantone di Zurigo per il settore delle cure somatiche acute e delle case per partorienti. Questi gruppi di prestazioni sono definiti secondo codici di diagnosi e di trattamento (ICD³⁶ e CHOP³⁷) e aggregati in settori di prestazioni (dermatologia, neurologia, pneumologia ecc.). Tale sistema è già utilizzato nella maggioranza dei Cantoni. I GPPO comportano determinati requisiti. Il capoverso 5 sancisce che i Cantoni devono stabilire, per ogni gruppo di prestazioni, quali requisiti debbano essere adempiuti per quali dei parametri elencati o degli eventuali ulteriori parametri:

- a. disponibilità di un'offerta di base in medicina interna e chirurgia;
- b. disponibilità e perfezionamento dei medici specialisti;
- c. disponibilità e livello di requisiti del pronto soccorso;
- d. disponibilità e livello di requisiti del reparto cure intense;
- e. gruppi di prestazioni connesse internamente all'ospedale o in cooperazione con altri ospedali;
- f. garanzia della qualità, segnatamente discussione multidisciplinare (tumorboard, colloquio sulle indicazioni);
- g. numero minimo di casi.
- h. altri parametri secondo il diritto cantonale.

Le pianificazioni ospedaliere cantonali riflettono le situazioni specifiche dell'offerta di cure ospedaliere, ad esempio le caratteristiche geografiche del Cantone che pianifica. In un Cantone-città è possibile che gli ospedali debbano adempiere requisiti più elevati (ad es. presenza di medici, numero minimo di casi) rispetto a quelli che in termini di garanzia di copertura del fabbisogno sono chiamate a soddisfare le regioni periferiche in considerazione delle loro caratteristiche geografiche. In questo senso i singoli Cantoni che pianificano hanno la facoltà di decidere in merito ai requisiti da adempiere relativamente all'offerta di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato.

Il requisito concernente il numero minimo di casi può riferirsi non solo all'ospedale, ma anche ad altri parametri, come la persona che opera o il team operatorio. Nella sentenza del 14 settembre 2018 il Tribunale amministrativo federale ha stabilito che l'attuale disposizione concernente la considerazione del numero minimo di casi tra i criteri di pianificazione (art. 58b cpv. 5 lett. c OAMal) è in linea con il quadro normativo dell'articolo 39 LAMal. Il tenore della predetta disposizione non lascia infatti desumere che considerare un numero minimo di casi per chirurgo piuttosto che per ospedale non sia ammissibile.³⁸

I requisiti posti ai gruppi di prestazioni sono obblighi che gli ospedali sono tenuti ad adempiere nel momento in cui ottengono un'autorizzazione valida oppure entro un lasso di tempo definito dal Cantone. I Cantoni possono ad esempio procedere a autorizzazioni provvisorie a condizione che le strutture vengano sottoposte a una nuova valutazione entro un congruo lasso di tempo, ciò che potrebbe essere il

³⁵ CDS: Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik (in tedesco e francese), disponibile online all'indirizzo: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

³⁶ Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati

³⁷ Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici

³⁸ Sentenza del Tribunale amministrativo federale del 14 settembre 2018 concernente l'elenco degli ospedali del Cantone di Zurigo (C-5603/2017), consid. 7.6.2.

caso di ospedali, case per partorienti e case di cura non ancora in servizio o in servizio da poco tempo oppure di richieste d'estensione del ventaglio di prestazioni. Come per la determinazione del momento in cui bisogna procedere all'attualizzazione o a una nuova pianificazione ospedaliera, anche la decisione sulla durata di validità delle autorizzazioni è a discrezione dei Cantoni.

Il mandato di prestazioni può contenere tra l'altro i volumi massimi di prestazioni nel settore somatico acuto, i volumi massimi di prestazioni o i numeri massimi di posti letto nel settore psichiatrico o riabilitativo oppure il numero massimo di posti letto nel settore delle case di cura. Con la menzione esplicita della gestione quantitativa, il capoverso 6 afferma chiaramente che questo strumento è ammesso. La limitazione quantitativa non deve tuttavia necessariamente riguardare l'intero ventaglio di prestazioni. Alla lettera c è infatti prevista anche la possibilità di disciplinare nel mandato di prestazioni le conseguenze in caso di superamento dei volumi di prestazioni o dei numeri di posti letto. Non è per contro di competenza del Consiglio federale disciplinare in sede di emanazione dei criteri di pianificare questioni quali il contenimento dell'aumento dei costi da parte di un Cantone in caso di raggiungimento di un determinato numero totale di ricoveri in ospedali extracantonali, questo perché la pianificazione di cui all'articolo 39 LAMal concerne esclusivamente la gestione strategica dell'offerta dei singoli istituti in base all'attribuzione di mandati di prestazioni a quelli figuranti nell'elenco degli ospedali e non lo stanziamento globale di bilancio dell'insieme delle spese assunte dai Cantoni.

La possibilità per i Cantoni di fissare uno stanziamento globale di bilancio e l'obbligo per ospedali o case di cura di attenersi sono già esplicitamente previsti dalla LAMal (art. 51 LAMal). Questa competenza dei Cantoni si riferisce agli ospedali autorizzati in base alla pianificazione e all'elenco secondo la LAMal. Una disposizione specifica nel quadro dei criteri di pianificazione non è necessaria. I Cantoni sono liberi di stabilire nel mandato di prestazioni o in altre convenzioni l'obbligo riguardante lo stanziamento globale di bilancio e le conseguenze del mancato rispetto.

