

04.061

**Messaggio  
concernente la modifica della legge federale  
sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero)**

del 15 settembre 2004

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

Nel contempo vi proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- |      |   |         |  |
|------|---|---------|--|
| 2002 | P | 01.3049 | Medicina di punta. Riduzione della sovracapacità mediante l'assegnazione di licenze (N 30.9.02, Zäch)  |
| 2001 | P | 01.3604 | Introduzione di un finanziamento monistico degli ospedali. Rapporto (N 14.12.01, Zäch)   |
| 2002 | M | 02.3170 | Pianificazione della medicina di punta (S 19.9.02; N 1.3.04, Frick)  |
| 2002 | P | 02.3674 | Rapporto sulle implicazioni di un finanziamento ospedaliero monistico (N 21.3.03, Zisyadis)  |
| 2002 | P | 02.3750 | Modelli per la pianificazione ospedaliera (N 21.3.03, Rossini)   |
| 2003 | P | 03.3042 | Creazione di regioni di copertura nell'ambito delle cure ospedaliere ai sensi della LAMal. Esame del Consiglio federale (N 20.6.03, Wirz-von Planta) |

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

15 settembre 2004      In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Joseph Deiss  
La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

---

## Compendio

*Nel messaggio del 18 settembre 2000 (FF 2001 631 segg.) il Consiglio federale ha presentato la sua proposta di revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) in materia di finanziamento ospedaliero. Dopo tre anni di dibattiti parlamentari, il disegno è stato respinto dal Consiglio nazionale il 17 dicembre 2003. Tuttavia, nei vari dibattiti le proposte di modifica che avevano per oggetto il nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero non sono praticamente mai state contestate. Per questa ragione il Consiglio federale ha deciso di riprenderle, adattandole dove necessario all'evoluzione della situazione. Si rinuncia ad esempio al progetto relativo al trattamento semiospedaliero e si tiene conto dei risultati contenuti nel rapporto di esperti relativo ai modelli del finanziamento monistico. Permangono tuttavia gli orientamenti principali: la revisione della legge intende eliminare gli aspetti controversi che pregiudicano il buon funzionamento del sistema e realizzare coerentemente i principi stabiliti dalla legge. Affinché la responsabilità dei partner finanziari sia chiaramente definita, si propone di fissare per legge la ripartizione del finanziamento tra assicuratori e Cantoni. Ai fini di una maggiore trasparenza e quale stimolo all'incremento dell'efficienza, il finanziamento deve essere stabilito in funzione delle prestazioni. La pianificazione dovrà inoltre essere applicabile a tutte le prestazioni ai sensi della presente legge e comprendere la garanzia delle cure per tutte le persone assicurate indipendentemente dall'esistenza di un'assicurazione complementare.*

*La situazione di partenza per la stima delle ripercussioni finanziarie delle modifiche di legge è cambiata, soprattutto per i Cantoni. Questo in seguito ad una decisione del Tribunale federale delle assicurazioni, che conferma l'obbligo dei Cantoni di versare un contributo per la degenza di persone al beneficio di un'assicurazione ospedaliera complementare anche quando le cure sono dispensate in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico del Cantone di domicilio. Siccome l'attuazione immediata e integrale della decisione del Tribunale avrebbe implicato per i Cantoni ingenti spese supplementari, il Parlamento ha promulgato la legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie, che prevede un aumento progressivo dei contributi cantonali. Gli oneri supplementari per i Cantoni, stimati all'epoca come conseguenza del passaggio al finanziamento duale delle prestazioni, si sono oggi in parte verificati. Nonostante le modifiche di legge proposte dal Consiglio federale nell'ambito del finanziamento e della pianificazione ospedalieri si differenzino nei due testi soltanto per alcuni dettagli, le previste ripercussioni finanziarie del presente disegno non possono pertanto essere paragonate a quelle previste nel 2000. Affinché anche le ripercussioni finanziarie delle modifiche di legge proposte ora siano sopportabili per i Cantoni e per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, occorre definire una regolamentazione adeguata del passaggio progressivo al nuovo sistema di finanziamento. Una proposta in tal senso è contenuta nelle disposizioni transitorie.*

## Indice

<b>Compendio</b>	<b>4904</b>
<b>Messaggio</b>	<b>4907</b>
<b>1 Parte generale</b>	<b>4907</b>
1.1 Genesi del disegno	4907
1.1.1 Principi	4907
1.1.2 Problemi di attuazione di carattere generale	4908
1.2 Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni	4908
1.3 Sforzi di revisione	4909
1.3.1 Seconda revisione della LAMal	4909
1.3.2 Interventi parlamentari	4910
1.4 Progetto «Basi della terza revisione parziale della LAMal»	4914
1.5 Obiettivi politici	4916
1.6 Effetti sociopolitici	4916
1.7 Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale di revisione parziale della LAMal	4917
<b>2 Punti essenziali del disegno</b>	<b>4918</b>
2.1 Prestazioni	4918
2.2 Pianificazione ospedaliera	4919
2.3 Tariffe	4921
2.4 Basi legali del diritto di regresso del Cantone di domicilio	4922
2.5 Dati di base	4922
2.6 Passaggio alla nuova regolamentazione del finanziamento	4923
<b>3 Parte speciale: commento delle singole disposizioni</b>	<b>4924</b>
<b>4 Influenza della proposta sulle altre modifiche del sistema attualmente in discussione</b>	<b>4935</b>
<b>5 Ripercussioni</b>	<b>4936</b>
5.1 Ripercussioni finanziarie	4936
5.1.1 Per la Confederazione	4936
5.1.2 Per i Cantoni e i Comuni	4936
5.2 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie	4938
5.3 Ripercussioni economiche	4939
<b>6 Relazione con la nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni</b>	<b>4940</b>
<b>7 Programma di legislatura</b>	<b>4940</b>
<b>8 Rapporto con il diritto europeo</b>	<b>4940</b>
8.1 Prescrizioni della Comunità europea	4940
8.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	4941
8.3 Compatibilità con il diritto europeo	4942

<b>9 Basi giuridiche</b>	<b>4942</b>
9.1 Costituzionalità	4942
9.2 Delega delle competenze legislative	4942
<i>Allegato</i> <b>Ripartizione dei costi d'ospedalizzazione tra l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) e i Cantoni</b>	<b>4943</b>
<b>Legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero)</b> <i>(Disegno)</i>	<b>4945</b>

# Messaggio

## 1

### Parte generale

Conformemente alla ripartizione delle competenze prevista dall'articolo 3 della Costituzione federale (Cost.; RS 101), il sistema sanitario è un compito pubblico di competenza dei Cantoni. Dal canto suo, la Confederazione ha la responsabilità di provvedere a che la popolazione possa assicurarsi a condizioni sopportabili contro i rischi di malattia e infortunio (art. 117 Cost.; cfr. anche GAAC 48, 1984, p. 492 segg.). Nel settore sanitario e nell'assicurazione malattie che ne è parte integrante i disciplinamenti federali e cantonali devono essere armonizzati. In base alla legislazione vigente, in caso di cure ospedaliere dispensate negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico l'assicurazione malattie obbligatoria può assumere al massimo il 50 % dei costi fatturabili. Questo stabilisce implicitamente che i costi restanti devono essere sopportati dai poteri pubblici (art. 49 cpv. 1 LAMal). Ai Cantoni è stato inoltre conferito il compito di pianificare la copertura del fabbisogno ospedaliero e di allestire un elenco degli ospedali autorizzati ai sensi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie (art. 39 cpv. 1 LAMal).

### 1.1 Genesi del disegno

#### 1.1.1 Principi

Sui principi e motivi a favore di una revisione parziale della legge in materia di finanziamento ospedaliero il Consiglio federale si è già espresso nel messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687), che aveva per oggetto la fissazione dei sussidi federali nell'assicurazione malattie e una prima revisione parziale della LAMal. Ad otto anni dall'introduzione, l'obiettivo di migliorare i meccanismi esistenti a cui mirava questa revisione è ampiamente raggiunto. A maggior ragione dunque bisogna concentrare gli incentivi sul contenimento dei costi. Questo perché l'analisi degli effetti della LAMal ha dimostrato che essa ha raggiunto gli obiettivi relativi alle prestazioni (catalogo di prestazioni completo) e al sistema (assicurazione obbligatoria con pluralità di casse e premio unico) fissati dalla legislazione, ma non quelli relativi al contenimento dei costi (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Analisi degli effetti della LAMal, rapporto di sintesi; Berna 2001; in tedesco e in francese). Nell'ambito del finanziamento ospedaliero, tuttavia, sempre più incentivi destinati a contenere i costi presuppongono un allontanamento dal principio della copertura dei costi contemplato dalla legislazione vigente e fanno venire meno la possibilità di trasferire i costi ai partner finanziari.

