



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione assicurazione malattia e infortunio

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)

Modifiche previste per il 1° gennaio 2009

Commento e testi delle modifiche

I. In generale: situazione iniziale

Il 21 dicembre 2007 le Camere federali hanno approvato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10, RU 2008 2049) nel settore del finanziamento ospedaliero. La revisione di legge, che entrerà in vigore il 1° gennaio 2009, comporta anche l'adeguamento delle ordinanze interessate dalle modifiche in questione, vale a dire l'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), l'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; 832.104) e l'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre, RS 832.112.31).

Nel presente documento presentiamo le proposte di modifica dell'OCPre. Le proposte di modifica concernenti le altre ordinanze saranno presentate in rapporti separati.

II. Revisione dell'ordinanza

In base all'articolo 49 capoverso 7 della legge, gli ospedali sono obbligati a tenere una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Gli ospedali devono presentare i propri conti secondo regole uniformi, affinché i costi esposti da ognuno di essi si riferiscano a una base univoca e siano ammessi dei raffronti. Finora il principale obiettivo dell'OCPre consisteva nel creare trasparenza. I costi dichiarati dagli ospedali secondo un metodo uniforme costituiscono inoltre una base di negoziazione per le tariffe. La valutazione dei costi dichiarati dagli ospedali avviene in questo ambito. In particolare viene valutato se i costi di gestione e di investimento soddisfano i requisiti di economicità.

1. Campo d'applicazione

Le case per partorienti vengono ora indicate nella legge come fornitori di prestazioni (art. 35 cpv. 2 lett. i e art. 39 cpv. 3). Per quanto concerne la pianificazione ospedaliera, le case per partorienti soggiacciono alle medesime prescrizioni valide per ospedali e case di cura, mentre per quanto concerne la remunerazione delle prestazioni vengono applicate le stesse regole vigenti per gli ospedali. È quindi logico che le disposizioni d'ordinanza applicabili agli ospedali e alle case di cura per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni valgano anche per le case per partorienti.

2. Investimenti

Finora il termine «investimenti» veniva menzionato all'articolo 49 capoverso 1 LAMal. Gli investimenti sono direttamente correlati alla nuova regolamentazione concernente il calcolo delle tariffe per la cura ospedaliera in ospedale. Secondo il diritto vigente, essi non possono essere presi in considerazione nel calcolo delle tariffe degli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico. Con l'entrata in vigore della modifica di legge nel settore del finanziamento ospedaliero, gli investimenti confluiscono nel calcolo degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni. L'articolo 49 capoverso 1 LAMal viene adeguato di conseguenza. Nell'articolo 49 capoverso 7, che costituisce la base per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni, viene fatto un riferimento esplicito ai costi di gestione e di investimento.

La modifica di legge richiede l'adeguamento e il completamento della OCPre per quanto concerne la considerazione degli investimenti nella contabilità analitica. Con l'inclusione degli investimenti, nel calcolo dei costi degli ospedali rientrano componenti normative: a seconda del metodo di valutazione, del genere e della durata dell'ammortamento nonché dei tassi d'interesse scelti per determinare l'interesse calcolatorio, per il medesimo investimento possono essere dichiarati differenti costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni. Per far sì che i costi di investimento per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengano calcolati secondo un metodo uniforme e i dati possano essere confrontati, in futuro sarà necessario definire delle direttive per la valutazione degli investimenti e per il calcolo dei costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni. Mediante tali direttive, necessarie anche perché i costi

dichiarati devono servire da base per il calcolo delle tariffe, sarà possibile limitare le conseguenze finanziarie per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre sarà più facile confrontare l'economicità degli ospedali.

3. Cancellazione del termine «semiospedaliero»

Già nel quadro del dibattito relativo al progetto di revisione della LAMal respinto dal Parlamento nel dicembre 2003, le Camere federali si erano espresse a favore del fatto che venisse fatta ancora un'unica distinzione fra cure ambulatoriali e ospedaliere e che il concetto della cura semiospedaliera venisse stralciato dalla LAMal. Questo perché il concetto di cura «semiospedaliera» non si era affermato nella prassi. In effetti, anche se le cure semiospedaliere vengono effettuate, nella stragrande maggioranza dei casi sono fatturate come prestazioni ambulatoriali. Le tariffe relative alle cure semiospedaliere costituiscono l'eccezione.

