

Prima sentenza del Tribunale amministrativo federale sul nuovo finanziamento ospedaliero

Con la sentenza del 7 aprile 2014, il Tribunale amministrativo federale (TAF) sancisce principi importanti sull'interpretazione del diritto relativo al nuovo finanziamento ospedaliero e mette i paletti per la definizione dei prezzi e il benchmarking.

La strategia delle trattative adottata da HSK per il nuovo finanziamento ospedaliero e SwissDRG è in gran parte confermata dalla strategia del TAF.

Qui di seguito un riassunto della sentenza con un confronto con la strategia delle trattative di HSK.

Indice

1	Riassunto	2
2	Gli ospedali possono conseguire utili grazie all'efficienza.....	3
3	Determinazione dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking	5
4	Benchmarking	7
5	Presenza in considerazione della struttura tariffale SwissDRG.....	10
6	Base rate unitario contro concorrenza tariffale	11

c/o Helsana Assicurazioni SA
Casella postale
8081 Zurigo

Stettbach, maggio 2014 / DM

1 Riassunto

Tribunale amministrativo federale (TAF)	Osservazioni di HSK
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gli ospedali possono conseguire utili grazie all'efficienza 	<input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Corrisponde alla strategia delle trattative di HSK. ■ Supplemento per l'efficienza tuttavia non automatizzato, ma da negoziare individualmente con ogni ospedale.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Determinazione dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking 	<input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ad eccezione della prassi per la deduzione del gruppo di conto 65, nel modello tariffale di HSK, che si basa sulla struttura di ITAR_K, non bisogna cambiare nulla. ■ In particolare il modello HSK non prevede prima del benchmark deduzioni per mancata trasparenza.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Benchmarking 	<input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ La sentenza del TAF corrisponde in gran parte all'approccio di HSK per il benchmark con un meccanismo di definizione dei prezzi a due livelli (benchmark come valore di riferimento, trattative individuali sui prezzi). ■ Il benchmark deve avvenire sulla base dei costi individuali degli ospedali. ■ In una fase transitoria è possibile anche un benchmark dei prezzi (tariffe negoziate). ■ Il benchmark deve avvenire con il maggior numero possibile di ospedali con dati di buona qualità; non è ammissibile una preselezione, ad es. con ospedali selezionati. ■ L'attuale sistema di benchmarking ha ancora lacune perché mancano disposizioni nazionali (mancanza di unità, in particolare anche nella determinazione della ricerca e dell'insegnamento universitario).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Presa in considerazione della struttura tariffale SwissDRG 	<input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intesa nella valutazione che la struttura tariffale SwissDRG rende necessaria una differenziazione dei prezzi negli anni introduttivi.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Base rate unitario contro concorrenza tariffale 	<input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un base rate unitario non corrisponde all'intenzione del legislatore. Anche se il TAF non ha ancora preso una decisione, rimanda ai documenti della revisione della LAMal, dai quali questa valutazione è confermata.