Conformemente alla normativa in vigore, la base per il calcolo della quota massima coperta dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie è costituita dai costi d'esercizio fatturabili. Poiché i documenti prodotti dagli ospedali nell'ambito delle trattative tariffali non indicano con sufficiente chiarezza i costi delle prestazioni secondo la LAMal, spesso non è possibile stabilire con precisione quali siano i costi d'esercizio computabili. E visto che la parte di costi d'esercizio a carico dell'assicurazione obbligatoria non è fissa e che nel calcolo dei costi d'esercizio vi è spesso una zona d'ombra, il sistema attuale consente ai partner finanziari di concentrarsi sui propri

vantaggi, mentre per contenere i costi bisognerebbe invece concentrarsi sull'ottimizzazione del rapporto tra costi e prestazioni.

Inoltre, gli incentivi economici, ormai sempre più volti a contenere i costi, implicano una sempre maggiore applicazione di criteri imprenditoriali nel settore ospedaliero. Questo comporta, da un lato, maggiore responsabilizzazione dei dirigenti, dall'altro un rischio più elevato. Se si applicano criteri imprenditoriali, le strutture inadeguate vanno smantellate. Per esempio, il diverso finanziamento dei costi d'investimento (finanziati dai Cantoni) e di quelli d'esercizio (finanziamento duale) non è ottimale: gli investimenti non sono mai indipendenti dall'esercizio, ma si ripercuotono sempre sui suoi costi (offerta di prestazioni, ammortamenti). La nascita di nuove forme di finanziamento, in particolare il leasing, ha inoltre reso sfumato il confine tra costi d'investimento e costi d'esercizio. Questo giustifica l'adozione di una visione globale della questione e significa che i costi d'esercizio e i costi d'investimento dovranno essere retti dallo stesso disciplinamento. Infine, per orientare maggiormente la direzione degli ospedali a criteri imprenditoriali vanno introdotti anche adeguati strumenti di gestione.

### **1.1.2 Problemi di attuazione di carattere generale**

Dopo l'entrata in vigore della LAMal, alcuni Cantoni hanno contestato l'obbligo di contribuire alle cure di persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata. In due sentenze di principio del dicembre del 1997 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha deciso che l'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di degenza in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico sito al di fuori del Cantone di domicilio sussiste indipendentemente dal reparto in cui è ricoverato l'assicurato. Allo stesso tempo il TFA ha stabilito che i Cantoni non hanno alcun obbligo contributivo nei confronti di ospedali non sussidiati dall'ente pubblico. Non si è invece pronunciato in merito all'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate sul territorio del Cantone di domicilio a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata (TFA 123 V 290 segg., 310 segg.).

Per disciplinare il finanziamento delle cure ospedaliere dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata al di fuori del Cantone di domicilio, i Cantoni e santésuisse, l'organizzazione mantello degli assicuratori, hanno ratificato una convenzione a cui ha aderito la stragrande maggioranza degli assicuratori. Il fatto che la convenzione avesse una durata limitata e non disciplinasse l'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata all'interno del Cantone di domicilio ha indotto il Consiglio federale a presentare la sua proposta di revisione della parte della LAMal relativa al finanziamento ospedaliero.

## **1.2 Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni**

Quasi un anno dopo l'avvio dei dibattiti parlamentari sul disegno di legge il TFA ha deciso che i Cantoni sono tenuti a versare un contributo anche per la degenza di persone al beneficio di un'assicurazione ospedaliera complementare, quando le cure

sono dispensate in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico del Cantone di domicilio (TFA 127 V 422 segg.). L'obbligo contributivo implica l'attuazione del principio in base al quale tutte le persone coperte dall'assicurazione obbligatoria hanno diritto al rimborso dei costi relativi alle prestazioni contemplate dalla LAMal. L'assicurazione complementare copre le prestazioni fornite in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Si tratta in particolare delle comodità supplementari in caso di degenza in camera individuale o doppia e della possibilità di scegliere il medico.

L'attuazione immediata e completa delle due sentenze del TFA avrebbe gravato i Cantoni di costi supplementari – perlopiù non preventivati – di circa 700 milioni di franchi. Per venire incontro ai Cantoni il Parlamento ha pertanto deciso un aumento progressivo dei contributi cantonali tramite una legge federale urgente e quindi di durata limitata. La legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie (RS 832.14) stabilisce che i Cantoni dovranno assumersi il 60 per cento delle tariffe dei reparti comuni nel 2002, l'80 per cento nel 2003 e il 100 per cento nel 2004. Il referendum lanciato dall'assicuratore assura è stato respinto nella votazione popolare del 9 febbraio 2003 (FF 2003 2713).

Promulgando questa legge il Parlamento intendeva, da un lato, assicurare la transizione verso l'attuazione completa delle disposizioni allora previste dalla LAMal e, dall'altro, fare chiarezza fino all'entrata in vigore della seconda revisione della LAMal, che avrebbe dovuto apportare una soluzione definitiva. Dopo la bocciatura del disegno di seconda revisione della LAMal, la transizione non è più possibile né nella maniera prevista a suo tempo né conformemente al calendario originario. Per ora i Cantoni versano i contributi conformemente alle tariffe previste dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che corrispondono al massimo al 50 per cento dei costi d'esercizio della degenza nel reparto comune di un ospedale. Se questo disciplinamento scadesse all'inizio del 2005 e i Cantoni, a partire da questa data, dovessero assumere la totalità dei costi d'esercizio computabili non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di degenza di persone al beneficio di un'assicurazione complementare nel reparto privato o semiprivato di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico, sarebbero necessarie laboriose trattative per arrivare ad un accordo. Per evitare questa situazione, in seguito al rigetto della seconda revisione della LAMal il Consiglio federale ha proposto – nell'ambito del primo progetto di consultazione delle proprie proposte di revisione – una proroga della legge fino a quando non sarà entrata in vigore la nuova legislazione sul finanziamento ospedaliero.

## **1.3 Sforzi di revisione**

### **1.3.1 Seconda revisione della LAMal**

In relazione al nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero, il Parlamento ha seguito ampiamente le proposte contenute nel citato messaggio del Consiglio federale. In particolare si trattava

- del passaggio al finanziamento delle prestazioni, che va assunto per metà dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie e per metà dal Cantone;

- dell'inclusione dei costi d'investimento nel calcolo delle tariffe forfettarie in funzione delle prestazioni;
- dell'estensione dell'obbligo dei Cantoni di pianificare la copertura del fabbisogno di cure ospedaliere di tutte le persone assicurate indipendentemente dalla loro copertura assicurativa.

Il Parlamento si è distanziato dalla proposta del Consiglio federale decidendo di stralciare il concetto di cure semiospedaliere. Questo implicava la necessità di definire il limite tra le cure ambulatoriali e le cure ospedaliere.

Il passaggio ad un sistema di finanziamento monistico è stato discusso a fondo. Alla fine il Parlamento ha rinunciato ad un cambiamento di sistema, ma ha stabilito nelle disposizioni transitorie che il Consiglio federale avrebbe dovuto presentare, entro cinque anni dall'entrata in vigore della modifica di legge, una proposta di revisione che prevedesse il passaggio ad un sistema monistico, in modo tale che i fornitori di prestazioni avessero un unico interlocutore in relazione all'assunzione dei costi. Come già ricordato, la 2ª revisione della LAMal è stata respinta dal Consiglio nazionale nel corso della sessione invernale 2003.