Il rapporto del gruppo di esperti del 24 agosto 2017 sulle misure di contenimento dei costi per sgravare l'AOMS prevede quale misura attuabile immediatamente che l'inserimento degli ospedali nell'elenco debba avvenire in funzione della retribuzione di specialisti interni ed esterni. Tale misura ha quale obiettivo di ridurre gli incentivi sbagliati eventualmente esistenti volti ad aumentare i volumi o alla selezione dei pazienti da parte dei medici. Gli esperti segnalano che il numero degli interventi aumenta se il reddito dei medici è connesso a sistemi che prevedono bonus legati al raggiungimento di determinati obiettivi quantitativi oppure retrocessioni (kickback) a medici liberi professionisti per l'invio di pazienti. La Federazione dei medici svizzeri FMH rifiuta simili accordi al fine di garantire l'indipendenza dei medici nel rispetto dei criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia della fornitura di prestazioni. Se viene meno la pressione di dover generare un numero di casi prestabilito, anche i medici ne beneficiano. Sempre secondo gli esperti, l'atteso risparmio dovrebbe inoltre superare di parecchio l'onere dovuto al controllo dell'applicazione delle misure da parte dei Cantoni ed eventualmente degli assicuratori.³⁹

Ai sensi dell'articolo 32 capoverso 2 LAMal, per essere assunte le prestazioni previste dalla LAMal devono essere economiche, appropriate e efficaci. Si tratta dunque di assicurare che questi principi siano garantiti nell'ambito della fornitura di prestazioni. Se i medici sono influenzati nelle loro decisioni relative alle cure stazionarie da incentivi economici inappropriati volti all'aumento del volume delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o al non rispetto dell'obbligo di ammissione ai sensi dell'articolo 41a LAMal (ad esempio attraverso il pagamento di boni o kickbacks legati alle quantità), i principi ai sensi dell'articolo 32 capoverso 2 LAMal non sono più garantiti. I mandati di prestazioni prevedono dunque come condizione il divieto di utilizzare tali sistemi di incentivi economici.

Disposizioni transitorie della modifica del ...

Le disposizioni transitorie prevedono termini diversi in funzione del lavoro necessario per adeguare le pianificazioni ospedaliere e gli elenchi degli ospedali ai criteri di pianificazione del Consiglio federale.

³⁹ Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (in tedesco e francese), rapporto del gruppo di esperti, 24 agosto 2017, misura 03, pag. 34-35 (tedesco) / 37-38 (francese), disponibile online all'indirizzo <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

Per il settore delle cure somatiche acute e le case per partorienti è stabilito un termine di quattro anni dall'entrata in vigore della modifica del XXX per conformarsi ai criteri di pianificazione del Consiglio federale, per la pianificazione del settore riabilitativo e psichiatrico un termine di sei anni. La differenza si giustifica nel fatto che nel settore delle cure somatiche acute la maggior parte dei Cantoni applica già la classificazione e i requisiti del GPPO, mentre un sistema simile non è ancora disponibile per i settori della psichiatria e della riabilitazione. Il fatto di mettere a disposizione dei Cantoni il tempo sufficiente deve permettere loro di accordarsi sui requisiti e sulle classificazioni uniformi, ciò che è auspicabile ai sensi di una coordinazione intercantonale delle pianificazioni. Fintanto che i parametri della pianificazione sono validi, i Cantoni possono aggiornare gli elenchi prima della scadenza dei termini fissati nelle disposizioni transitorie senza effettuare tutte le tappe pianificatorie.

III. Entrata in vigore

L'entrata in vigore delle disposizioni è prevista per il

Disposizioni concernenti la determinazione delle tariffe

I. Parte generale

1. Situazione iniziale

Il 21 dicembre 2007, le Camere federali hanno adottato la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero (RU 2008 2049), prevedendo tra l'altro per la remunerazione delle prestazioni di cura ospedaliere, al fine di rafforzare gli incentivi al contenimento dei costi, il passaggio dal finanziamento dell'istituto vigente fino ad allora a un finanziamento delle prestazioni. L'articolo 49 capoverso 1 quinto periodo LAMal prescrive infatti che le tariffe ospedaliere si rifacciano alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

Nel quadro della sua giurisprudenza in materia di tariffe delle cure ospedaliere, il Tribunale amministrativo federale si è espresso sulle disposizioni concernenti la revisione del finanziamento ospedaliero giungendo tra l'altro alla conclusione che difficilmente l'obiettivo della revisione della LAMal in materia di finanziamento ospedaliero può essere realizzato senza prescrizioni concernenti una determinazione e una valutazione uniformi dell'efficienza dei singoli ospedali⁴⁰.

Nell'ambito della presente revisione dell'OAMal, il Consiglio federale prevede di modificare diverse disposizioni, rispettivamente di concretizzare le prescrizioni concernenti la tariffazione.

