

02.402

Iniziativa parlamentare
Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali
per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base
alla legge federale sull'assicurazione malattie

Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio degli Stati

del 13 febbraio 2002

Onorevoli colleghi,

Conformemente all'articolo 21^{quater} capoverso 3 della legge sui rapporti fra i Consigli (LRC) vi sottoponiamo il seguente rapporto, che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

La Commissione vi propone di approvare il disegno di legge allegato.

13 febbraio 2002

In nome della Commissione:

Il presidente, Bruno Frick

Rapporto

1 Antefatti

Nella seduta del 12/13 febbraio 2002 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS) ha deciso all'unanimità con un'astensione di presentare un progetto di legge federale urgente che prevede disposizioni transitorie relative al finanziamento degli ospedali. Prima di giungere a questa decisione la commissione si è occupata a lungo della questione del contributo di base obbligatorio dei Cantoni per i costi dei titolari di un'assicurazione complementare, alla ricerca di una soluzione che non comportasse un intervento legislativo a livello federale.

Durante la seduta della CSS del 9 aprile 2001, quando si poteva intravedere che i Cantoni e gli assicuratori non avrebbero raggiunto un'intesa a breve termine, si è discusso per la prima volta dell'ipotesi di un intervento legislativo. La commissione ha rinviato la decisione relativa a un'eventuale iniziativa commissionale e ha dato incarico alla propria sottocommissione LAMal di cercare il dialogo con i Cantoni e con gli assicuratori. Il 28 maggio 2001 la sottocommissione ha invitato le parti in causa a un colloquio. I rappresentanti dei Cantoni e degli assicurati si dichiararono favorevoli a concordare una soluzione provvisoria valida fino all'entrata in vigore della 2ª revisione della legge sull'assicurazione malattie. Successivamente, nel corso di numerose sedute la commissione è stata tenuta al corrente dell'andamento delle trattative.

La Commissione ha poi nuovamente invitato le parti in causa a un colloquio dopo che il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) in una sentenza del 30 novembre 2001 relativa alla medesima questione aveva dato chiaramente ragione agli assicuratori e visto che nel frattempo le parti non erano ancora riuscite a concordare una soluzione provvisoria. Dato che le parti dichiararono di escludere la possibilità di trovare un accordo, la commissione giunse alla conclusione che prima dell'entrata in vigore della 2ª revisione della legge sull'assicurazione malattie la situazione giuridica avrebbe potuto essere chiarita solo tramite un intervento legislativo a livello federale. La commissione ha invitato le parti in causa a trovare una soluzione forfetaria per il 2001. Se non dovessero giungere a un accordo essa si riserva di ritornare sulla sua decisione. Non sembra infatti molto sensato emanare una regolamentazione transitoria valida per il futuro mentre rimangono ancora irrisolte importanti questioni finanziarie del passato.

2 Linee fondamentali della proposta

2.1 Situazione di partenza

Le prestazioni degli ospedali vengono finanziate facendo capo a diverse fonti. La legge sull'assicurazione malattie, entrata in vigore nel 1996, stabilisce che l'assicurazione obbligatoria deve coprire al massimo il 50 per cento dei costi nei reparti comuni degli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico (art. 49 cpv. 1). Per i pazienti assicurati nei reparti privati o semiprivati l'assicurazione complementare copre i costi supplementari derivanti dalla libera scelta del medico e dalle cure corrisposte dal primario. Gli ospedali pubblici o sovvenzionati coprono i costi rimanenti,

compresi quelli derivanti dagli investimenti, facendo capo al Cantone oppure al Comune.

Dopo l'entrata in vigore della LAMal i Cantoni e le casse malati si sono trovati in conflitto sull'interpretazione dell'obbligo di contribuire nei confronti dei pazienti titolari di un'assicurazione complementare. I Cantoni ritenevano di dover contribuire solo per i pazienti assicurati in reparto comune, mentre gli assicuratori esigevano anche un contributo di base per i pazienti titolari di un'assicurazione complementare.

In questo ambito il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha emesso le sue prime sentenze il 16 e il 19 dicembre 1997 stabilendo che per le degenze fuori Cantone determinate da esigenze mediche in ospedali pubblici o sovvenzionati i Cantoni devono versare il proprio contributo indipendentemente dal tipo di reparto in cui è curato il paziente. Il Tribunale non si è però pronunciato sul contributo cantonale in caso di degenza in un reparto privato o semiprivato all'interno del Cantone.