### **1.3.2 Interventi parlamentari**

*Mozione Zäch «Medicina di punta. Riduzione della sovracapacità mediante l'assegnazione di licenze»*

La mozione (01.3049), presentata il 7 marzo 2001, invita il Consiglio federale a proporre le modifiche di legge necessarie affinché possa introdurre per gli ospedali l'assegnazione di licenze che nell'ambito della medicina di punta porti alla formazione di centri di competenze con risultati ottimali e una gestione dei costi efficiente. Nel suo parere del 30 maggio 2001 il Consiglio federale ha sottolineato che l'assistenza sanitaria e quindi anche il settore ospedaliero sono un compito pubblico dei Cantoni in base alle delimitazioni delle competenze fissate nella Costituzione federale. Senza un trasferimento esplicito delle competenze la Confederazione non può pertanto emanare regolamentazioni in questo settore. La pianificazione ospedaliera eseguita a livello cantonale è lo strumento previsto dalla LAMal per diminuire la sovracapacità nel settore ospedaliero. Basandosi sulla competenza dei Cantoni, nel progetto di nuova perequazione finanziaria e di ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni, il Consiglio federale ha proposto di fissare a livello nazionale regole di pianificazione e coordinamento delle capacità per le prestazioni d'assistenza della medicina di punta e dell'assistenza specialistica. Questa soluzione deve essere ancorata giuridicamente nell'ambito di accordi intercantionali. Il Consiglio federale ha affermato che già attualmente vi sono strumenti volti a ridurre la sovracapacità, anche nel settore della medicina di punta. L'introduzione di un ulteriore strumento, che oltretutto non rientra nella concezione esistente, sembra essere problematica. Il Consiglio federale non ha pertanto ritenuto opportuno continuare ad occuparsi separatamente della questione dell'assegnazione di licenze. Si è tuttavia dichiarato disposto ad includere nel processo decisionale le richieste dell'autore della mozione inerenti al contesto globale dell'orientamento futuro della sanità pubblica nel settore della medicina di punta ed ha proposto di trasformare la mozione in postulato. La mozione è stata trasmessa dal Consiglio nazionale il 30 settembre 2002 sotto forma di postulato. Nell'ambito della presente modifica di legge il Consi-



glio federale propone di impegnare i Cantoni a una pianificazione comune della medicina di punta. Spetta a loro decidere il modo in cui intendono adempiere questo compito.

*Postulato Zäch «Introduzione di un finanziamento monistico degli ospedali. Rapporto»*

Con il postulato (01.3604) presentato il 5 ottobre 2001 l'autore invita il Consiglio federale a preparare e pubblicare un rapporto su un finanziamento monistico degli ospedali in Svizzera. Il 14 novembre 2001 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato. Il 14 dicembre 2001 il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale. Alla seduta straordinaria del 22 maggio 2002 incentrata sull'assicurazione malattie sociale, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato tra l'altro di «presentare modelli realizzabili di (...) finanziamento ospedaliero monistico, capaci di garantire le cure di base» (cfr. cap. 1.4). L'esperto incaricato della preparazione del rapporto ha concluso i lavori nel 2003. Siccome nel corso della discussione relativa alla 2<sup>a</sup> revisione della LAMal era scaturito che un eventuale passaggio a un finanziamento monistico sarebbe stato deliberato soltanto nell'ambito di una terza revisione della legge, ma poi la 2<sup>a</sup> revisione della LAMal è fallita, il Consiglio federale ha preso atto del rapporto il 26 maggio 2004 in relazione con l'approvazione dei messaggi relativi al primo pacchetto legislativo LAMal. Il rapporto è nel frattempo stato pubblicato e il Consiglio federale considera pertanto adempiuto il postulato.

*Mozione Frick «Pianificazione della medicina di punta»*

La mozione del 22 marzo 2003 (02.3170) incarica il Consiglio federale di proporre una modifica della LAMal che obblighi i Cantoni ad elaborare entro la fine del 2007 una definizione e una pianificazione comuni della medicina di punta e di attuarla entro un ulteriore termine di cinque anni. Il 29 maggio 2002 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere la mozione sotto forma di postulato. Il Consiglio degli Stati e il Consiglio nazionale hanno accolto la mozione. Nell'ambito del presente disegno il Consiglio federale propone di conseguenza di impegnare i Cantoni ad una pianificazione comune della medicina di punta.

*Postulato della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati «Rafforzamento della pianificazione ospedaliera intercantonale»*

Vista l'evoluzione dei costi nel settore sanitario, la Commissione della gestione del Consiglio degli Stati ha deciso, nell'ambito del suo programma annuo 2000, di esaminare l'influenza della Confederazione sul contenimento dei costi nell'ambito della legge sull'assicurazione malattie. Nel seguito dei suoi lavori ha incaricato il Consiglio federale, con il postulato del 5 aprile 2002 (02.3175), di verificare e di riferire sul modo in cui è possibile creare stimoli per rafforzare la pianificazione ospedaliera intercantonale. Il 29 maggio 2002 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato, accolto dal Consiglio degli Stati il 18 giugno 2002.

*Postulato della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati «Preparazione del passaggio alla pianificazione delle prestazioni»*

Nel contesto summenzionato la Commissione della gestione del Consiglio degli Stati ha incaricato il Consiglio federale, con il postulato del 5 aprile 2002 (02.3176),

di verificare l'introduzione della pianificazione delle prestazioni e di incaricare a tal fine l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali di elaborare celermente un progetto per l'introduzione della pianificazione delle prestazioni in stretta collaborazione con i Cantoni. Il 29 maggio 2002 il Consiglio federale si è detto disposto ad accogliere il postulato. Il Consiglio degli Stati l'ha accolto il 18 giugno 2002. Siccome i Cantoni partono dal presupposto che il cambio di paradigma dal finanziamento per stabilimento al finanziamento delle prestazioni debba avvenire indipendentemente da una revisione della LAMal, il gruppo di lavoro per la pianificazione ospedaliera in funzione delle prestazioni, che si riunisce quattro volte all'anno, ha iniziato la sua attività nel febbraio del 2004, sotto la direzione del Segretariato centrale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. Esso è composto da un massimo di 12 rappresentanti dei Cantoni e da rappresentanti dell'Ufficio federale della sanità pubblica e dell'Ufficio federale della statistica. Il suo compito è quello di promuovere le conoscenze, vagliare e analizzare le esperienze fatte a livello internazionale, elaborare raccomandazioni nonché assicurare il coordinamento tra i Cantoni e gli uffici federali coinvolti.

#### *Mozione Leuthard «Sistema sanitario. Suddivisione della Svizzera in regioni»*

Con la mozione (02.3545) del 2 ottobre 2002 l'autrice invita il Consiglio federale a impegnare i Cantoni, per mezzo di una modifica della legge sull'assicurazione malattie, a definire entro la fine del 2005 da quattro a sei regioni responsabili della fornitura di prestazioni, sul modello della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, suddivisa in conferenze regionali (CDS). Ogni regione dovrà garantire la sicurezza della fornitura di prestazioni sul suo territorio e effettuare le pianificazioni necessarie. Le regioni dovranno inoltre creare dei meccanismi che permettano di prendere in comune decisioni valide a livello cantonale relative alla pianificazione del fabbisogno. Se i Cantoni non adempiranno questi obblighi entro il termine stabilito, la Confederazione dovrà prendere misure adeguate per obbligarli a farlo. Nel suo parere del 18 dicembre 2002 il Consiglio federale afferma che sostanzialmente è d'accordo con le considerazioni dell'autrice della mozione, ossia che la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni attualmente vigente non gli consente di accettare la mozione. Nei limiti delle sue competenze il legislatore federale ha tuttavia stabilito nell'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal che gli ospedali sono autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, se rientrano nella pianificazione fatta da uno o più Cantoni congiuntamente al fine di coprire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere. Inoltre l'articolo 48 della Costituzione federale stabilisce che i Cantoni possono stipulare tra di loro delle convenzioni e creare organizzazioni e istituzioni comuni. In particolare, possono svolgere insieme compiti d'interesse regionale. Riguardo alle disposizioni precedenti, i Cantoni o una parte di essi possono accordarsi su una o più pianificazioni regionali dell'offerta di prestazioni ospedaliere. Spetta unicamente a loro decidere poiché la Confederazione non ha la competenza d'intervenire in materia con mezzi coercitivi. Il Consiglio federale non può che ribadire, come ha già fatto sin dall'entrata in vigore della LAMal, il suo desiderio che vengano effettuate pianificazioni ospedaliere intercantonali allo scopo di coordinare e ottimizzare la fornitura di prestazioni e ridurre così i costi di produzione. Siccome aveva già accolto il corrispondente postulato della CdG-S, il Consiglio federale ha proposto di trasformare la mozione in postulato e si è dichiarato disposto ad accoglierla. L'intervento non è ancora stato trattato nel plenum.