2 Gli ospedali possono conseguire utili grazie all'efficienza

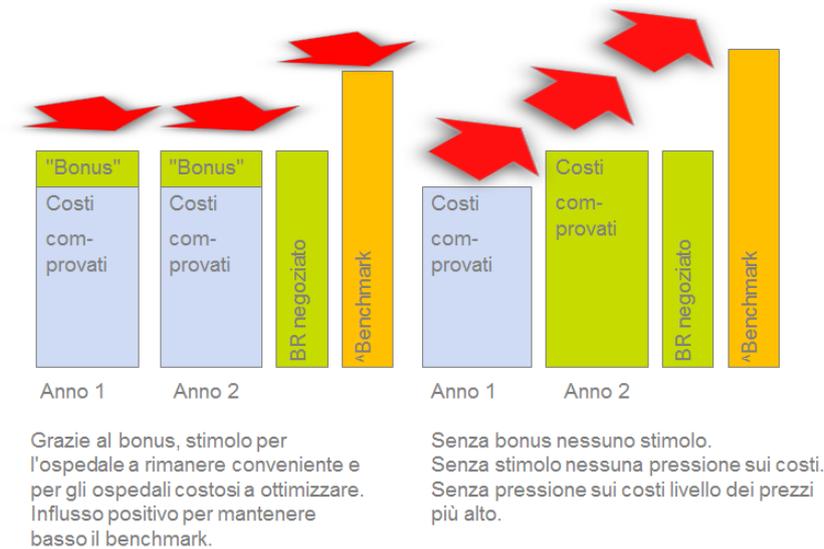
- Nella loro attività a carico dell'AOMS i fornitori di prestazioni possono conseguire **utili grazie all'efficienza**. Un ulteriore utile non è ammissibile perché altrimenti non sarebbe rispettato il principio delle cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal).
- Definizione di utile grazie all'efficienza: utili risultanti da una fornitura di prestazioni razionale ed economica, vale a dire che il fornitore di prestazioni lavora in modo più razionale ed economico di quanto sia disciplinato nella tariffa da lui applicabile.
- La tariffa convenuta o fissata **può essere inferiore ai costi del caso calcolati individualmente per l'ospedale**.
- Un **valore di base** rilevante per il benchmarking di un ospedale **inferiore** al **benchmark** se stabilito conformemente alla legge **non viola i principi della LAMal** se il governo cantonale competente ha approvato o stabilito una tariffa che copre **più dei costi rilevanti per la tariffa**.
- Un utile risultante da una tariffa superiore al benchmark, mentre i costi individuali dell'ospedale sono inferiori, con molta probabilità non è ammissibile. In considerazione dell'articolo 43 capoverso 3 LAMal, una tariffa di questo genere non verrebbe approvata.
- La **tariffa massima ammissibile** è in ogni caso il **benchmark** (se i costi comprovati sono inferiori).
- L'articolo 59c OAMal è conforme alla legge, vale a dire che va interpretato ai sensi dell'articolo 49 LAMal.
 - Con "costi della prestazione comprovati" **non si intendono i costi individuali dell'ospedale** la cui tariffa va valutata, bensì i costi dell'ospedale che rappresenta il **benchmark**.
 - Il benchmark va determinato sulla base dei **costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking e comprovati in modo trasparente** dei singoli ospedali.
- Quali "costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni" valgono in linea di massima i costi dell'ospedale che costituisce il benchmark (vale a dire che il benchmark rappresenta i costi necessari per una fornitura efficiente delle prestazioni).

Commento

La strategia delle trattative adottata da HSK per il nuovo finanziamento ospedaliero è pienamente confermata dal TAF. HSK rappresenta la posizione che bisogna dare uno stimolo agli ospedali che lavorano in modo efficiente (affinché rimangano efficienti). Qualsiasi altro modo di procedere alimenterebbe una spirale dei costi.

(cfr. illustrazione a pag. 4)

Illustrazione: stimoli per gli ospedali efficienti attenuano i costi



Fonte: presentazione di HSK per l'hearing del TAF del 6 novembre 2012

Alla questione a quanto può ammontare l'**utile grazie all'efficienza** di un fornitore di prestazioni, il TAF risponde: quali "costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni" valgono in linea di massima i costi dell'ospedale che costituisce il benchmark. Questo vuol dire che il valore del benchmark è il limite superiore per un base rate con una quota di utile (grazie all'efficienza). Questo significa che tutti i base rate che si situano al di sotto del valore del benchmark debbano essere aumentati automaticamente a tale valore?

La posizione di HSK in merito è chiaramente no. In primo luogo, il **benchmark** va visto nel contesto della definizione del prezzo come un **valore di riferimento**. Come spiega il TAF, oltre al valore di riferimento (costi comprovati mediante calcoli o benchmark) sono anche possibili supplementi o riduzioni individuali per gli ospedali. Se ad esempio la trasparenza o la qualità dei dati comprovati di un ospedale non sono sufficienti, non può essere nel senso della legislazione aumentare automaticamente al valore del benchmark il base rate dell'ospedale anche se quest'ultimo fornisce le prestazioni in modo efficiente.

In secondo luogo, bisogna essere restrittivi nell'applicare "bonus" perché, secondo il TAF, la **procedura del benchmark ha ancora lacune** (non vi sono standard unitari validi per tutta la Svizzera). Inoltre il TAF non si è espresso su quale sia il percentile "giusto" per un benchmarking nazionale.

In terzo luogo, e questo è l'argomento principale, tali supplementi vanno convenuti **sempre nel quadro delle trattative sui prezzi condotte individualmente con gli ospedali** perché altrimenti verrebbe scardinato il primato delle trattative dei partner tariffali.