Il contributo per degenze fuori Cantone di pazienti che hanno concluso un'assicurazione complementare è regolato dall'accordo stipulato il 7 luglio 1998 tra la Conferenza dei direttori cantonali della sanità e il Concordato degli assicuratori malattia (CAMS, ora santésuisse). L'accordo prevede che in attesa di una regolamentazione definitiva gli assicuratori rinuncino a presentare ricorsi per i contributi cantonali per la degenza nel Cantone di pazienti detentori di un'assicurazione complementare. In linea di principio questo cosiddetto patto di non belligeranza era valido fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni della LAMal, al più tardi però fino al 31 dicembre 2000, con la possibilità di prorogarlo di un anno.

Nel messaggio del 18 settembre 2000 concernente la seconda revisione parziale della LAMal il Consiglio federale, basandosi sulle sentenze del TFA, propone che le degenze in ospedale vengano finanziate per metà ciascuno dall'assicurazione malattia obbligatoria e dal Cantone di residenza del paziente, a condizione che l'ospedale in questione rientri nella pianificazione ospedaliera del Cantone di residenza.

In seguito gli assicuratori non hanno voluto protrarre la durata del patto di non belligeranza. Ma alla fine del 2000 le Camere avevano appena cominciato l'esame del messaggio e si poteva presagire che l'entrata in vigore della revisione di legge avrebbe ancora richiesto tempo. I Cantoni e gli assicurati ripresero quindi le trattative e proposero una soluzione transitoria che però non riuscì a raggiungere il quorum necessario fra i Cantoni.

2.2 Decisione del Tribunale federale delle assicurazioni del 30 novembre 2001

Il 30 novembre 2001 il TFA ha emesso per la prima volta una sentenza sulla problematica dei contributi cantonali per la degenza all'interno dei Cantoni di pazienti titolari di un'assicurazione complementare. Il caso era stato portato in tribunale da un assicuratore che non aveva aderito al patto di non belligeranza e la sentenza ha stabilito che i Cantoni devono partecipare anche ai costi di degenza nel Cantone dei pazienti assicurati in reparto privato o semiprivato degli ospedali pubblici o sovvenzionati. Il contributo deve corrispondere ai costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria nel caso di un paziente ricoverato nel reparto comune del medesimo ospe-

Art. 1 cpv. 2

La tariffa determinante per il calcolo è quella in vigore al momento dell'entrata in ospedale poiché durante una lunga degenza ospedaliera le tariffe possono subire modifiche e inoltre negli anni 2002, 2003 e 2004 il contributo dei Cantoni varierà a seconda del tasso applicato alla tariffa determinante.

Art. 2 cpv. 1 e 2

Nel caso di un paziente con assicurazione complementare le parti coinvolte nella copertura dei costi di degenza ospedaliera sono tre: l'assicurazione obbligatoria («assicurazione di base»), l'assicurazione complementare e il Cantone di residenza. Il Cantone partecipa al finanziamento dei propri ospedali versando contributi per l'esercizio o per la copertura dei disavanzi. Gli ospedali invece recapitano agli assicurati, rispettivamente agli assicuratori dove vige il sistema del terzo garante conformemente all'articolo 42 LAMal, una fattura che comprende i costi che vanno coperti dall'assicurazione di base e da quella complementare. Le modalità di conteggio vanno ora regolate in modo chiaro per evitare transazioni finanziarie inutili fra le parti. Nella sua fatturazione, quindi, l'ospedale separa i costi a carico dell'assicurazione di base da quelli imputabili all'assicurazione complementare. Il contributo cantonale viene dedotto dai costi addebitati all'assicurazione complementare e agli assicuratori viene così inoltrata questa fattura ridotta. Questo procedimento implica dei cambiamenti rispetto all'uso attualmente in vigore nel settore delle assicurazioni complementari dove in generale l'ospedale recapita la fattura all'assicurato. L'invio della fattura all'assicuratore evita che l'assicurato debba occuparsi di chiedere al Cantone il versamento dei contributi.

Art. 2 cpv. 3

Al Consiglio federale sarebbe inoltre affidata la competenza di regolamentare eventuali dettagli relativi all'attuazione degli articoli 1 e 2 capoversi 1 e 2.

Art. 3 cpv. 1 e 2

I capoversi 1 e 2 contengono le disposizioni finali abituali di una legge federale urgente. Questa rimarrà in vigore al massimo fino al 31 dicembre 2004 poiché si prevede che entro quel termine potrà essere messa in vigore la seconda revisione parziale della LAMal. Nella versione proposta dal Consiglio degli Stati si prevede una regolamentazione integrale del finanziamento degli ospedali, compresi quelli privati.

La legge sarà però abolita prima di questo termine qualora dovesse già entrare in vigore la seconda revisione della LAMal. Al contrario il Parlamento potrà decidere di prorogarne la durata nel caso in cui la revisione non entri in vigore prima del 1° gennaio 2005.