*Postulato Zysiadis «Rapporto sulle implicazioni di un finanziamento ospedaliero monistico»*

Il postulato (02.3674) presentato il 3 dicembre 2002 invita il Consiglio federale ad elaborare un rapporto sulle implicazioni per assicurati e Cantoni di un finanziamento ospedaliero monistico da parte della Confederazione. Il 15 gennaio 2003 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato, mentre il Consiglio nazionale l'ha accolto il 21 marzo 2003. Nel rapporto di esperti relativo a possibili modelli di un finanziamento monistico (cfr. in merito cap. 1.4) viene menzionata la possibilità di finanziamento con lo Stato quale monista. A causa della volontà espressa dal Parlamento nell'ambito della seconda revisione della LAMal, si è studiata in particolare l'introduzione di un finanziamento monistico con le casse malati e le organizzazioni managed care quali monisti, prendendo come base una situazione orientata alla concorrenza. Finché si vogliono mantenere i fondamenti dell'attuale LAMal, in particolare la concorrenza tra le casse, l'esperto non ritiene molto sensato affidare ai Cantoni o alla Confederazione il ruolo di monisti. Il trasferimento dell'intera responsabilità del finanziamento allo Stato (Cantoni, Confederazione) implicherebbe a parer suo piuttosto un nuovo orientamento della LAMal verso un modello di budget globale. Il rapporto è stato nel frattempo pubblicato e il Consiglio federale considera pertanto adempiuto il postulato.

*Postulato Rossini «Modelli per la pianificazione ospedaliera»*

Siccome la pianificazione ospedaliera richiede oggi, accanto alle decisioni nell'ambito della revisione della LAMal, sempre più collaborazione o addirittura concertazione tra Confederazione e Cantoni o gruppi di Cantoni e siccome oggi i Cantoni collaborano soltanto in pochi casi nell'ambito della pianificazione ospedaliera, il postulato (02.3750) presentato il 13 dicembre 2003 incarica il Consiglio federale di far elaborare criteri che definiscano le dimensioni ottimali degli ospedali per cure acute e, partendo da ciò, a sviluppare modelli affidabili, basati in particolare sui dati Geostat (Ufficio federale di statistica), per arrivare ad una vera e propria pianificazione ospedaliera concertata tra Confederazione e Cantoni. Il 12 febbraio 2003 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato, mentre il Consiglio nazionale l'ha accolto il 21 marzo 2003. Nell'ambito della presente modifica viene ora proposto che, al fine di raggiungere una certa uniformità nella pianificazione ospedaliera, al Consiglio federale venga conferita la competenza di formulare principi e di completarli con le modifiche risultanti dalla revisione del finanziamento ospedaliero.

*Postulato Wirz-von Planta «Creazione di regioni di copertura nell'ambito delle cure ospedaliere ai sensi della LAMal»*

Il postulato (03.3042) incarica il Consiglio federale di valutare la creazione di regioni di copertura nell'ambito della pianificazione ospedaliera di cui all'articolo 39 LAMal. Conformemente alle considerazioni fatte nella risposta del 18 dicembre 2002 alla mozione Leuthard (02.3545), il Consiglio federale si è detto disposto ad accogliere il postulato. Il 26 giugno 2003 il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale.

Alla seduta straordinaria del 22 maggio 2002 incentrata sull'assicurazione malattie sociale, il Consiglio federale era giunto alla conclusione che la LAMal avesse dato buoni risultati in materia di rafforzamento della solidarietà e di accesso ad un ampio catalogo di prestazioni, ma che andassero ancora rafforzati gli elementi volti al contenimento dei costi e fosse quindi necessaria una graduale modifica dell'assicurazione malattie in tal senso. A tale proposito il Dipartimento federale dell'interno (DFI) era stato incaricato di «presentare modelli realizzabili di (...) finanziamento ospedaliero monistico, capaci di garantire le cure di base». Il 21 agosto 2002 il Consiglio federale ha approvato la struttura di un progetto che doveva costituire la base della terza revisione parziale della LAMal nell'ambito di quattro progetti parziali. La direzione dei lavori e l'allestimento di un rapporto sono stati affidati al Prof. Dr. Robert E. Leu. Egli era affiancato da un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori, dei Cantoni e degli uffici della Confederazione interessati.

Secondo l'esperto, i principali vantaggi del modello ispirato alla libera concorrenza rispetto all'introduzione di un sistema di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa sono i seguenti:

- Eliminando l'obbligo di contrarre, per la prima volta si verrebbero a creare nel settore ospedaliero veri e propri mercati in senso economico, i cui attori sarebbero da un lato i fornitori e dall'altro gli acquirenti di prestazioni (assicuratori malattie o organizzazioni managed care, cioè i monisti) quali unità autonome. Entrambe le parti potrebbero decidere liberamente con quali partner e a quali condizioni collaborare.
- Posto che agli ospedali pubblici sia garantita la necessaria libertà di manovra imprenditoriale, il finanziamento monistico permetterebbe a tutti gli attori, di entrambe le parti del mercato, di avere nello stesso tempo la competenza decisionale e la responsabilità finanziaria. La maggiore libertà di azione imprenditoriale e il passaggio ad un sistema di finanziamento orientato sulle prestazioni porterebbero anche ad una maggior efficienza gestionale degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.
- La libertà di contrarre ed una compensazione dei rischi fortemente differenziata permetterebbero agli assicuratori malattie e alle organizzazioni managed care di entrare in un vero sistema di concorrenza delle prestazioni (invece che lottare per i «buoni» rischi). Tutto ciò avrebbe ripercussioni positive sull'efficienza dei singoli assicuratori o organizzazioni managed care.
- La concorrenza tra assicuratori e tra organizzazioni managed care sarebbe il mezzo più appropriato per incoraggiare i fornitori di prestazioni a comportarsi secondo principi economici.
- La libertà di scelta tra gli vari assicuratori e le organizzazioni managed care garantirebbe la conformità alle esigenze dei consumatori dei prodotti assicurativi e, in ultima analisi, delle prestazioni sanitarie. Poiché l'onere del finanziamento del sistema sanitario incombe in definitiva alle economie domestiche (premi, pagamenti diretti e imposte), la regola del «chi paga comanda» assumerebbe maggiore importanza.

- La reintroduzione della libertà di contrarre aumenterebbe ulteriormente la concentrazione da entrambe le parti del mercato (riducendo il numero di offerenti indipendenti). Questo non costituirebbe alcun problema, dal momento che entrambe le parti hanno una posizione di mercato (concentrazione) simile e quindi non c'è nessun rischio che una o l'altra parte ne approfitti. In presenza di simili condizioni la situazione del mercato sarebbe molto soddisfacente.
- Con la creazione dei presupposti per l'applicazione della legge sui cartelli nel settore sanitario, le possibilità di abuso di potere verrebbero ulteriormente limitate. Inoltre non sarebbe più possibile un procedimento comune nelle trattative contrattuali. Infine le tariffe delle associazioni dovrebbero essere sostituite da convenzioni individuali o collettive.
- La libertà di contrarre permetterebbe ad assicuratori ed organizzazioni managed care di concordare con i fornitori di prestazioni sistemi di remunerazione alternativi. Si potrebbero di conseguenza ipotizzare forme di remunerazione nuove ed innovative, suscettibili di modificare in maniera duratura gli incentivi per i fornitori di prestazioni. In particolare la remunerazione per singola prestazione – unica causa del fenomeno della domanda indotta dagli offerenti – subirebbe presumibilmente in breve tempo un netto ridimensionamento.
- Contrariamente a quanto avviene oggi, le remunerazioni pattuite tra partner contrattuali (a media scadenza) coprirebbero sempre i costi. A lungo andare le prestazioni non redditizie non avrebbero più ragione di esistere, poiché metterebbero a repentaglio l'esistenza del fornitore di prestazioni. I diversi margini di profitto delle singole prestazioni tenderebbero a compensarsi a vicenda per la pressione della concorrenza. In tal modo verrebbe meno anche la tendenza alla specializzazione nelle prestazioni particolarmente redditizie.
- Rispetto alla situazione conseguente al passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, il finanziamento orientato sulle prestazioni combinato alla soppressione dell'obbligo di contrarre dovrebbe implicare un più rapido cambiamento del livello e della struttura delle capacità ospedaliere ed una maggiore attenzione alle realtà economiche. Nel contempo il previsto processo di concentrazione (delle discipline) dovrebbe portare in particolare ad un miglioramento durevole della qualità di molte prestazioni mediche.
- Nel complesso si può prevedere che con il tempo un modello di concorrenza regolata porti ad una distribuzione più efficiente delle risorse in campo ospedaliero.
- Anche se il ruolo dei Cantoni ne uscirebbe fortemente ridimensionato, ad essi spetterebbero comunque una serie di importanti funzioni – come la responsabilità di garantire una copertura sanitaria di qualità su tutto il territorio, il finanziamento di prestazioni d'interesse pubblico (spese di formazione e di ricerca, servizi di pronto soccorso, ecc.), l'obbligo di vigilanza e di autorizzazione, l'azionariato negli ospedali pubblici.