2. Modifica dell'ordinanza

2.1. Tariffazione con un modello di remunerazione di tipo DRG

Con l'obbligo di remunerare le cure ospedaliere con importi forfettari riferiti alle prestazioni, introdotto con la modifica dell'articolo 49 LAMal, il legislatore persegue in particolare l'obiettivo di aumentare l'efficienza nel settore ospedaliero. Dalla giurisprudenza costituitasi a seguito dei ricorsi contro le decisioni cantonali ai sensi degli articoli 46 e 47 LAMal dall'introduzione nel 2012 della struttura tariffale SwissDRG, sono emersi sia principi per la tariffazione, sia la necessità di disciplinamenti tramite ordinanza. In particolare, è stata confermata la possibilità per i fornitori di prestazioni di conseguire e trattenere gli utili risultanti grazie all'efficienza nel quadro della fornitura di prestazioni a carico dell'AOMS (cfr. al proposito anche la mozione Humbel 12.3245 «Attuare un finanziamento ospedaliero conforme alla legge»).

Al fine di promuovere la concorrenza tra gli ospedali quale obiettivo fondamentale della revisione della LAMal in materia di finanziamento ospedaliero, vanno emanate in particolare prescrizioni concernenti una determinazione e una valutazione uniformi dell'efficienza degli ospedali per cure acute, rispettivamente delle case per partorienti, tenendo conto che la tariffazione deve avere quale scopo di garantire cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Condizione essenziale per una tariffazione economica è la garanzia della trasparenza e della collaborazione di tutti gli attori coinvolti. I principi di tariffazione secondo l'articolo 59c OAMal vigente vengono integrati da disposizioni specifiche sulla tariffazione con un modello di remunerazione di tipo DRG per singolo caso con spiegazioni sul prezzo base. Tali disposizioni si fondano sugli articoli 43 capoverso 2 lettera d, 43 capoverso 7 e 49 LAMal. Le peculiarità dei singoli ospedali e il continuo perfezionamento delle strutture tariffali pongono limiti alla possibilità di emanare ampie prescrizioni concernenti la definizione delle tariffe. Il rispetto dei principi di tariffazione, incluso il valore di riferimento (benchmark), vale sia per le parti tariffali che elaborano sia per le autorità che approvano o stabiliscono le tariffe (art. 46 cpv. 1 e 4, art. 47 LAMal).

L'articolo 49 capoverso 1 LAMal consente ai partner tariffali di derogare dagli importi forfettari per singolo caso che di norma andrebbero convenuti nella misura in cui secondo lo stato attuale delle conoscenze essi si rivelino (ancora) inappropriati in determinati settori ospedalieri. È tuttavia imperativo stabilire un riferimento alla prestazione.

⁴⁰ C-3425/2013, consid. 4.4.6

Con «modello di remunerazione di tipo DRG» si intendono qui tutti i modelli tariffali che, attribuendo automaticamente i casi ospedalieri a gruppi con una struttura dei costi simile sulla base della diagnosi principale e remunerandoli secondo il peso complessivo dei costi, soddisfano gli elementi fondamentali di un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG. Al momento, questi criteri fondamentali sono soddisfatti a livello nazionale dalla struttura tariffale SwissDRG, la quale prevede la remunerazione di prestazioni mediante importi forfettari per singolo caso dipendenti dal grado di gravità, e dalla struttura tariffale TARPSY, la quale remunera le prestazioni con importi forfettari giornalieri dipendenti dal grado di gravità.

Per quanto riguarda la tariffazione ai sensi del nuovo finanziamento ospedaliero, il Tribunale amministrativo federale ha considerato nella sua giurisprudenza in vigore finora che, nella fase d'introduzione degli importi forfettari per singolo caso che si rifanno alle prestazioni, i Cantoni debbano beneficiare di una grande libertà d'azione finché non ci sono disposizioni sul benchmarking. Finora, nelle sue sentenze, il Tribunale amministrativo federale ha tutelato valori di benchmarking fino al 50° percentile. Visto che i Cantoni hanno prassi diverse per l'approvazione e la fissazione delle tariffe, la diminuzione di costi potenziale per l'AOMS possono essere stimati soltanto in modo approssimativo. Il valore di riferimento (benchmark) fissato al 25° percentile invece che al 40° percentile, bisogna supporre una diminuzione dei costi per l'AOMS attorno ai 200 fino ai 250 milioni di franchi. I minor costi dell'AOMS porterebbero pure a uno sgravio dei contributi della Confederazione per la riduzione individuale dei premi pari al 7.5 per cento dei costi lordi dell'AOMS.

2.2. Tariffazione per tariffe per singola prestazione

Per contrastare gli incentivi all'aumento dei volumi anche tra le tariffe per singola prestazione, si procede alla modifica dell'articolo 59c capoverso 3 OAMal affinché i partner tariffali siano tenuti a esaminare se, in una struttura tariffale per singola prestazioni, le posizioni possono essere riunite. È inoltre proposta una modifica del capoverso 4 che tiene conto dell'introduzione dell'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMal con l'inserimento dello specifico rimando.

Le strutture tariffali per singola prestazione comportano per principio un potenziale incremento dei volumi. Gli importi forfettari costituiscono invece un mezzo consolidato per evitare la fornitura del maggior numero possibile di prestazioni, dato che richiedono il ricorso ottimale alla prestazione entro i limiti dell'importo forfettario.

Questa disposizione costituisce un complemento del pacchetto 1 delle misure di contenimento dei costi che deve permettere, a livello di legge, di incrementare convenzioni su importi forfettari nel settore ambulatoriale⁴¹.