La legge entra in vigore con effetto retroattivo il 1° gennaio 2002. La legittimità di questa retroattività è confermata da una perizia dell'8 febbraio 2002¹ commissionata dall'Ufficio federale di giustizia.

¹ Avis de droit à l'intention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE), Office fédéral de la justice.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie e sul personale

Per la Confederazione non sono previste ripercussioni finanziarie o sul personale.

Per i Cantoni invece si prospettano notevoli conseguenze finanziarie. Secondo una stima della copertura dei costi delle degenze ospedaliere basata sulla pubblicazione «Costi della salute» dell'Ufficio federale di statistica, nel 1999 l'assicurazione obbligatoria ha versato 3,7 miliardi per le cure sanitarie previste dalla LAMal. In base alle statistiche ospedaliere pubblicate dall'Ufficio federale di statistica, negli ospedali pubblici (dove si concentra l'85% dei giorni di cura complessivi) circa l'80 per cento dei giorni di cura viene effettuato nel reparto comune e il rimanente 20 per cento nei reparti privati e semiprivati. Questi dati permettono di ipotizzare che se dovessero essere chiamati a coprire il 100 per cento dei costi in questione i Cantoni dovrebbero sborsare circa 630 milioni di franchi in più. Una copertura dell'80 per cento comporterebbe maggiori spese per circa 500 milioni, mentre con il 60 per cento si giungerebbe a circa 380 milioni. Una estrapolazione della copertura dei costi nei singoli Cantoni elaborata dall'Ufficio federale di statistica² lascia presumere che gli oneri supplementari divergeranno notevolmente fra i vari Cantoni.

Le ripercussioni sugli effettivi del personale dovrebbero invece risultare molto modeste poiché vengono modificate unicamente le modalità di conteggio, mentre non viene assegnata nessuna incombenza supplementare ai Cantoni.

4.2 Fattibilità delle misure proposte

Dopo la modifica delle modalità di conteggio e di rimborso la legge può essere attuata senza grossi oneri amministrativi supplementari.

4.3 Altre ripercussioni

Quando una parte dei costi attualmente sopportati dalle assicurazioni complementari saranno coperti dai Cantoni, dovrebbe essere possibile una riduzione dei premi. L'Ufficio delle assicurazioni private è l'ente competente per verificare il calcolo dei premi delle assicurazioni complementari.

5 Relazioni con il diritto europeo

Il diritto europeo (diritto della Comunità europea e del Consiglio d'Europa) non annovera nessuna norma sulla partecipazione dell'ente pubblico al finanziamento delle cure ospedaliere. La presente proposta non è in contraddizione né con l'accordo di libera circolazione delle persone concluso con l'Unione europea, né con le disposizioni relative al settore dell'assicurazione malattie dell'accordo AELS riveduto. In questo ambito fanno stato i principi della parità di trattamento e dell'aiuto reciproco. Le persone che risiedono in Svizzera (e quindi vi pagano le tasse) e sono assicurate

² Vedi tabella allegata.

in uno Stato dell'UE oppure in Islanda o in Norvegia hanno diritto di essere curate in base alle tariffe svizzere applicate all'interno dei Cantoni. Il Cantone deve partecipare alle spese di cura come nel caso delle persone residenti nel Cantone e assicurate in Svizzera. I costi sopportati dall'assicurazione vengono poi addebitati all'assicurazione estera. Anche in futuro invece i Cantoni non dovranno versare nessun contributo per le persone che abitano in uno Stato dell'UE o dell'AELS e si fanno curare in un ospedale svizzero. In questi casi va sempre applicata la tariffa per le persone assicurate fuori Cantone, indipendentemente dal fatto che esse siano assicurate in Svizzera o all'estero.

6 Basi giuridiche

6.1 Costituzionalità e legalità

Il disegno di legge poggia sull'articolo 117 della Costituzione federale, il quale conferisce alla Confederazione ampie competenze organizzative nel settore dell'assicurazione malattie che comprendono anche, come è già il caso attualmente, la possibilità di emanare disposizioni sul finanziamento degli ospedali.

6.2 Forma dell'atto legislativo

La regolamentazione provvisoria proposta dovrebbe essere emanata sotto forma di legge federale urgente di validità limitata nel tempo. In base all'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale, una legge federale può essere dichiarata urgente in base all'oggetto oppure alle necessità temporali. L'urgenza temporale è data in questo caso dal fatto che attualmente, dopo la sentenza del TFA, non sono ancora state chiarite le modalità di trasferimento dei costi ai Cantoni e che sia i Cantoni sia gli ospedali e gli assicuratori sono fortemente interessati a poter disporre a breve scadenza di una regolamentazione efficace. L'attesa del termine di referendum (100 giorni) non permetterebbe più di adottare queste misure già per i pagamenti del 2002.