## 1.5 Obiettivi politici

La revisione della legge dovrebbe raggiungere i seguenti obiettivi:

- tenere in debito conto la necessità della cooperazione tra l'assicurazione malattie sociale ed i Cantoni e stabilire la responsabilità comune del finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in ragione di metà ciascuno,
- definire l'ambito delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie indipendentemente dal luogo della degenza ospedaliera e di conseguenza precisare quali sono le prestazioni a carico delle assicurazioni complementari,
- disciplinare le sinergie tra pianificazione statale e meccanismi concorrenziali, in modo che la pianificazione ospedaliera possa garantire la copertura del fabbisogno a tutti gli assicurati soggetti all'assicurazione obbligatoria e creare le condizioni quadro per uno sfruttamento ottimale delle risorse.

Il passaggio immediato ad un sistema di finanziamento monistico nel quale il fornitore di prestazioni è finanziato da un unico interlocutore non rientra tra gli obiettivi del Consiglio federale, anche se – in vista di un'ulteriore revisione della legge e per soddisfare un postulato dell'ex consigliere nazionale Zäch (01.3604) del 5 ottobre 2001 – l'Esecutivo ha ordinato l'elaborazione del rapporto peritale di cui sopra sui modelli di finanziamento monistico (cfr. capitolo 1.4). I lavori degli esperti, che erano stati affiancati dagli attori del sistema sanitario interessati al finanziamento ospedaliero, rivela che non vi è ancora il consenso politico necessario al passaggio ad un sistema monistico. Questo vale sia per un sistema nel quale i monisti sono gli assicuratori che per un sistema in base al quale è lo Stato (il Cantone o, conformemente al postulato del 3 dicembre 2002 del consigliere nazionale Zysiadis (02.3674), la Confederazione) ad assumere questo ruolo. Sulla base della posizione assunta dagli attori del sistema sanitario nell'ambito del gruppo di lavoro, il Consiglio federale non considera realizzabile a breve scadenza un sistema di finanziamento monistico. Tuttavia, le misure previste nel presente disegno contribuiscono a rimuovere gli ostacoli tecnici ad una sua futura introduzione. Nelle disposizioni transitorie (cpv. 5) il Consiglio federale è incaricato di presentare una proposta entro tre anni.

## 1.6 Effetti sociopolitici

L'obbligo di assicurarsi introdotto dalla legge sull'assicurazione malattie entrata in vigore nel 1996 garantisce a tutte le persone domiciliate in Svizzera l'accesso ad una vasta gamma di prestazioni mediche e la relativa assunzione dei costi. L'obbligo di pianificazione ospedaliera dei Cantoni introdotto contemporaneamente dalla LAMal garantisce la presenza della necessaria infrastruttura sanitaria. Il finanziamento delle prestazioni ospedaliere dovrà essere garantito – come le altre prestazioni conformemente alla LAMal – dai premi individuali e dalla partecipazione ai costi dei pazienti, ma anche da fondi pubblici. Il parziale finanziamento delle prestazioni ospedaliere mediante introiti fiscali vuole essere un ammortizzatore sociale, nella misura in cui una parte dei costi sarà infatti coperta da fondi provenienti dall'imposizione progressiva sul reddito. In questo modo è applicato con coerenza uno dei principi di base dell'assicurazione malattie sociale.

A metà maggio 2004 la proposta del Consiglio federale di revisione parziale della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero è stata inviata in procedura di consultazione. La proposta prevedeva essenzialmente l'abbandono del finanziamento per stabilimento e il passaggio al finanziamento delle prestazioni, la remunerazione delle prestazioni a carico per metà degli assicuratori e per metà del Cantone di domicilio dell'assicurato, la pianificazione cantonale ovvero intercantonale delle cure ospedaliere di tutti gli assicurati e la pianificazione intercantonale della medicina altamente specializzata, nonché il miglioramento dei dati di base e delle statistiche.

Nessuna delle modifiche di legge proposte dal Consiglio federale è stata fondamentalmente rifiutata né è stata accolta incondizionatamente dai partecipanti alla consultazione. Il passaggio al finanziamento delle prestazioni ha ottenuto il maggior numero di consensi. In questo punto sono state avanzate soltanto alcune riserve a proposito di una possibile selezione dei pazienti e del peggioramento della qualità. In particolare le organizzazioni dei medici e dei pazienti hanno sottolineato la necessità di norme volte ad evitare incentivi indesiderati. È stata accolta favorevolmente anche la proposta di miglioramento dei dati di base e delle statistiche. Tuttavia, le organizzazioni centrali degli ospedali hanno espresso riserve in merito alla trasmissione di dati aziendali, mentre le organizzazioni dei pazienti hanno espresso riserve in merito alla protezione dei dati.

Non è stata praticamente contestata la modifica ovvero il nuovo disciplinamento del diritto di regresso dei Cantoni. Gli ospedali privati si sono detti contrari alla rinuncia al concetto di trattamento semiospedaliero.

Non si è invece riusciti a ottenere un consenso per quanto concerne le altre importanti proposte di revisione. Gran parte dei partecipanti alla procedura di consultazione è favorevole al finanziamento duale. In particolare gli assicuratori e la rappresentanza dei lavoratori non approvano però il finanziamento a carico per metà degli assicuratori e per metà dei Cantoni, bensì optano piuttosto per una ripartizione al 40–60 per cento o al 30–70 per cento. Inoltre una parte dei Cantoni e i rappresentanti dei lavoratori sono favorevoli al finanziamento per metà soltanto per gli ospedali pubblici e per quelli sussidiati dall'ente pubblico ma non per gli ospedali privati oggi non sovvenzionati. La parità di trattamento di tutti gli ospedali, pubblici e privati, è tuttavia la condizione alla quale le associazioni degli ospedali e una parte delle associazioni economiche sono disposte ad approvare la revisione di legge. Altre associazioni economiche e alcuni Cantoni nonché alcuni partiti sono invece favorevoli al passaggio diretto a un sistema monistico, mentre una parte dei Cantoni e altri partiti di massima lo rifiutano. Controversi sono anche i pareri riguardo alla pianificazione ospedaliera: nonostante molti si trovino d'accordo sul fatto che nel settore della medicina altamente specializzata è necessaria una pianificazione a livello nazionale, in particolare i Cantoni vogliono mantenere la relativa competenza, mentre altre organizzazioni la vogliono trasferire alla Confederazione. Vi sono pareri contrastanti anche in merito alla pianificazione delle cure ospedaliere di cui all'articolo 39. Mentre soprattutto alcuni fautori del passaggio immediato a un sistema di finanziamento monistico e diverse associazioni di fornitori di prestazioni mettono di massima in questione la pianificazione, altri sono favorevoli alla propo-

sta del Consiglio federale e addirittura all'attribuzione di competenze alla Confederazione.

## **2 Puntii essenziali del disegno**

Come ricordato nell'introduzione, il disegno riprende le proposte del messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000. Il nuovo progetto comprende le modifiche decise dalle Camere federali nell'ambito dei dibattiti sulle proposte del Consiglio federale.

La legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie, stabilisce che – secondo il principio che anche in caso di cure ospedaliere in reparti semi-privati e privati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico i Cantoni devono versare i loro contributi ai costi d'esercizio (cfr. cap. 1.2) – nel 2004 i Cantoni devono versare un contributo pari al 100 per cento della tariffa rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sui costi delle cure dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione complementare in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. In tal modo è stato fatto un passo significativo in direzione del modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa proposto dal Consiglio federale nel messaggio del 18 settembre 2000. In relazione al finanziamento ospedaliero bisogna ora adottare una soluzione, disciplinare la transizione e assoggettare gli ospedali privati alla nuova normativa, tenendo conto delle differenze rimaste per quanto riguarda le quote a carico dei poteri pubblici e quelle a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

### **2.1 Prestazioni**

#### *Rinuncia al concetto di «reparto comune»*

Ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in ambito ospedaliero copre la cura e la degenza nel reparto comune degli ospedali. Il concetto di reparto comune è stato introdotto dalla legge vigente per definire l'estensione delle prestazioni coperte dalla LAMal. Le sentenze del TFA di dicembre 1997 menzionate al capitolo 1.1.2 definiscono anch'esse le prestazioni previste dalla LAMal, ma relativizzano il riferimento al reparto comune. L'uso del concetto di «reparto comune» previsto dalla vecchia legislazione, che designa un prodotto assicurativo, non è più idoneo a definire l'estensione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In riferimento al risultato dei dibattiti parlamentari, il concetto va stralciato; va stabilito per contro che la degenza ospedaliera rientra nel catalogo di prestazioni previsto dalla legge. Questo significa implicitamente che le prestazioni che devono essere coperte da un'assicurazione complementare, come le comodità supplementari in una camera singola o doppia e la libera scelta del medico, non sono prestazioni ai sensi della LAMal.

#### *Rinuncia al concetto di «semiospedaliero»*

Questo concetto, introdotto con la LAMal, non si è imposto nella prassi. Questo perché, da un lato, ci sono pochi istituti che offrono esclusivamente cure semiospedaliere, dall'altro perché le prestazioni semiospedaliere fornite dagli ospedali ven-



gono nella stragrande maggioranza dei casi fatturate come prestazioni ambulatoriali; gli importi forfettari concordati per cure semiospedaliere sono un'eccezione.

## 2.2 Pianificazione ospedaliera

La LAMal ha conferito ai Cantoni il compito della pianificazione ospedaliera e del conseguente allestimento di un elenco di ospedali. In tal modo è stata concretizzata la ripartizione dei compiti di cui al capitolo 1. La ripartizione delle competenze fissata nella Costituzione federale non è rimessa in questione nell'ambito della presente revisione di legge. Si rinuncia pertanto a proporre il trasferimento di competenze alla Confederazione, sia per la pianificazione sia per l'allestimento degli elenchi. Per ottenere l'autorizzazione a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie l'ospedale o un suo reparto deve pertanto continuare a figurare nell'elenco cantonale degli ospedali. Per l'assunzione dei costi, invece, secondo l'interpretazione sostenuta dal TFA il fatto che le cure ospedaliere vengano dispensate nel reparto comune, semiprivato o privato dell'ospedale è irrilevante. Visto che tutte le persone residenti in Svizzera sono soggette all'obbligo assicurativo, questo significa che tutte le capacità necessarie alla fornitura delle prestazioni di competenza degli ospedali conformemente ai contratti di prestazione secondo la LAMal devono essere comprese nella pianificazione del fabbisogno. In tal modo viene impiegato e rafforzato uno degli strumenti volti al contenimento dei costi contemplato dalla legge.

Allo stesso tempo questo obbligo di pianificazione significa che la pianificazione è limitata all'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per le prestazioni che non fanno parte del ventaglio di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie – come per esempio il comfort supplementare in una camera singola o doppia e la libera scelta del medico in caso di degenza ospedaliera – non sussiste alcun obbligo di pianificazione. La messa a disposizione delle relative capacità è soggetta alle leggi del mercato.

Continuerà ad essere di competenza dei Cantoni decidere se eseguire la pianificazione ospedaliera singolarmente o in comune con altri Cantoni. A questo proposito si rimanda all'articolo 46 capoverso 1 della Costituzione federale, in base a cui i Cantoni attuano il diritto federale secondo quanto previsto dalla Costituzione e dalla legge. Il capoverso 2 stabilisce che la Confederazione lascia ai Cantoni una libertà d'azione il più possibile ampia e tiene conto delle loro particolarità. L'articolo 47 della Costituzione federale stabilisce anche che la Confederazione salvaguarda l'autonomia dei Cantoni. D'altro canto l'articolo 48 prevede che i Cantoni possano concludere trattati intercantonali nonché creare organizzazioni e istituzioni in comune. In particolare possono adempiere insieme compiti d'interesse regionale. In tal senso possono essere create anche regioni per la copertura del fabbisogno, come auspicato dalla consigliera nazionale Leuthard in una mozione del 2 ottobre 2002 (02.3545) e dall'ex consigliera nazionale Wirz-von Planta in un postulato dell'11 marzo 2003 (03.3042). Né la legge né la Costituzione conferiscono alla Confederazione la competenza di prescrivere ai Cantoni una pianificazione intercantonale, poiché l'organizzazione della pianificazione ospedaliera – vale a dire la copertura sanitaria della popolazione in base al fabbisogno – è costituzionalmente di competenza dei Cantoni. Come stabilito dal Consiglio federale nel messaggio sulla seconda revisione della LAMal e nel parere del 30 settembre 2002 (FF 2003 354, in partico-

lare 359 segg.) in merito al rapporto della Commissione di gestione del Consiglio degli Stati del 5 aprile 2002 sull'influenza della Confederazione in materia di contenimento dei costi nell'ambito della legge sull'assicurazione malattie (FF 2003 298), l'Esecutivo tiene conto della regolamentazione federale in materia di competenze e non prescrive ai Cantoni la maniera in cui devono organizzare la pianificazione ospedaliera. Tuttavia nell'ambito della sua giurisprudenza ha concretizzato le esigenze poste dalla LAMal ad una pianificazione ospedaliera adeguata al fabbisogno. Al fine di ottenere una certa uniformità nella maniera in cui i Cantoni esercitano le loro competenze in materia di pianificazione ospedaliera e – su questo presupposto – al fine di promuovere un miglior coordinamento tra i Cantoni, sarebbe concepibile che il legislatore delegasse al Consiglio federale la competenza di formulare principi fondati sulla sua passata giurisprudenza e di completarli con i cambiamenti necessari in seguito alla revisione del finanziamento ospedaliero. Una proposta in questo senso è contemplata dal disegno. In tal modo si verrebbe incontro al postulato del 13 dicembre 2002 del consigliere nazionale Rossini (02.3750) in riferimento all'elaborazione di criteri da far rispettare ai Cantoni.

Va anche constatato che il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni proposto in adempimento di un postulato del 5 aprile 2002 della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati (02.3175) impedisce che si creino barriere tra i Cantoni, in quanto l'economicità delle prestazioni svolge un ruolo di primo piano nell'attribuzione dei contratti di prestazione. Tuttavia la legislazione della Confederazione nell'ambito dell'assicurazione malattie non può incidere sui vantaggi legati alla gestione di un ospedale all'interno di un Cantone (posti di lavoro, fonte d'introiti, mandati in subappalto).

Con il passaggio ad un finanziamento in funzione delle prestazioni si pone la questione dell'appropriatezza dell'attuale metodo di pianificazione dei Cantoni. Oltre ad assicurare il mantenimento del numero di letti necessario a coprire il fabbisogno della popolazione, i Cantoni devono anche considerare qual è il volume delle prestazioni che corrisponde ai contratti di prestazione attribuiti. Ai sensi del postulato del 5 aprile 2002 della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati (02.3176), la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha preso l'iniziativa di istituire un gruppo di lavoro per la «pianificazione ospedaliera in funzione delle prestazioni» al quale partecipano tutte le parti interessate, incaricandolo di elaborare strumenti di pianificazione e preparare il passaggio alla pianificazione delle prestazioni.