3 Determinazione dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking

- Per le tariffe dell'anno **X** occorre basarsi in linea di massima sui costi dell'anno **X-2**.
- La giurisprudenza si estende alle eccezioni in cui ci si può basare sulle cifre del periodo di fatturazione direttamente precedente (X-1) o seguente (X / X+1).
- La **prassi** attuata finora di basare i costi d'esercizio sui **costi d'esercizio rilevanti per l'AOMS** (ITAR_K = casi LAMal meramente stazionari e "tariffa stazionaria LAMal e assicurazione integrativa") **rimane**.
- La prassi della **deduzione normativa** delle persone con assicurazioni integrative rimane.
- Proventi dal **gruppo di conto 65**: se l'ospedale rinuncia a specificare esattamente i costi per gli altri servizi (perché ritiene che richiederebbe un onere sproporzionato), non si può provare un margine di guadagno. In un caso del genere, i proventi dal gruppo di conto 65 vanno **dedotti completamente**.
- Supplementi sulle **perdite sui crediti: continuazione della giurisprudenza**, vale a dire che le perdite di riscossione non possono essere trasmesse all'AOMS neanche quando il fornitore di prestazioni conteggia nel sistema del terzo garante.
- **Ricerca e insegnamento universitario**
 - Solo i costi per la formazione universitaria dispensata vanno eliminati quali prestazioni economicamente di interesse generale. I salari dei medici assistenti fanno per contro parte dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
 - Una deduzione normativa va eseguita solo se la competente autorità cantonale non riesce a ricevere i dati trasparenti dall'ospedale in questione. In tal caso la deduzione normativa deve essere impostata in modo tale che **l'ospedale non ne possa trarre un vantaggio in nessun modo**.
- Altre **prestazioni economicamente di interesse generale**
 - Vi rientrano anche i costi dovuti al mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale (art. 49 cpv. 3 lett. a LAMal).
 - Se non si stabilisce quali prestazioni un ospedale deve fornire per motivi di politica generale, non è neanche possibile stabilire quali costi si dovrebbero eliminare per prestazioni economicamente di interesse generale.
 - Rimane in sospeso la questione se i costi devono essere indicati secondo il luogo della prestazione e la fruizione delle prestazioni (unioni di ospedali, più sedi).
- **Rincaro**: è determinante il **rincaro ponderato** per l'anno X-1. Per le spese per il personale bisogna basarsi sull'indice dei salari nominali e per le spese materiali sull'indice nazionale dei prezzi al consumo.
- **Deduzione per mancata trasparenza**
 - Nella determinazione dei **costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking non** si deve procedere a una **deduzione per mancata trasparenza**.
 - Gli ospedali che non presentano una fattura dei costi sufficientemente trasparente e completa, non dovrebbero essere coinvolti nel benchmarking.
 - I dati sui costi di un singolo ospedale che rientrano nel benchmarking influiscono sulle remunerazioni degli altri ospedali. Pertanto bisogna garantire che il benchmark venga determinato nel limite del possibile in base ai costi effettivi e comprovati in modo trasparente degli ospedali coinvolti nel benchmarking.

Commento

- **Costi d'esercizio rilevanti per l'AOMS:** per le trattative e il benchmarking, gli ospedali con ITAR_K devono distinguere obbligatoriamente le seguenti categorie (criteri):

rein stat. KVG Fälle akut	stat. Tarif KVG ZV akut	stat. Tarif KVG Total
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Per HSK questa informazione costituisce il **punto di partenza per la trasparenza** nel calcolo del base rate. HSK ribadisce tuttavia la sua richiesta di ricevere i **dati completi** ("ITAR_K visione completa" e non solo la "Versione per assicuratori malattia"). Questo anche per potere plausibilizzare meglio i dati. In questo modo si può migliorare la qualità del benchmark, tenendo conto della sentenza del TAF (tuttavia non si può eliminare a breve termine la mancanza di standardizzazione nazionale del calcolo dei costi rimproverata dal TAF).

La sentenza del TAF è chiara: un'autorità cantonale di approvazione delle tariffe deve richiedere agli ospedali la pubblicazione degli standard minimi perché senza una differenziazione non è possibile approvare una tariffa.

