

ad 02.402

**Iniziativa parlamentare (CSSS-CS)
Legge federale sull'adeguamento delle partecipazioni dei
Cantoni ai costi per i trattamenti ospedalieri intracantonali
secondo la legge federale sull'assicurazione malattie**

**Rapporto del 13 febbraio 2002 della Commissione della sicurezza
sociale e della sanità del Consiglio degli Stati**

Parere del Consiglio federale

del 15 marzo 2002

Onorevoli presidente e consiglieri,

Conformemente all'articolo 21^{quater}, capoverso 4 della legge sui rapporti fra Consigli (LRC: RS 171.11) esprimiamo il nostro parere sul rapporto del 13 febbraio 2002 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati concernente la legge federale sull'adeguamento delle partecipazioni dei Cantoni ai costi per i trattamenti ospedalieri intracantonali secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (FF 2002 3888).

Gradite, onorevoli presidente e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

15 marzo 2002

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Kaspar Villiger

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Parere

1 **Situazione iniziale**

Il 13 febbraio 2002 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSSS) del Consiglio degli Stati ha depositato un'iniziativa parlamentare sotto forma di progetto elaborato. L'iniziativa propone l'istituzione di una legge federale urgente che disciplini il regime transitorio per i finanziamenti ospedalieri. Detta legge permetterà di definire una soluzione transitoria in merito al rimborso dei costi sostenuti dai Cantoni per la degenza ospedaliera di pazienti affiliati all'assicurazione complementare.

L'iniziativa parlamentare è stata depositata a seguito della decisione del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) del 30 novembre 2001 di imporre ai Cantoni l'obbligo di partecipazione ai costi di degenza ospedaliera sul territorio cantonale di assicurati in reparto privato e semiprivato. Il TFA insiste nell'affermare che anche in caso di degenza ospedaliera intracantonale, i Cantoni devono partecipare al finanziamento dei trattamenti ospedalieri forniti da ospedali pubblici e ospedali sussidiati da enti pubblici a favore di assicurati in reparto privato o semiprivato. Il TFA ritiene che questa partecipazione debba essere pari alla parte di costi non pagata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il trattamento dell'assicurato nel reparto comune dell'ospedale. Vale a dire che essa non deve essere commisurata al tipo di reparto nel quale è avvenuto effettivamente il ricovero nella struttura ospedaliera pubblica o sussidiata dagli enti pubblici. In questo modo il TFA ha confermato la giurisprudenza, fondata sulle decisioni del 16 e del 19 dicembre 1997, sull'obbligo da parte del Cantone di finanziare trattamenti ospedalieri extracantonali prescritti da un medico.

Il 18 settembre 2000 il nostro Consiglio ha approvato il messaggio sulla 2^a revisione parziale della LAMal. In linea con i principi che stanno alla base delle decisioni del TFA, abbiamo proposto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e il Cantone di residenza si assumano ciascuno la metà del rimborso delle prestazioni per una degenza ospedaliera nel caso in cui l'ospedale in questione si trovi nell'elenco ospedaliero del Cantone di domicilio dell'assicurato.

2 **Parere del Consiglio federale**

2.1 **Sulle conseguenze delle decisioni del TFA**

Finora l'assicurazione complementare ha coperto i costi di degenza ospedaliera intracantonale in reparto privato o semiprivato, ad eccezione dell'importo di base a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo testimonia che la regolamentazione vigente non ha ancora trovato piena applicazione. Un'applicazione integrale della decisione del TFA del 30 novembre 2001 comporterebbe un pesante aggravio supplementare per il Cantone e uno sgravio per l'assicurazione complementare. Condividiamo il parere della Commissione, la quale considera problematico l'onere aggiuntivo che graverebbe sul bilancio finanziario del

Cantone. Nella maggior parte dei casi i contributi supplementari versati dai Cantoni non rientrano nel bilancio preventivo e non sono riportati nei piani finanziari.

A tutela della situazione finanziaria dei Cantoni e tenuto conto della necessità di regolamentare il periodo di transizione fino all'entrata in vigore della revisione della LAMal proposta dal nostro Consiglio, siamo a favore di un disciplinamento transitorio come quello proposto dall'iniziativa parlamentare.

2.2 Valutazione del progetto di legge della Commissione

Nel messaggio del 18 settembre 2000 concernente la modifica della legge sull'assicurazione malattie, il nostro Consiglio considera la rinuncia al principio di copertura dei costi e il passaggio al finanziamento delle prestazioni ripartito a metà tra Cantoni e assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, come due aspetti centrali del progetto. Con la ridefinizione dei regimi tariffari, ossia con una tariffazione basata sulle prestazioni ricevute, saranno fissati nuovi incentivi al contenimento dei costi. La proposta lanciata dalla promotrice dell'iniziativa si basa, invece, sul principio ancora oggi vigente della copertura dei costi e non altera in alcun modo gli incentivi. In virtù della sua particolare struttura che ricalca quella del sistema attuale e dei suoi elementi intesi come tariffe vigenti, la soluzione proposta nell'ambito dell'iniziativa può essere applicata molto velocemente e si prospetta come la soluzione transitoria ideale in attesa che entri in vigore la revisione della LAMal. Questa soluzione si rivela particolarmente vantaggiosa per le seguenti ragioni:

- si conoscono le tariffe utilizzate come base di calcolo per determinare i contributi a carico del Cantone e applicate dai singoli ospedali per il reparto comune evitando quindi di effettuare ulteriori calcoli e inutili delimitazioni;
- in tutti i Cantoni che, secondo il diritto vigente, finanziano una buona parte dei costi di esercizio imputabili, l'importo corrisposto a persone affiliate ad assicurazioni complementari per trattamenti è in proporzione inferiore rispetto all'importo versato nei Cantoni che partecipano in misura minore al finanziamento dei costi imputabili. Questo sistema consente nel corso del tempo di pareggiare equamente la copertura dei costi tra Cantone e assicuratori-malattie;
- è possibile applicare tale sistema nell'ambito della regolamentazione legale vigente della LAMal. L'ordinamento proposto non contiene elementi in contrapposizione con la futura introduzione di un finanziamento delle prestazioni.

3 Conclusioni

L'applicazione integrale delle decisioni del TFA porrebbe gran parte dei Cantoni di fronte a grossi problemi finanziari. Inoltre, l'attuazione delle decisioni sarebbe affidata ai singoli assicuratori determinando una certa disparità dei diritti. Sebbene la regolamentazione proposta dalla promotrice dell'iniziativa non sia completamente compatibile con il progetto da noi proposto nel nostro messaggio sulla 2^a revisione

parziale della LAMal, ci siamo comunque pronunciati a favore della stessa in quanto la regolamentazione oltre ad avere una durata circoscritta nel tempo è in sintonia con il finanziamento delle prestazioni da noi promosso che prevede una ripartizione dei costi a metà tra Cantone e assicuratori-malattie.