II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Articolo 59c capoverso 2

Il capoverso 1 stabilisce che, nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, in deroga ai principi di cui all'articolo 59c capoverso 1 lettere a e b OAMal, la tariffa non copre al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente, bensì si fonda sul parametro di riferimento. In questo

⁴¹ Messaggio 19.046 del 21 agosto 2019 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1)

senso, nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG i principi di cui all'articolo 59a capoverso 1 lettere a e b vigono essenzialmente solo per l'ospedale che costituisce il parametro di riferimento⁴².

Sul fronte dei costi, la LAMal e l'OCPre esigono piena trasparenza, la quale deve continuare a essere garantita da ogni ospedale o casa di cura anche all'atto di stabilire le tariffe nel quadro della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Sono autorizzati a consultare i documenti degli istituti in particolare gli assicuratori e i Cantoni (cfr. art. 15 OCPre).

Articolo 59c capoverso 3

Nel quadro dell'aggiornamento delle tariffe, è prevista un'integrazione che impone alle parti contraenti di valutare regolarmente se nelle strutture tariffali per singola prestazione sono previste per una certa prestazione più posizioni che possono essere riunite.

Per ridurre il potenziale incentivo all'aumento quantitativo, anche per le tariffe per singola prestazione si mira a limitare il grado di dettaglio e complessità, e a far sì che contengano anch'esse determinati raggruppamenti o forfettizzazioni. Con lo strumento della *verifica* vengono creati gli incentivi a riunire o forfettizzare nel quadro del partenariato tariffale un numero maggiore delle prestazioni di una tariffa per singola prestazione. Le prestazioni riunite restano essenzialmente parte della struttura tariffale per singola prestazione. Un adeguamento in tal senso richiede tuttavia l'approvazione del Consiglio federale. È ovviamente ipotizzabile che gli elementi forfettizzati vengano perfezionati e concordati quali importi forfettari in convenzioni tariffali separate. Tali importi possono essere concordati separatamente dalla struttura tariffale per singola prestazione e richiedono l'approvazione da parte dell'autorità preposta.

Articolo 59c capoverso 4

L'articolo 59c capoverso 4 OAMal viene integrato in modo che l'autorità competente rispetti i capoversi da 1 a 3 non solo all'atto di stabilire le tariffe, bensì anche all'atto di adeguare le strutture tariffali di cui all'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMal. Questa integrazione è un adeguamento ex post reso necessario dall'introduzione dell'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMal (in vigore dal 1° gennaio 2013).

Articolo 59c^{bis} capoverso 1

Nella determinazione del valore di riferimento (benchmark) devono essere coinvolti tutti i fornitori di prestazioni interessati a livello nazionale. Un campione rappresentativo con fornitori di prestazioni di ogni livello di offerta ospedaliera non può stabilire il riferimento all'efficienza se non viene reso possibile un riferimento a tutti i costi per singolo caso o giornalieri (secondo la remunerazione mediante importi forfettari per singolo caso o giornalieri) di tutti i fornitori di prestazioni, ricavati in modo trasparente e corretti per il grado di gravità. Il campione potrebbe altrimenti essere costituito esclusivamente da fornitori di prestazioni «costosi» o «economici». La determinazione del valore di riferimento riferita al numero di fornitori di prestazioni è inoltre uniforme e quindi esclude alternative come il riferimento al numero di casi o al Case Mix Index (CMI) – nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG. Il metro dell'efficienza è stabilito in modo uniforme secondo il metodo del percentile, per cui, in caso di percentile del 25 per cento, il 25 per cento dei costi per singolo caso corretti per il grado di gravità degli ospedali sono al di sotto del valore di riferimento e il 75 per cento al di sopra. Nel corso di una fase transitoria si terrà conto delle strutture esistenti, delle possibili modifiche strutturali e del tempo necessario, nonché della creazione di incentivi a una fornitura di prestazioni più efficiente. Tuttavia, per realizzare un tale benchmarking è necessario che i dati degli ospedali siano pronti a tempo nella qualità necessaria. Di conseguenza i dati dei fornitori di prestazioni che non hanno la qualità sufficiente per determinare i costi per singolo caso o al giorno in modo trasparente o che non possono essere utilizzati a causa di altre ragioni (ad es. perché pronti in ritardo) non sono utilizzati per il benchmarking.

⁴² C-1698/2013, consid. 2.10.1

Articolo 59c^{bis} capoverso 2

Le comparazioni tra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal hanno innanzitutto scopo informativo e servono come base decisionale per le parti e le cerchie interessate dall'applicazione della LAMal. Soprattutto la pubblicazione dei costi per singolo caso corretti per il grado di gravità costituisce una possibile base di partenza per determinare i prezzi dei singoli ospedali nell'ambito del benchmarking. Ciò significa che i partner tariffali e le autorità che approvano o fissano le tariffe possono fondarsi sulla pubblicazione dei costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità degli ospedali per la tariffazione ai sensi della LAMal. Ciò presuppone tuttavia in particolare che i dati necessari per il corrispondente anno tariffale siano pubblicati ex ante e siano verificati (con il previsto nuovo attestato OCPre).