- **Deduzioni gruppo di conto 65/68**
Senza una prova basata sui dati da parte dell'ospedale, deve essere dedotto il 100% (anziché il 50% come previsto dall'attuale guida ITAR_K).
- **Perdite sui crediti**
Queste non possono essere calcolate nella tariffa AOMS.
- **Ricerca e insegnamento universitario:** dall'ottica di HSK in tale contesto sussiste effettivamente una situazione insoddisfacente perché mancano disposizioni valide per tutta la Svizzera. In qualità di partner tariffale, HSK si impegnerà affinché le disposizioni normative per un'eliminazione unitaria di queste prestazioni economicamente di interesse generale vengano applicate in modo consensuale tra i partner tariffali. A breve termine HSK si attiene alle direttive del TAF: primariamente questi costi vanno eliminati nel quadro della fattura degli assuntori dei costi. Sussidiariamente sotto forma di una deduzione normativa. In tale contesto bisogna tuttavia garantire che l'ospedale non tragga nessun vantaggio da una deduzione normativa.
- **Altri calcoli normativi (interessi, rincaro)**
Il modello tariffale di HSK, che si basa sulla struttura di ITAR_K, non deve essere adeguato in seguito alla sentenza del TAF.
- Attualmente non è chiaro come applicare la constatazione del TAF, secondo la quale gli ospedali con più sedi devono comprovare i loro costi secondo il luogo della prestazione e la fruizione delle prestazioni quando si tratta di rilevare le prestazioni economicamente di interesse generale (segnatamente il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale). HSK discuterà questo punto nelle trattative con gli ospedali interessati.

4 Benchmarking

- Il valore di riferimento corrisponde agli ospedali che forniscono le prestazioni dell'AOMS nella **qualità necessaria in modo efficiente e conveniente** (il TAF non si esprime sul percentile!).
- Non è possibile controllare l'economicità **se non si conoscono i costi individuali** degli ospedali. Poiché con il confronto degli esercizi si intende valutare l'efficienza, in linea di massima il benchmarking deve **basarsi sui costi** e non sui prezzi negoziati. Finché per singoli cantoni mancano dati utilizzabili sui costi, durante una fase transitoria non è di principio inammissibile orientarsi alle tariffe stabilite e in vigore o approvate di altri ospedali.
- Il TAF concederà (almeno per il primo anno dopo l'introduzione dei forfait per caso basati sulle prestazioni) un **marginale d'azione molto ampio** ai cantoni nell'attuazione delle regole per la formazione dei prezzi (e segnatamente nella determinazione del benchmark). Se la procedura del cantone sembra sostenibile, la decisione va tutelata anche quando altri modi di procedere sembrano meglio adatti a raggiungere gli obiettivi fissati dal legislatore.
- Il benchmark deve comprendere un **insieme di comparazione** possibilmente **grande e rappresentativo** di tutti gli ospedali per, ad esempio, essere privo di distorsioni concorrenziali e determinare, secondo un **metodo unitario** e possibilmente preciso e vicino alla realtà, i dati da paragonare dei costi e delle prestazioni rilevanti per il benchmarking. Non è ammissibile una procedura di benchmarking in cui sono preselezionati determinati ospedali o gruppi ospedalieri.
- Nella determinazione dei costi rilevanti per il benchmarking (**dunque prima del benchmarking**) **non è ammissibile** procedere a **deduzioni per mancata trasparenza**.
- Poiché il benchmark deve essere eseguito a livello nazionale, ne risulta tipicamente anche un **benchmark unitario per tutta la Svizzera**.
- Nella definizione dei prezzi non si può escludere che i partner tariffali tengano conto in casi motivati anche delle **particolarità individuali degli ospedali** oltre al valore di riferimento.
- Più è piccolo il numero di ospedali nel benchmark, più sono grandi i requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
- Non è ammissibile se il benchmark viene impostato su un ospedale i cui costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking **non** sono stati rilevati **conformemente alla LAMal**.

Commento

Da una parte viene **confermato il modo di procedere di HSK per il benchmarking**: il TAF concede ai cantoni soprattutto per il primo anno tariffale nel regime del nuovo finanziamento ospedaliero e di SwissDRG un margine d'azione molto ampio per la definizione delle tariffe. Questo conferma il modo di procedere pragmatico di HSK per l'anno tariffale 2012 (benchmarking con il maggior numero possibile di ospedali mettendo in conto difetti qualitativi, inizialmente un margine di trattativa elevato).