4. Ricerca e formazione universitaria come prestazioni economicamente di interesse generale

Con l'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, decisa nell'ambito della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero, la remunerazione delle prestazioni non può includere parti di costi per prestazioni economicamente di interesse generale, segnatamente il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale, la ricerca e la formazione universitaria. Ciò rappresenta un cambiamento in quanto finora tutti i costi degli ospedali per la formazione e la ricerca erano considerati costi d'esercizio non conteggiabili e non potevano pertanto rientrare nel calcolo delle tariffe. Questa modifica nasce dall'opinione, difesa nei dibattiti parlamentari, secondo cui la formazione di base e il perfezionamento dei medici e del resto del personale accademico non debbano, per principio, essere di competenza dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La formazione di base e il perfezionamento del personale non universitario sono di competenza degli ospedali e delle scuole.

L'introduzione del concetto di «universitario» in relazione alla formazione e alla ricerca rende necessaria una concretizzazione di questo termine. Nell'ambito dei dibattiti parlamentari sul progetto di revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero, il concetto di «universitario» non è stato utilizzato in maniera uniforme. La sistematica della formazione definisce «professioni mediche universitarie» le professioni regolamentate dalla legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche (LPMed; RS 811.11). Per «formazione universitaria» si può intendere la formazione degli studenti fino all'ottenimento del diploma federale. Il concetto di «formazione universitaria» può tuttavia comprendere anche l'intera formazione di base e il perfezionamento fino all'autorizzazione a esercitare la professione in modo indipendente a livello universitario. Anche il perfezionamento fino al conseguimento del titolo federale di perfezionamento è disciplinato dalla LPMed e dalla relativa ordinanza del 27 giugno 2007 sui diplomi, la formazione, il perfezionamento e l'esercizio della professione nelle professioni mediche universitarie (RS 811.112.0). Dato che la LAMal parte dal presupposto che ad essere rimborsate sono solo le prestazioni del personale medico che ha terminato la propria formazione, la definizione di «formazione universitaria» dev'essere utilizzata in senso lato e comprende quindi la formazione di base e il perfezionamento fino all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento.

III. Parte speciale: spiegazione delle singole disposizioni

Art. 1 cpv. 2

Con l'autorizzazione delle case per partorienti a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, per quanto concerne il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni vengono applicate le stesse regole come per gli ospedali.

Art. 2 cpv. 1, lett. a, b, c, d e g

Visto che il termine «semiospedaliero» non figura più nella legge e che le case per partorienti sono state ammesse quali fornitori di prestazioni, le lettere a, b e d devono essere adeguate di conseguenza. La lettera c va abrogata. A causa del passaggio alla remunerazione degli ospedali per mezzo di importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, i costi fatturabili non sono più menzionati nella legge. Il rimando che figura alla lettera g deve quindi essere cancellato. La lettera g è riformulata in modo tale che il suo contenuto si riferisca alle prestazioni economicamente di interesse generale escluse dall'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 3

Per le cure ospedaliere in case per partorienti si applica una definizione analoga alle cure in ospedale. L'articolo dev'essere adeguato di conseguenza.

Art. 4

In seguito alla cancellazione del termine «semiospedaliero» dalla legge, questo articolo dev'essere abrogato.

Art. 5

La definizione della cura ospedaliera figura già oggi nell'articolo 3 dell'ordinanza. Il criterio secondo cui una cura in ospedale o in una casa per partorienti viene definita ospedaliera è che la degenza relativa a esami, terapie e cure duri almeno 24 ore. Le degenze di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte, come pure le degenze in caso di trasferimento in un altro ospedale e da una casa per partorienti in un ospedale o in caso di decesso sono considerate come cura ospedaliera.

Tutte le cure che non soddisfano questi requisiti sono considerate ambulatoriali. Le degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte, finora classificate fra le cure semiospedaliere, sono ora considerate prestazioni ambulatoriali.

Art. 6

La cura per pazienti lungodegenti ai sensi dell'articolo 49 LAMal viene ora menzionata al suo capoverso 4. Occorre quindi adeguare di conseguenza il rimando.

Art. 7 cpv. 1, 1bis, 1ter e 2

Come menzionato al punto 4, il nuovo concetto di «formazione universitaria» introdotto nella legge è definito in senso lato. Esso comprende la formazione di base e il perfezionamento di personale medico, la cui formazione professionale è regolata nella LPMed, fino al conseguimento del titolo federale di perfezionamento. La regolamentazione delle professioni mediche universitarie nella LPMed è esaustiva. La formazione di base e il perfezionamento nelle professioni mediche realizzati presso una scuola superiore non rientrano pertanto nel concetto di «universitario».

La disposizione relativa alla ricerca è adattata alla modifica della legge, che ora regola la ricerca e la formazione universitaria all'articolo 49 capoverso 3 LAMal.

Art. 8

I costi di investimento sono ora menzionati all'articolo 49 capoverso 7 LAMal e i mandati di prestazioni nell'articolo 39 capoverso 1 lettera e. I rimandi devono pertanto essere adeguati di conseguenza. Sono considerati investimenti le immobilizzazioni effettuate per adempiere il mandato di prestazioni. Dato che nella versione tedesca viene utilizzato il termine «Anlagen», che in francese e italiano corrisponde al concetto di «immobilisations» e «immobilizzazioni», per motivi di coerenza nella versione francese e italiana del testo viene ripresa questa terminologia, quando è necessario.