Articolo 59c^{bis} capoverso 3

Nel quadro dell'autonomia tariffale sancita dalla legge, la determinazione del valore di riferimento è innanzitutto di competenza delle parti alla convenzione (art. 46 cpv. 1 e art. 49 cpv. 1 LAMal). È quindi possibile che a seconda dell'associazione di assicuratori emergano valori diversi, ad esempio quando un fornitore di prestazioni non mette a disposizione di tutti in tempo utile i dati dei costi e delle prestazioni. All'autorità che approva, rispettivamente che stabilisce le tariffe vanno esposte integralmente le modalità di determinazione del valore di riferimento (art. 46 cpv. 4 e art. 47 LAMal).

Articolo 59c^{bis} capoverso 4

Anche secondo le nuove regole del finanziamento ospedaliero restano in linea di principio possibili prezzi base individuali per ospedale. Considerato però che le remunerazioni devono orientarsi in base agli ospedali che forniscono la prestazione assicurata nella qualità necessaria, in modo efficiente ed economico, una divergenza o una differenziazione possono essere giustificate solo in singoli casi motivati. In questo modo ad esempio gli ospedali fornitori finali di prestazioni o gli ospedali universitari possono far valere, nell'ambito delle trattative tariffarie o delle fissazioni di tariffe, le differenze di costi che non possono essere spiegate attraverso la struttura tariffale. La prova di tali sovraccarichi può giustificare supplementi al valore di riferimento quando vengono erogate prestazioni supplementari che soddisfano cumulativamente le condizioni di cui alle lettere a-d.

Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, ad esempio, i costi del trattamento ospedaliero di emergenze mediche e i costi dovuti al fatto che un ospedale si organizza in funzione della gestione di emergenze mediche non vanno in linea di principio scorporati come prestazioni economicamente di interesse generale⁴³. In questo contesto, prezzi base diversi non costituiscono un'ingerenza non conforme al sistema nella struttura tariffale⁴⁴.

Una differenziazione tariffaria può inoltre essere giustificata dalle differenze regionali dei costi strutturali (costi salariali e legati alla sede)⁴⁵ o dall'entità molto diversa delle prestazioni fornite dai singoli ospedali nel settore della formazione non universitaria⁴⁶.

I reparti d'isolamento speciali e i reparti per grandi ustionati sono esempi attuali delle capacità di riserva. Gli esempi di prestazioni supplementari si attengono alle constatazioni del 26 maggio 2016 del Consiglio di amministrazione della SwissDRG in merito alle differenze di costi che non possono essere spiegate con la struttura tariffale applicata, come ad esempio la SwissDRG. La considerazione di tali costi va chiarita nel quadro dell'autonomia tariffale.

⁴³ C-4264/2013, consid. 4.7

⁴⁴ DTAF 2014/36, consid. 21.4.1

⁴⁵ DTAF 2014/36, consid. 6.8.1

⁴⁶ DTAF 2014/36, consid. 6.8.2

I costi delle prestazioni supplementari vanno sottoposti, ogni qual volta possibile, anche a un confronto dell'economicità, ad esempio con comparazioni trasversali con altri fornitori che erogano le stesse prestazioni supplementari. Non può essere fatto valere alcun diritto alla copertura completa dei costi delle prestazioni supplementari con i supplementi.

Articolo 59c^{bis} capoversi 5 e 6

Il calcolo dei prezzi base deve tenere conto delle peculiarità del singolo ospedale non solo in caso di divergenza verso l'alto rispetto al valore di riferimento, ma anche di divergenza verso il basso.

Un minor onere sistematico va quindi considerato analogamente alle prestazioni supplementari, di cui al capoverso 4 lettera a, non prese in considerazione dalla struttura tariffale (p.es. mancanza di un pronto soccorso/nessuna o relativamente poca formazione non universitaria). In questo modo si vuole tra l'altro assicurare che possano conseguire eccedenze a carico dell'AOMS solo i fornitori di prestazioni che presentano costi inferiori all'ospedale di riferimento in virtù di una gestione efficiente.

I fornitori di prestazioni che non possono essere inclusi nella determinazione del valore di riferimento non possono far valere, fondandosi sulla violazione dell'obbligo di collaborazione, il diritto di ricevere il valore di riferimento quale tariffa sicura alla cui determinazione non hanno contribuito. Non possono nemmeno appellarsi al valore eventualmente divergente del valore di riferimento di un'altra associazione di assicuratori, neppure nel caso in cui siano stati coinvolti nella sua determinazione. Va assicurato che i fornitori di prestazioni inadempienti non possano trarre alcun vantaggio da questa condizione. Con deduzioni aventi effetto sul valore di riferimento può essere contrastato soprattutto l'appello collettivo a tutti gli ospedali efficienti di mettere a disposizione i loro dati dei costi e delle prestazioni in misura insufficiente, troppo tardi e/o di non farlo del tutto per aumentare, tra l'altro, il valore di riferimento a proprio vantaggio. Anche il mancato coinvolgimento dei fornitori di prestazioni «più costosi» modificherebbe il valore di riferimento a sfavore di tutti i fornitori di prestazioni.