Secondo il TAF, il benchmarking deve concentrarsi sui **dati dei costi individuali degli ospedali**. Anche in questo caso il TAF conferma il modo di procedere di HSK per il benchmark 2014: poiché per le trattative 2013 erano disponibili troppo pochi dati rappresentativi, HSK ha eseguito il benchmark sulla base dei base rate negoziati (benchmark dei prezzi). Almeno in una fase transitoria, il TAF non considera inammissibile questo modo di procedere.

Dall'altra, il TAF critica per contro che attualmente **non esiste un metodo unitario per tutta la Svizzera** per calcolare i dati delle prestazioni e dei costi e che quindi non si può garantire che il benchmark non contenga distorsioni concorrenziali.

Per il TAF **non è ammissibile** un benchmark con un **gruppo di paragone piccolo e/o preselezionato**. Parimenti in futuro non saranno più possibili benchmark intracantonali, che in passato singoli cantoni hanno impiegato per l'approvazione e/o la definizione delle tariffe.

Conclusione:

per le trattative 2014, HSK si impegnerà a eseguire il benchmarking **nuovamente basato sui costi** e con il maggior numero possibile di ospedali. HSK non deve cambiare nulla al suo approccio di benchmarking perché il benchmark di HSK non conteneva deduzioni per mancata trasparenza. In relazione al percentile da scegliere, il TAF non ha preso alcuna decisione.

La seguente panoramica illustra come la procedura di definizione dei prezzi di HSK è praticamente uguale a quella del TAF. Soltanto nella constatazione che il benchmark non debba contenere possibilmente il rincaro vi è una differenza rispetto all'approccio attuato finora da HSK. Ma poiché il TAF non esclude esplicitamente la presa in considerazione del rincaro e soprattutto poiché nell'approccio di HSK il rincaro è eseguito in modo unitario per tutta la Svizzera e, a livello normativo, con la formula valida anche nel nuovo finanziamento ospedaliero (indice nazionale dei prezzi al consumo / indice dei costi salariali), HSK continuerà con il suo approccio almeno nelle trattative in corso. In ultima analisi è tuttavia irrilevante per la definizione dei prezzi se il rincaro calcolato in modo normativo è già contenuto nel benchmark o, se questo non fosse il caso, viene poi preso in considerazione nel corso della definizione individuale dei prezzi.

Tabella: confronto tra l'approccio di benchmark del TAF e di HSK

Schema di benchmark del TAF	Schema di benchmark attuale di HSK																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">reine stat. KVG Fälle</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">stat. Tarif KVG ZV</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; height: 40px;">OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Benchmarking-relevante Betriebskosten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">: Case Mix</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten</td> <td style="text-align: center;">→ Benchmarking</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Benchmark</td> <td style="text-align: center;">↙</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Referenzwert</td> </tr> </table> </div>	reine stat. KVG Fälle	stat. Tarif KVG ZV	OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr		Benchmarking-relevante Betriebskosten		: Case Mix		Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten	→ Benchmarking	Benchmark	↙	+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)		Referenzwert		<p>Definizione primaria dei prezzi (base rate e benchmark calcolatorio)¹</p> <p><u>Totale costi secondo la contabilità aziendale (calcolo unitario)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ./ Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni ./ Ricavi dai gruppi di conto 65/68² ./ Onorari medici per assicurati integrativi <p><u>Costi d'esercizio netti I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ./ Deduzione sussidiaria per ricerca e insegnamento universitario ./ Deduzione sussidiaria per prestazioni economicamente di interesse generale <p><u>Costi d'esercizio netti II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ./ Deduzione dei costi supplementari delle persone con assicurazioni integrative ./ Deduzioni per compensi supplementari ./ Deduzione per formazione non universitaria³ ./ Perdite sui crediti, se non già prese in considerazione ./ Deduzione degli interessi sul patrimonio circolante, se non secondo REKOLE[®] <p>+ Supplemento per interessi non considerati sul patrimonio circolante</p> <p><u>Costi d'esercizio rilevanti per il benchmark</u></p> <ul style="list-style-type: none"> + Spesa per interessi, normativo + Rincarato, normativo <p><u>Costi d'esercizio rilevanti per il benchmark HSK⁴</u></p> <ul style="list-style-type: none"> + Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni <p><u>Costi d'esercizio rilevanti per il benchmark HSK, incl. i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni</u></p> <p>: case mix = base rate calcolatorio per il benchmarking</p> <p>Benchmarking = valore di riferimento</p>
reine stat. KVG Fälle	stat. Tarif KVG ZV																
OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr																	
Benchmarking-relevante Betriebskosten																	
: Case Mix																	
Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten	→ Benchmarking																
Benchmark	↙																
+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)																	
Referenzwert																	