Le carenze constatate da varie parti nell'ambito della pianificazione e della ripartizione dei compiti nel settore della medicina di punta sono da anni oggetto di discussioni e proposte. Anche nel quadro della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della distribuzione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC; messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001: FF 2002 2321), il coordinamento e la concentrazione della medicina altamente specializzata sono citati tra i settori da riorganizzare a livello intercantonale affinché possano adempiere i propri compiti in maniera più efficiente ed efficace. Si prevede quindi di disciplinare a livello nazionale la pianificazione e la suddivisione delle capacità di copertura del fabbisogno della medicina altamente specializzata con un concordato tra i Cantoni (cfr. la bozza del nuovo art. 48a Cost.; FF 2003 5745 segg.). Nell'ambito della NPC sono stati portati avanti anche i progetti in relazione alla pianificazione dell'offerta nel campo della medicina altamente specializzata precedentemente assunti dal progetto «Politica sanitaria nazionale». Nel secondo semestre del 2003 la CDS ha

avviato una procedura di consultazione, i cui risultati sono ora noti. Da essi si può concludere che gli ospedali universitari si accorderanno sulla questione dei centri di prestazioni per la medicina dei trapianti. Alla fine del 2003 l'assemblea plenaria della CDS, presa conoscenza dei risultati, ha conferito al comitato direttore la competenza d'insediare la commissione intercantonale «Concentrazione della medicina altamente specializzata» (CICOMS) e di continuare i lavori. Per ora il Consiglio federale non ha né la competenza né alcun motivo per accogliere le modifiche di legge proposte nella citata mozione dell'ex consigliere nazionale Zäch (01.3049) affinché vengano concesse agli ospedali licenze per la fornitura di prestazioni di medicina altamente specializzata. Competenti per la decisione sono ancora in primo luogo i Cantoni. Conformemente alle proposte fatte nell'ambito della bocciata revisione della legge e della mozione Frick (02.3170) citata all'inizio del presente capitolo, saranno invece ripresi l'obbligo dei Cantoni di pianificare congiuntamente la medicina altamente specializzata e il trasferimento sussidiario di competenze al Consiglio federale.

### 2.3 Tariffe

Punto centrale del presente disegno è l'ambito tariffario, nel quale svolge un ruolo di primo piano l'idea di concorrenza, come risulta chiaro, non da ultimo, dalle disposizioni dell'articolo 46 capoverso 3 LAMal, volte ad impedire che i fornitori di prestazioni violino la legislazione in materia di cartelli. Uno degli obiettivi del presente disegno è di rafforzare l'idea di concorrenza. Fondamentalmente bisognerà attenersi al sistema delle tariffe forfettarie. Tuttavia non si dovranno più coprire costi, ma finanziare prestazioni. Con il finanziamento in funzione delle prestazioni si vuole ottenere un distacco dal sovvenzionamento degli oggetti (stabilimenti) applicata attualmente. Inoltre la partecipazione finanziaria dei Cantoni deve essere esplicitamente stabilita. Il sistema proposto è quello del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni. Questo significa che il finanziamento delle prestazioni è assunto per metà dal Cantone e per metà dagli assicuratori. Le tariffe vengono concordate dagli assicuratori e dai fornitori di prestazioni (art. 46 cpv. 1 LAMal): i Cantoni non sono pertanto veri e propri partner tariffali. Se non si riesce a giungere ad un accordo, le tariffe vengono fissate dal Governo cantonale interessato. In tal modo, da un lato grazie a questa competenza sussidiaria e dall'altro per mezzo della pianificazione delle prestazioni nonché dell'attribuzione dei mandati di prestazioni, i Cantoni continuano ad avere un'influenza sul volume dei costi che essi devono assumere.

Inoltre, con la proposta soppressione dell'espressione «reparto comune», viene a cadere la differenziazione secondo il luogo di degenza dell'assicurato. In futuro, quindi, l'assunzione dei costi, da parte degli assicuratori-malattie come da parte dei poteri pubblici, dovrà dipendere esclusivamente dal fatto che il fornitore di prestazioni sia idoneo ad eseguire la cura ed autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Con il passaggio agli importi forfettari in funzione delle prestazioni viene a cadere la differenza di tariffazione secondo la provenienza degli assicurati (dall'interno o dall'esterno del Cantone). Se per una prestazione viene concordato un «prezzo», è irrilevante che la prestazione sia stata fornita all'interno o all'esterno del Cantone. In tal senso il previsto finanziamento delle prestazioni è d'ostacolo alla creazione di barriere tra un Cantone e l'altro.

Se per rafforzare la concorrenza si devono finanziare ora le prestazioni e non più gli oggetti, è necessario che tutti gli ospedali forniscano le loro prestazioni alle stesse condizioni. Una differenziazione in base alle unità di costo non è oggettiva. Ne consegue da un lato che le prestazioni fornite attualmente dagli ospedali non sovvenzionati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono corrispondere alla pianificazione cantonale. Dall'altro, le prestazioni degli ospedali privati che adempiono questa condizione devono soggiacere allo stesso regime di finanziamento come le prestazioni degli ospedali pubblici.

## **2.4 Basi legali del diritto di regresso del Cantone di domicilio**

Il Cantone di domicilio versa attualmente contributi sia in caso di degenza ospedaliera all'interno del Cantone sia in caso di trattamento ospedaliero extracantonale. Mentre i contributi ai sensi dell'articolo 49 LAMal sono versati indirettamente attraverso il sovvenzionamento degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico, anche in base alla giurisprudenza del TFA (TFA 123 V 290 segg.; 310 segg.) l'obbligo del Cantone di domicilio di versare la differenza ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal viene considerato un obbligo ai sensi del diritto delle assicurazioni sociali equivalente all'obbligo di copertura dei costi dell'assicuratore. Con la nuova forma di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, le prestazioni saranno comunque remunerate direttamente dal Cantone di domicilio. Entrambe le prestazioni saranno quindi soggette al diritto di regresso contro terzi responsabili. La creazione di basi legali è opportuna, in quanto secondo una sentenza di principio del Tribunale federale delle assicurazioni del 18 ottobre 1999, l'articolo 126 OAMal non costituisce una base legale sufficiente dal punto di vista formale e di conseguenza un diritto di regresso basato su questo articolo non è considerato ammissibile (cfr. TFA 126 III 36 segg.).

## **2.5 Dati di base**

Le autorità federali e cantonali hanno bisogno di disporre di diversi dati per adempiere i propri compiti, in particolare per vigilare sull'esecuzione e sull'attuazione delle disposizioni della LAMal e valutare il funzionamento e gli effetti della legge. Questi compiti sono contemplati da varie disposizioni di legge e ripartiti tra vari attori, in particolare il compito di pianificazione dei Cantoni ai sensi dell'articolo 39 LAMal e la valutazione dell'evoluzione delle tariffe ai sensi degli articoli 43 segg LAMal. Gli articoli 21 e 23 LAMal sono stati modificati in seguito all'armonizzazione delle leggi relative alle assicurazioni sociali alla legislazione sulla protezione dei dati (messaggio del Consiglio federale del 24 novembre 1999; FF 2000 205; testo di legge modificato: FF 2000 3170). Per i Cantoni è tuttavia prevista la possibilità di esaminare i dati sugli ospedali e le case di cura raccolti dalla Confederazione (art. 84a cpv. 2 lett. f LAMal). Ai sensi dell'articolo 30 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), l'Ufficio federale di statistica rileva per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica i dati relativi agli ospedali e alle case di cura. Ciononostante, in particolare nel settore ambulatoriale, vi sono ancora importanti lacune in relazione alle informazioni necessarie. La legge federale del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat; RS 431.01) rappresenta

una base giuridica generale valida anche per il settore sanitario. Tuttavia, considerate l'importanza del sistema sanitario e dell'assicurazione malattie e la complessità della rilevazione e dell'analisi dei dati, è opportuno introdurre nella LAMal la definizione esplicita dei compiti della statistica relativi al settore. Possono così essere disciplinati anche alcuni punti che la legge sulla statistica non disciplina con la necessaria precisione, quali ad esempio la rilevazione e la trasmissione di dati, che proprio nel settore ospedaliero hanno a più riprese suscitato dubbi. È quindi necessario cogliere l'occasione per dissipare questi dubbi e chiarire la questione della rilevazione e della trasmissione dei dati.

La Confederazione tuttavia non dispone dei mezzi necessari al finanziamento di queste rilevazioni e valutazioni supplementari di dati volte a colmare le lacune d'informazione definite gravi dalla politica. Vista la delicata situazione finanziaria della Confederazione occorre pertanto prevedere la possibilità di riscuotere un contributo dagli assicuratori. Non si tratta del finanziamento di rilevazioni statistiche in corso nel settore ospedaliero, bensì semplicemente dei lavori statistici supplementari necessari prevalentemente, come citato, nel settore ambulatoriale. In base a prime valutazioni saranno necessari a tal fine circa 3 milioni di franchi supplementari all'anno. Questo corrisponde a un contributo annuo di circa 50 centesimi per persona assicurata, per cui non dovrebbe risultarne un aumento considerevole dei costi né aumenti dei premi.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei dati si rimanda all'attuale articolo 84a capoverso 3 LAMal, in base al quale i dati d'interesse generale e in relazione all'applicazione della relativa legge possono essere pubblicati. Il Consiglio federale ritiene che quest'ultima fattispecie si configuri in particolare all'atto di valutare l'applicazione della legge in relazione all'economicità e alla qualità delle prestazioni nonché all'evoluzione dei costi da parte delle autorità competenti e non vede la necessità di un disciplinamento più dettagliato. Tuttavia, per avere una visione d'insieme dell'attuazione della LAMal vanno rilevati anche i dati relativi agli altri fornitori di prestazioni.