Con la nuova regolamentazione legale, i costi delle operazioni di acquisto e i costi delle operazioni di acquisto rateale e di locazione sono inclusi nel calcolo delle tariffe. Secondo il capoverso 2, i costi

d'utilizzazione delle immobilizzazioni – potendosi basare quest'ultima su operazioni di acquisto rateale e di locazione – devono essere giustificati separatamente. Questa procedura deve garantire, ad esempio, che sotto la rubrica locazione non possano essere fatti valere costi nettamente più elevati rispetto al caso in cui l'oggetto in questione fosse stato acquistato.

Art. 9

Come gli ospedali e le case di cura, anche le case per partorienti devono tenere una contabilità analitica che tenga conto del loro ambito di prestazione.

Art. 10 cpv. 1, 2, 3 e 5

Come gli ospedali, anche le case per partorienti devono tenere una contabilità finanziaria e una contabilità delle immobilizzazioni.

Dall'emanazione dell'ordinanza, le basi di contabilità analitica menzionate al capoverso 1 sono state rielaborate e sviluppate. Il rimando alla versione del piano contabile di H+ del 1999 è pertanto cancellato. Il capoverso 3 è aggiunto in sua sostituzione.

Il capoverso 2 dev'essere leggermente adeguato. La nomenclatura dell'offerta di prestazioni lascia il posto a quella della statistica ospedaliera, la cui elaborazione è sancita nell'allegato all'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali (RS 431.012.1).

Il capoverso 3 precisa che gli ospedali e le case per partorienti devono tenere una contabilità dei salari. In tal modo s'intende garantire che le spese salariali degli ospedali possano essere attribuite alle differenti categorie di personale, cosa che non avviene più nel piano contabile attuale di H+.

La disposizione del capoverso 3 sull'ammontare del valore di acquisto a partire dal quale un investimento deve figurare nella contabilità delle immobilizzazioni è adeguata e inserita al capoverso 5. L'aumento del limite da 3000 a 10 000 franchi alleggerisce, in primo luogo, l'onere amministrativo dell'ospedale. Questa misura sembra utile nell'interesse degli ospedali, poiché gli investimenti di poca importanza non devono più figurare nella contabilità delle immobilizzazioni.

Art. 10a

Includendo gli investimenti negli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, nella contabilità analitica rientra una componente normativa. Affinché i costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dichiarati dagli ospedali, possano essere comparati, l'ordinanza deve fornire delle prescrizioni sulla valutazione uniforme degli investimenti, sul loro ammortamento e sugli interessi calcolatori. Ciò equivale, in un certo senso, a un allontanamento dalla funzione della OCPRe, che finora regolava la tenuta dei conti esterni degli ospedali per la loro attività nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il capoverso 1 lettere a - j fissa le informazioni che deve contenere la contabilità delle immobilizzazioni di un istituto. Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono importanti i valori di acquisto delle immobilizzazioni. Viene applicato un interesse calcolatorio al capitale investito nelle immobilizzazioni, ma non al capitale circolante. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non può prendere in considerazione il valore di sostituzione delle immobilizzazioni, poiché quest'ultimo si basa su delle stime.

Il capoverso 2 stabilisce che le immobilizzazioni necessarie per l'esercizio corrispondono a quelle necessarie per l'adempimento del mandato di prestazioni. Le immobilizzazioni per gli esercizi secondari (caffetteria, scuola ecc.) non sono ad esempio considerate come necessarie per l'esercizio, come non lo sono quelle relative a parti di terreni non necessarie per l'adempimento del mandato di prestazioni.

Il capoverso 3 precisa che le immobilizzazioni vengono ammortizzate entro un periodo uniforme fino a un valore residuo uguale a zero. Gli ospedali assegnano una durata d'utilizzazione uniforme a ogni categoria.