Le deduzioni intese non sono le deduzioni per mancanza di trasparenza sui dati dei costi dei fornitori di prestazioni inadempienti secondo la giurisprudenza precedente. Si tratta di deduzioni sul valore di riferimento alla cui determinazione detti fornitori non hanno contribuito. Questi fornitori di prestazioni alterano il benchmarking a sfavore dell'AOMS e/o dei fornitori di prestazioni partecipanti. Il momento per la valutazione delle deduzioni è disciplinato nell'articolo 15 OCPre: i documenti necessari devono essere a disposizione per consultazione innanzitutto degli assicuratori a partire dal 1° maggio. La messa a disposizione tra il 2 maggio e la fine dello stesso anno equivale a un ritardo, se i documenti sono presentati ancora dopo sono considerati come non messi a disposizione. Sono possibili eccezioni soprattutto per nuovi fornitori di prestazioni. I dati sono considerati di qualità sufficiente se possono essere inclusi nel benchmarking.

Articolo 59c^{bis} capoverso 8

Con la mozione 12.3245 «Attuare un finanziamento ospedaliero conforme alla legge» della consigliera nazionale Ruth Humbel il Consiglio federale è stato incaricato di istituire le basi legali necessarie affinché gli ospedali efficienti di buona qualità possano pianificare la realizzazione di utili nell'ambito dell'AOMS e successivamente utilizzarli in modo mirato⁴⁷. Nella sua sentenza del 7 aprile 2016, il Tribunale amministrativo federale è giunto alla conclusione che anche dopo la revisione del finanziamento ospedaliero è ammesso unicamente realizzare utili grazie all'efficienza⁴⁸.

L'articolo 59c^{bis} capoverso 8 prevede ora che la tariffa concordata o fissata possa essere inferiore o, secondo le circostanze, anche superiore ai costi calcolati individualmente dal fornitore di prestazioni. Se i costi effettivi di un ospedale sono inferiori ai costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado

⁴⁷ <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20123245>

⁴⁸ DTAF 2014/3, consid. 2.9.4.4

di gravità del fornitore di prestazioni che costituisce il riferimento, in linea di principio è possibile considerare gli utili realizzati grazie all'efficienza sin dalla tariffazione. In tali casi, non sono più ammissibili ulteriori supplementi individuali.

Articolo 59c^{bis} capoverso 9

Nel quadro dell'assicurazione sociale malattie, rendere noti i risultati della tariffazione rientra tra i principi della tariffazione stessa. Per rafforzare la trasparenza è imprescindibile che anche le tariffe o, nel presente caso, i prezzi base siano facilmente consultabili pubblicamente per tutti gli attori e soprattutto per gli assicurati, rispettivamente i pazienti, e corrispondano alle circostanze più recenti. In qualità di rappresentanti degli assicurati, gli assicuratori sono sollecitati a garantire congiuntamente tale trasparenza.

Disposizioni transitorie della modifica del ...

In riferimento all'articolo 59c^{bis} capoverso 1 lettera b, il metro dell'efficienza va stabilito in modo uniforme secondo il metodo del percentile. Accordando una fase transitoria, a partire dall'anno tariffale 2023 il valore di riferimento rilevante deve corrispondere al massimo al 25° percentile di tutti i fornitori di prestazioni interessati. In questo modo si può tenere conto delle strutture esistenti, delle possibili modifiche strutturali e del tempo necessario, nonché della creazione di incentivi a una fornitura di prestazioni più efficiente.

III. Entrata in vigore

L'entrata in vigore delle disposizioni è prevista per il

Calcolo dei costi e attestato

I. Parte generale: situazione iniziale

Il 21 dicembre 2007, le Camere federali hanno adottato la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero (RU 2008 2049). La revisione è incentrata sul passaggio al finanziamento delle prestazioni e sull'introduzione di importi forfettari per singolo caso riferiti alle prestazioni fondati su strutture uniformi.

Il 22 ottobre 2008, il Consiglio federale ha adottato le disposizioni esecutive sotto forma di modifica dell'OAMal e dell'OCPre.

Le presenti modifiche dell'OCPre costituiscono una concretizzazione dei requisiti posti al calcolo dei costi e alla registrazione delle prestazioni ai sensi dell'OCPre, la cui legittimità deriva in particolare dall'articolo 49 capoverso 7 LAMal in combinato disposto con l'articolo 96 LAMal.

In conformità all'articolo 49 capoverso 7 LAMal, gli ospedali devono tenere una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. La presentazione dei conti degli ospedali deve fondarsi su regole uniformi affinché i singoli costi esposti si riferiscano tutti alla stessa base e siano così confrontabili. I costi comprovati dagli ospedali secondo un metodo uniforme costituiscono inoltre una base per le trattative tariffali.

II. Modifica dell'ordinanza

1. Attestato OCPre

1.1 Disciplinamento vigente

I modelli di presentazione dei conti e di determinazione delle tariffe come i manuali REKOLE e ITAR_K (modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali di imputazione) spiegano la contabilità analitica in modo molto più approfondito o dettagliato rispetto alle disposizioni nel quadro dell'OCPre e, in linea di principio, la loro applicabilità non è messa in discussione. Ciò nonostante, per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte di ospedali e case per partorienti, e nel settore delle case di cura sono giuridicamente vincolanti esclusivamente le disposizioni dell'OCPre.