¹ Modello tariffale HSK sulla base della fornitura di dati ITAR_K

² Fino al 2014 secondo ITAR_K al 50%, secondo il TAF ora al 100% se non comprovati in modo calcolatorio

³ A partire dalla versione 3.0 ITAR_K non più indicata separatamente e quindi non viene più presa in considerazione da HSK

⁴ Nel benchmarking basato sui costi, i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni sono aggiunti dopo il benchmark

Schema di benchmark del TAF	Schema di benchmark attuale di HSK
<p>+ evtl. spitalindividuelle Zuschläge</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Festlegung (Vereinbarung oder Festsetzung)</div> <p style="margin-left: 100px;">Basisfallwert</p> <p style="margin-left: 100px;">x Kostengewicht</p> <p style="margin-left: 100px;">Fallpauschale</p>	<p>Definizione secondaria dei prezzi (trattative individuali sul base rate con gli ospedali)</p> <p>Supplementi e deduzioni come:</p> <ul style="list-style-type: none"> ./. Deduzioni per mancata trasparenza + / ./. Processi amministrativi tra i fornitori di prestazioni e le società di HSK + / ./. Supplementi o deduzioni per trasparenza della qualità (ANQ)⁵ + Rincarato individuale (casi speciali o eccezionali come disposizioni legali)
<p>Erklärung weiterer Begriffe</p> <p><i>Tarifrelevante Kosten</i> enthalten in Analogie zu den <i>anrechenbaren Kosten</i> nach aArt. 49 Abs. 1 KVG nicht nur die benchmarking-relevanten Betriebskosten, sondern auch die allgemeinen Zuschläge.</p> <p><i>Spitalindividuell kalkulierte Fallkosten (Schweregrad 1.0)</i> entsprechen den tarifrelevanten Kosten, umgelegt auf den Basisfallwert (ohne Benchmarking).</p>	<p>I costi normativi nonché i supplementi e le deduzioni sono presi in considerazione nei costi rilevanti per il benchmark di HSK.</p>

5 Presa in considerazione della struttura tariffale SwissDRG

- Il TAF cita nella sua sentenza la constatazione di SwissDRG SA, secondo la quale la struttura tariffale versione 1.0 non rappresenta correttamente tutte le differenze di costi tra i vari ospedali e che almeno nei primi anni dopo l'introduzione è necessaria una differenziazione dei prezzi.
- "Tenendo conto di questo, il TAF (almeno nel primo anno dopo l'introduzione dei forfait per caso basati sulle prestazioni) deve concedere un margine d'azione molto ampio nell'attuazione della regola di definizione dei prezzi."

Commento

- La strategia delle trattative di HSK è pienamente confermata dal TAF. Tuttavia HSK è del parere che il miglioramento della struttura tariffale è un processo che dura anni, ma che giungerà a una fine.
- I risultati pluriennali delle trattative di HSK (a partire dal 2012, nel quadro di contratti pluriennali fino al 2016) corrispondono de facto a una convergenza pattuita contrattualmente: i base rate convergono (ospedali con base rate superiori al benchmark verso il benchmark).

⁵ Basi di trattative HSK 2014 a partire dall'anno tariffale 2015

6 Base rate unitario contro concorrenza tariffale

- Dai documenti sulla revisione della LAMal si desume che il legislatore non intendeva introdurre un prezzo unitario di base per tutti gli ospedali della Svizzera, di un cantone o di una regione, bensì una tariffa convenuta individualmente con ogni ospedale.
- Tuttavia il TAF non ha emesso ancora una decisione concreta.

Commento

- Anche se il TAF non ha ancora preso una decisione: dal rimando ai documenti della revisione della LAMal si può dedurre che il legislatore non intende introdurre un prezzo unitario di base (cfr. in merito anche la perizia giuridica Häner / <http://www.ecc-hsk.info/>).