Il capoverso 4 stabilisce che gli interessi calcolatori vengono calcolati secondo il metodo del valore medio, ossia sulla base della metà del valore iniziale. In tal modo gli interessi calcolatori sono costanti nel tempo. L'alternativa consisterebbe nel calcolare gli interessi calcolatori sul valore residuo delle

immobilizzazioni alla fine di ogni periodo di conteggio. Questo metodo ha lo svantaggio che l'interesse calcolatorio diminuisce con il valore residuo nel corso del tempo e che nella contabilità analitica figurano costi in diminuzione, sebbene l'infrastruttura non sia cambiata. Il tasso d'interesse calcolatorio viene fissato sulla base del tasso medio dei costi del capitale (media ponderata fra utilizzo del capitale proprio e utilizzo del capitale di terzi). Esso include due componenti: la prima è il tasso d'interesse senza rischio, che equivale al rendimento medio, nel corso degli ultimi 60 mesi, delle obbligazioni della Confederazione con una durata di 10 anni; la seconda è l'indennità commisurata al rischio per il settore ospedaliero, che può essere considerata relativamente stabile. Il tasso d'interesse calcolatorio viene fissato sulla base del tasso medio dei costi del capitale (media ponderata fra utilizzo del capitale proprio e utilizzo del capitale di terzi), in funzione dei parametri seguenti:

- costi del capitale proprio: 6,65 %
- costi del capitale di terzi: 3,15 %
- quota del capitale proprio: 15 %
- tasso d'interesse senza rischio a luglio del 2008: 2,65 %

Il tasso d'interesse calcolatorio, fissato al 3,7 %, è verificato periodicamente dal Consiglio federale. In caso di variazione importante di uno o più parametri, il Consiglio federale può decidere di adeguare il tasso d'interesse.

Art. 12 cpv. 1, art. 13 cpv. 3, art. 15

I requisiti devono essere soddisfatti per analogia anche dalle case per partorienti.

Art. 16

Questa disposizione può essere abrogata. Per verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi fissati dall'ordinanza, nel 2006 è stato costituito un gruppo di progetto e l'Institut de santé et d'économie (ISE) di Ecublens è stato incaricato di effettuare un'analisi degli effetti. Gli esperti sono giunti alla conclusione che l'applicazione della OCPRe procede bene e che l'ordinanza ha contribuito all'implementazione di strumenti più efficienti per il calcolo dei costi e per la registrazione delle prestazioni, in particolare della contabilità delle unità finali d'imputazione. Nelle case di cura l'applicazione sarebbe tuttavia meno avanzata che negli ospedali. Il rapporto degli esperti dell'ISE del marzo 2008 sarà pubblicato non appena il Consiglio federale ne avrà preso atto.

Disposizioni finali

Uno studio non pubblicato, effettuato nel 2006 dalla ditta KELLER Unternehmensberatung di Baden presso ospedali pubblici e privati di vari Cantoni, ha rivelato che, da un lato, lo stato degli investimenti varia secondo gli ospedali e che, dall'altro, la contabilità delle immobilizzazioni degli ospedali evidenzia grandi differenze per quanto concerne l'eshaustività degli investimenti registrati e la loro valutazione. Dato che con la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero gli investimenti assumeranno maggiore importanza per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il principio del calcolo dei costi su basi uniformi, valido per i costi d'esercizio, dev'essere esteso anche agli investimenti e alla loro utilizzazione.

Il capoverso 1 sancisce che al momento del passaggio possono rientrare nel calcolo delle tariffe i costi d'utilizzazione di quelle immobilizzazioni che sono state registrate nella contabilità delle immobilizzazioni di un ospedale o di una casa per partorienti e per le quali è disponibile il valore contabile attuale. In vista dell'elaborazione delle strutture tariffarie occorre mettere a disposizione dati affidabili sui costi di gestione e di investimento. In particolare s'intende garantire che le immobilizzazioni già ammortizzate non siano oggetto di un nuovo ammortamento. In questo modo si evita che i costi dichiarati dagli ospedali risultino eccessivi e che di conseguenza, al momento del passaggio a strutture tariffarie uniformi, nei calcoli rientrino costi troppo elevati. Indipendentemente dal fatto che un determinato ospedale sia in grado o meno di presentare i propri costi di investimento, nel nuovo regime di finanziamento esso ha diritto alla remunerazione della quota dei costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni considerata nella struttura tariffaria. In una seconda fase, i partner tariffari concordano l'ammontare in franchi con cui viene definitivamente remunerata una prestazione.

Confrontando il valore contabile attuale registrato e il valore contabile dell'immobilizzazione che sarebbe risultato dall'acquisto fino al momento del passaggio secondo l'articolo 10a dell'ordinanza, il capoverso 2 intende fissare un limite massimo.

Il capoverso 3 stabilisce che, per il calcolo dei costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni non ancora interamente ammortizzate al momento del passaggio agli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, vanno applicate le stesse regole valide, secondo la OCPRe, anche in relazione ai nuovi investimenti effettuati. Durante la fase di transizione, gli interessi calcolatori sono calcolati sulla base della metà del valore contabile al momento del passaggio anziché in base alla metà del valore di acquisto. Infatti, gli interessi del valore medio calcolati con il valore di acquisto sono giustificati e significativi solo nel corso dell'intera durata d'utilizzazione dell'immobilizzazione. Grazie a questa regolamentazione si evita che l'interesse calcolatorio medio risulti troppo elevato.