Poiché dal loro punto di vista il disciplinamento della consultazione dei documenti andava troppo oltre, i Cantoni e i fornitori di prestazioni avevano proposto già in occasione dei lavori per l'introduzione dell'OCPre di far confermare la correttezza della contabilità analitica da un organo terzo e di disciplinare nel dettaglio e limitare la consultazione dei documenti. Ai tempi, questa proposta non era stata inserita nell'OCPre, dato che sarebbe stato nell'interesse della riuscita delle trattative tariffali consentire ai fornitori di prestazioni di comprovare i loro costi in modo da convincere gli assicuratori delle basi tariffali e giungere alla stipulazione di una convenzione. Si temeva inoltre che l'organo di revisione proposto dai Cantoni limitasse l'applicazione della disposizione di legge (art. 49 cpv. 6 LAMal).

1.2. Modifica prevista

Per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte di ospedali e case per partorienti, e nel settore delle case di cura sono giuridicamente vincolanti le disposizioni dell'OCPre. In maniera corrispondente, per gli ospedali e le case per partorienti l'OCPre deve essere ampliata con la prescrizione della conferma di un organo di revisione esterno (attestato OCPre). Tale conferma attesta la piena conformità con le disposizioni dell'OCPre del modello di presentazione dei conti, rispettivamente della contabilità analitica dell'ospedale o della casa per partorienti in questione. L'attestato OCPre non deve sostituire la consultazione dei documenti di cui all'articolo 15 OCPre, bensì essere parte delle esigenze contabili di cui all'articolo 9 OCPre. L'attestato OCPre deve essere imperativamente messo a disposizione per e a partire dall'anno contabile 2019.

2. Costi per singolo caso, rispettivamente costi giornalieri corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG

Fondandosi sull'articolo 49 capoverso 1 LAMal, la base generale di orientamento per la successiva formazione dei prezzi per il singolo ospedale deve essere definita per mezzo di un riferimento essenzialmente basato sui costi. La condizione per la determinazione del valore di riferimento è la definizione uniforme dei costi per singolo caso rilevanti, principalmente nel settore SwissDRG delle cure ospedaliere acute. Tali costi per singolo caso corretti per il grado di gravità, rispettivamente per il CMI, sono tra l'altro parte integrante della pubblicazione delle comparazioni tra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal. In generale, il Tribunale amministrativo federale ha stabilito che il ricorso ai modelli di presentazione dei conti, rispettivamente di determinazione delle tariffe REKOLE e ITAR_K di H+ Gli Ospedali Svizzeri non va in linea di principio messo in discussione, considerate la loro importanza e diffusione.⁴⁹ La contabilità analitica per unità finali di imputazione dei fornitori di prestazioni dovrebbe comprovare i necessari costi per singolo caso corretti per il grado di gravità.

Per le nuove strutture tariffali uniformi a livello nazionale, che come nel settore della psichiatria ospedaliera e in futuro prevedibilmente anche della riabilitazione ospedaliera si basano su importi forfettari giornalieri dipendenti dal grado di gravità, la determinazione deve avvenire in modo uniforme e in linea di principio analogo ai costi per singolo caso. Con questo sistema, si ottengono costi giornalieri corretti per il Day Mix Index (DMI) quale dato sul grado di gravità medio dei casi in un ospedale. Nel quadro delle trattative tariffali e dell'approvazione, rispettivamente della fissazione delle tariffe, andrebbe verificata la determinazione uniforme dei costi per singolo caso, rispettivamente giornalieri corretti per grado di gravità. Le prescrizioni concernenti i passi per tale determinazione si orientano sostanzialmente in base alla procedura finora nota ai Cantoni quali autorità preposte all'approvazione e alla fissazione e alla procedura della Sorveglianza dei prezzi. L'articolo 10a^{bis} OCPre stabilisce ora una procedura uniforme.

III. Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Articolo 9 capoverso 5^{bis} secondo periodo

La prevista dichiarazione dell'organo di revisione esterno (il cosiddetto attestato OCPre) deve confermare la piena conformità con le disposizioni dell'OCPre del modello di presentazione dei conti, rispettivamente della contabilità analitica che l'ospedale in questione deve mettere a disposizione.

Articolo 10a^{bis} capoversi 1-3 Determinazione dei costi corretti per il grado di gravità con un modello di remunerazione di tipo DRG

Le disposizioni riprendono per lo più i passi elaborati dai Cantoni e dalla Sorveglianza dei prezzi. Per la remunerazione con importi forfettari giornalieri dipendenti dal grado di gravità, la determinazione dei costi giornalieri corretti per il grado di gravità avviene in linea di principio in modo analogo.

Il capoverso 1 specifica che eventuali supplementi per perdite su debitori non vanno considerati (art. 64a LAMal e art. 42 cpv. 2 LAMal).

La lettera a riporta un elenco non esaustivo di prestazioni i cui costi non devono essere remunerati dall'AOMS nell'eventualità in cui vengano comunque addebitati alle unità finali d'imputazione rilevanti per il prezzo base come le prestazioni economicamente di interesse generale. Ad esempio, i costi per il personale di sicurezza devono essere dedotti al momento di determinare i costi corretti per il grado di gravità, dato che il mantenimento della sicurezza è in linea di principio un compito del Comune o del Cantone e non può essere imputato all'AOMS. Un'eccezione è costituita ad esempio dalle cure ospedaliere prestate nel reparto chiuso di psichiatria a pazienti violenti.