Copertura dei costi delle cure stazionarie

Calcoli per l'anno 1999

	Cantoni		Assicuratori		Totale	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%
Zurigo	429.7	40.47%	632.2	59.53%	1 062.0	
Berna	506.3	53.94%	432.4	46.06%	938.8	
Lucerna	96.9	39.27%	149.9	60.73%	246.9	
Uri	12.0	44.83%	14.7	55.17%	26.7	
Svitto	60.3	53.22%	53.0	46.78%	113.3	
Obvaldo	11.4	46.89%	12.9	53.11%	24.2	
Nidvaldo	14.0	50.70%	13.6	49.30%	27.7	
Glarona	19.0	52.68%	17.1	47.32%	36.0	
Zugo	47.9	55.75%	38.1	44.25%	86.0	
Friburgo	110.6	48.66%	116.7	51.34%	227.3	
Soletta	99.3	44.96%	121.5	55.04%	220.8	
Basilea-Città	239.7	59.22%	165.0	40.78%	404.7	
Basilea-Campagna	137.4	47.83%	149.9	52.17%	287.3	
Sciaffusa	43.5	51.43%	41.1	48.57%	84.6	

	Cantoni		Assicuratori		Totale	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%
Zurigo	558.7	46.91%	632.2	53.09%	1 190.9	
Berna	685.4	61.32%	432.4	38.68%	1 117.8	
Lucerna	128.6	46.17%	149.9	53.83%	278.5	
Uri	20.8	58.54%	14.7	41.46%	35.6	
Svitto	61.0	53.50%	53.0	46.50%	114.0	
Obvaldo	11.9	48.07%	12.9	51.93%	24.8	
Nidvaldo	15.6	53.42%	13.6	46.58%	29.3	
Glarona	34.8	67.08%	17.1	32.92%	51.8	
Zugo	52.5	57.99%	38.1	42.01%	90.6	
Friburgo	139.2	54.40%	116.7	45.60%	255.8	
Soletta	148.6	55.01%	121.5	44.99%	270.1	
Basilea-Città	292.9	63.96%	165.0	36.04%	457.9	
Basilea-Campagna	174.1	53.73%	149.9	46.27%	323.9	
Sciaffusa	46.4	53.06%	41.1	46.94%	87.5	

Copertura delle cure stazionarie

Calcoli per l'anno 1999

Senza investimenti		Con investimenti			
	Cantoni		Assicuratori		Totale
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	
Appenzello Esterno	20.8	47.47%	23.0	52.53%	43.8
Appenzello Interno	4.0	39.53%	6.2	60.47%	10.2
S.Gallo	190.6	48.73%	200.5	51.27%	391.1
Grigioni	80.1	47.11%	89.9	52.89%	170.0
Argovia	178.9	40.80%	259.5	59.20%	438.3
Turgovia	61.7	33.87%	120.5	66.13%	182.3
Ticino	108.6	35.21%	199.8	64.79%	308.4
Vaud	404.3	53.16%	356.3	46.84%	760.6
Vallese	137.0	51.20%	130.6	48.80%	267.6
Neuchâtel	121.6	56.22%	94.7	43.78%	216.3
Ginevra	602.6	73.18%	220.9	26.82%	823.5
Giura	47.3	48.09%	51.0	51.91%	98.3
Svizzera	3 785.6	50.50%	3 711.0	49.50%	7 496.6

	Cantoni		Assicuratori		Totale
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	
Appenzello Esterno	25.9	52.94%	23.0	47.06%	48.8
Appenzello Interno	4.2	40.40%	6.2	59.60%	10.4
S.Gallo	218.1	52.10%	200.5	47.90%	418.7
Grigioni	118.2	56.79%	89.9	43.21%	208.1
Argovia	242.1	48.27%	259.5	51.73%	501.6
Turgovia	67.6	35.94%	120.5	64.06%	188.1
Ticino	140.2	41.24%	199.8	58.76%	340.1
Vaud	421.7	54.21%	356.3	45.79%	778.0
Vallese	180.0	57.96%	130.6	42.04%	310.6
Neuchâtel	161.2	62.99%	94.7	37.01%	255.9
Ginevra	628.3	73.99%	220.9	26.01%	849.2
Giura	46.8	47.82%	51.0	52.18%	97.8
Svizzera	4 624.8	55.48%	3 711.0	44.52%	8 335.8

Ufficio federale di statistica: calcoli effettuati sulla base delle statistiche sui costi della salute, dei dati di santésuisse e della statistica delle finanze pubbliche.

I costi dell'assicurazione malattia si riferiscono al Cantone di residenza degli assicurati, mentre in linea di principio i costi dei Cantoni corrispondono alle sovvenzioni (nette) versate ai propri ospedali.