⁴⁹ C-1698/2013, consid. 3.4.3

Anche i costi per operazioni di relazioni pubbliche e marketing svolte su iniziativa dei fornitori di prestazioni sono a loro carico e devono essere dedotti. Fanno eccezione le pubblicazioni di indicatori di qualità (p. es. UFSP, ANQ) o dei costi per singolo caso corretti per il grado di gravità.

Il capoverso 2 precisa inoltre che vengono applicati gli interessi sull'attivo circolante necessario per l'esercizio dell'ospedale basati sul disciplinamento attualmente noto. La formula per il calcolo è: interessi = rendimento medio annuo delle obbligazioni della Confederazione con scadenza a 10 anni x 40/365, applicando l'ultimo tasso d'interesse annuo secondo la Banca nazionale svizzera (BNS).

IV. Entrata in vigore

L'entrata in vigore delle disposizioni è prevista per il

Rimunerazione dei costi ospedalieri da parte dell'assicurazione contro gli infortuni

I. Situazione iniziale

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, la collaborazione e le tariffe sono stabilite sotto forma di convenzioni contrattuali tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Vigè il cosiddetto primato delle convenzioni (art. 56 cpv. 1 LAINF), ciò significa che nel quadro della garanzia di cure sufficienti gli assicuratori-infortuni stabiliscono con quali ospedali sottoscrivere una convenzione tariffale e quali di essi riconoscono così come fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. La libera scelta per l'assicurato dell'ospedale di cui all'articolo 10 capoverso 2 LAINF non è illimitata, ma si riferisce alla cerchia degli ospedali convenzionati con gli assicuratori-infortuni. L'articolo 15 capoverso 1 OAINF stabilisce che l'assicurato ha diritto al trattamento, al vitto e all'alloggio nella sala comune di un ospedale con cui è stata conclusa una convenzione di collaborazione e tariffale. L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è inoltre basata sul principio delle prestazioni in natura: l'assicuratore fornisce all'assicurato una cura completa, economica, appropriata ed efficace. La prestazione medica è oggetto di un mandato dell'assicuratore e rappresenta una prestazione in natura dell'assicuratore, che gli consente di influire sul decorso e sull'evoluzione di trattamenti e misure mediche. L'assicuratore è il debitore del fornitore di prestazioni.

Nella prassi sussistono al momento problemi perché l'articolo 15 capoverso 2 OAINF è interpretato in modi diversi in merito alla tariffa per analogia. Sono quindi sempre più frequenti i casi in cui vengono eseguiti trattamenti senza previa garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore-infortuni in un ospedale non convenzionato. Quando quest'ultimo presenta la fattura all'assicuratore, si appella al disciplinamento della tariffa per analogia ed esige la stessa remunerazione dell'ospedale convenzionato più vicino. Per un trattamento in un ospedale non convenzionato senza previa garanzia di assunzione dei costi vige tuttavia il principio della remunerazione dei costi, non quello delle prestazioni in natura. L'ospedale non può quindi far valere il diritto a una remunerazione diretta nei confronti dell'assicuratore, bensì unicamente nei confronti dell'assicurato, e non può nemmeno pretendere incondizionatamente la stessa tariffa dell'ospedale convenzionato più vicino.

II. Modifica dell'articolo 15 capoverso 2 OAINF

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, la libera scelta dell'ospedale non è illimitata. Una soluzione simile imporrebbe agli assicuratori di remunerare il trattamento effettuato in tutti gli ospedali indistintamente e non solo in quelli con cui hanno stipulato una convenzione tariffale e di collaborazione come previsto dalla legge (art. 56 cpv. 1 LAINF) e dall'ordinanza (art. 68 cpv. 3 OAINF). I principi fondamentali per il diritto in materia di assicurazione contro gli infortuni del primato delle convenzioni e delle prestazioni in natura verrebbero totalmente minati se, in virtù della tariffa per analogia, l'istituto non convenzionato potesse far valere ugualmente una remunerazione tariffale come un ospedale convenzionato, ma senza rispettare alcun obbligo contrattuale. Gli ospedali avrebbero ben poco interesse a stipulare convenzioni con la Commissione delle Tariffe Mediche LAINF (CTM), considerato che i pazienti assicurati contro gli infortuni potrebbero essere curati in ogni caso. Gli assicuratori perderebbero l'influenza sui fornitori di prestazioni derivante dal principio delle prestazioni in natura e non potrebbero più far dipendere il loro obbligo di pagamento secondo tariffa dai requisiti di adeguatezza (art. 48 LAINF) ed economicità (art. 54 LAINF) delle prestazioni, e dalla garanzia della qualità.

Al fine di chiarire che in linea di principio i pazienti assicurati contro gli infortuni devono farsi curare in un ospedale convenzionato e che è possibile derogare da questo principio unicamente per motivi medici, occorre precisare l'articolo 15 capoverso 2 OAINF. Nel nuovo articolo 15 capoverso 2^{bis} OAINF viene definito il concetto di «motivi medici»: l'eccezione al trattamento in un ospedale convenzionato è pertanto esplicitamente ammissibile unicamente in caso d'emergenza medica e in mancanza dell'offerta di assistenza medica.

III. Entrata in vigore

L'entrata in vigore delle disposizioni è prevista per il