## **2.6 Passaggio alla nuova regolamentazione del finanziamento**

La proposta del Consiglio federale prevede un passaggio in diverse tappe e periodi. Siccome il finanziamento duale degli ospedali pubblici comporta un onere per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e uno sgravio dei Cantoni, mentre il finanziamento duale degli ospedali privati comporta un onere per i Cantoni e un certo sgravio per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli effetti dei singoli elementi della revisione si annullano in parte a vicenda. In tal modo si vogliono evitare effetti devastanti sulle finanze cantonali e sull'evoluzione dei premi. Lo stesso scopo si persegue con l'inserimento dei costi di investimento nelle tariffe in funzione delle prestazioni, che può essere effettuato gradualmente. Un differimento di tutte le quote di finanziamento all'inizio del terzo anno successivo all'entrata in vigore della modifica di legge, come auspicato da molti Cantoni nella procedura di consultazione, causerebbe un aumento massiccio dei premi dell'assicurazione malattie qualora non possa nel contempo essere introdotta e applicata completamente la struttura tariffale in funzione delle prestazioni, che determina la definizione delle tariffe a condizioni concorrenziali. Siccome non è prevedibile

quando sarà possibile giungere a un accordo sulla struttura degli importi forfettari in funzione delle prestazioni e quando verranno introdotti i corrispondenti importi forfettari, manteniamo la nostra proposta di un passaggio a tappe.

### **3 Parte speciale: commento delle singole disposizioni**

#### *Articolo 21 capoverso 4*

Il contenuto dell'attuale capoverso 4 viene integrato nell'articolo 22a. Nell'ambito della sua attività di vigilanza sugli assicuratori l'Ufficio federale della sanità pubblica ha richiesto informazioni in merito all'esecuzione dell'assicurazione e pubblicato una corrispondente statistica (art. 28 e 31 OAMal). Ai fini della completezza quest'obbligo degli assicurati dev'essere ora menzionato nella legge.

#### *Articolo 21a capoverso 2*

Il rimando all'articolo 21, al quale nell'ambito di una precedente revisione è stata data una nuova numerazione, va corretto.

#### *Articolo 22a (nuovo)      Dati dei fornitori di prestazioni*

Rispetto al testo inviato in procedura di consultazione, il rilevamento e la trasmissione dei dati dei fornitori di prestazioni e i compiti statistici della Confederazione vengono ora suddivisi in due articoli, un nuovo articolo 22a e un articolo 23 ampliato. Come già ricordato al capitolo 2.5, l'obbligo di fornire dati deve essere esteso. In tal modo, non solo gli ospedali e le case di cura, bensì tutti i fornitori di prestazioni autorizzati sono tenuti a comunicare i dati necessari per il controllo e la vigilanza sull'esecuzione dell'assicurazione malattie. In questo senso l'obbligo di fornire dati viene ampliato e l'obbligo di fornirli gratuitamente è stabilito esplicitamente nel capoverso 2. Quest'obbligo corrisponde del resto a quanto prescritto dall'articolo 6 capoverso 2 LStat. Nel capoverso 1 vengono elencati i dati che devono essere forniti. Si tratta perlopiù dei dati elencati attualmente nell'articolo 30 OAMal. Questi devono permettere di avere un'immagine dell'attività dei fornitori di prestazioni: vanno comunicati sia l'infrastruttura risp. la formazione e il perfezionamento, sia le prestazioni fornite e i costi che ne risultano, senza pregiudicare l'anonimità dei pazienti.

Il capoverso 3 disciplina il rilevamento dei dati e la loro trasmissione. Se i dati verranno utilizzati a scopi statistici e amministrativi, coloro che li forniscono saranno così – per quanto possibile – sgravati e si otterranno al contempo effetti di sinergia. Il capoverso 3 è la base esplicita necessaria conformemente all'articolo 14 LStat per la trasmissione a scopi amministrativi di dati rilevati a scopo statistico. Affinché questa possa essere attuata nella prassi, bisogna tuttavia garantire che i dati rilevati conformemente al capoverso 2 vengano effettivamente trasmessi e siano utilizzati di conseguenza. Per assolvere il compito affidato loro dalla legge, per gli organi dell'assicurazione malattie è indispensabile poter scambiare anche singoli dati nominativi. Questo è giustificato dal fatto che, in particolare, una valutazione obiettiva dell'economicità e della qualità di un fornitore di prestazioni è possibile solo se le sue prestazioni possono essere confrontate con quelle di altri fornitori. Oltre all'autorità di vigilanza, l'Ufficio federale della sanità pubblica, i dati di base inte-

ressano in questo caso soprattutto la Sorveglianza dei prezzi e l'Ufficio federale di giustizia. Viene aggiunta inoltre l'indicazione che i dati possono venir pubblicati.

Il Consiglio federale ritiene inoltre che l'ampliamento del flusso di dati debba essere concretato a livello d'ordinanza; questo permetterà un disciplinamento più preciso: la cerchia dei fornitori di prestazioni autorizzati comprende infatti una tale varietà di soggetti (ospedali, medici, laboratori e stabilimenti di cura balneare) che i dati necessari per valutare l'economicità e la qualità delle loro prestazioni non possono che rispondere a requisiti molto diversi tra loro. Bisogna inoltre stabilire quali organi debbano essere incaricati dell'esecuzione della trasmissione dei dati e quali limiti vadano posti in relazione al diritto della protezione dei dati.

### *Articolo 23*

Conformemente a quanto esposto al capitolo 2.5, i compiti statistici della Confederazione nell'ambito dell'assicurazione malattie devono essere fissati esplicitamente nella LAMal. Ai sensi del capoverso 1 l'Ufficio federale di statistica è pertanto tenuto a fornire i dati di base necessari per poter valutare il funzionamento e gli effetti della presente legge.

Nel complesso settore del sistema sanitario l'allestimento di una base di dati coerente è possibile soltanto se chi fornisce i dati è soggetto all'obbligo d'informare gratuitamente. Il capoverso 1 elenca pertanto i fornitori di dati, mentre il capoverso 2 disciplina l'obbligo di informare. Mentre la fornitura dei dati relativi al settore ospedaliero – ad eccezione del settore delle cure – è garantita ed avviene con regolarità, per quanto concerne la copertura del fabbisogno nel settore ambulatoriale i dati mancano completamente. In questo caso si tratta dunque di allestire una base di dati che dia informazioni sul ricorso alla medicina ambulatoriale, sui motivi che lo determinano (diagnosi), sulla fornitura delle prestazioni e sui costi che ne derivano. Combinando i dati del settore ambulatoriale con quelli del settore ospedaliero si possono osservare le cure prestate da diversi fornitori di prestazioni agli stessi pazienti annotandone il corso: è così possibile confrontare l'efficacia e l'economicità di diversi tipi di terapia e modelli di copertura del fabbisogno.

Il capoverso 3 corrisponde all'attuale capoverso 1 e rinvia all'applicabilità della legge sulla statistica federale. Alla protezione dei dati viene data un'importanza particolare. Tutti i dati che vengono utilizzati soltanto per fini statistici, devono essere resi anonimi. I dati dei pazienti risultano soltanto in forma anonima o pseudonima.

### *Articolo 25 capoverso 2 lettera a*

Poiché il concetto non si è imposto nella pratica, la nozione di «semiospedaliero» viene stralciata (cfr. sopra, cap. 2.1).

### *Articolo 25 capoverso 2 lettera e*

Al capitolo 2.1 è stato già detto che la nozione di «reparto comune» deve essere stralciata. Ciò non significa assolutamente che la degenza ospedaliera debba essere assunta indipendentemente dai costi. Tenuto conto delle condizioni generali per l'assunzione dei costi ai sensi dell'articolo 32 LAMal (prestazioni efficaci, appropriate ed economiche) e del principio dell'economicità ai sensi dell'articolo 56

LAMal, l'assunzione dei costi di degenza deve chiaramente limitarsi a quanto è adeguato allo scopo della cura, vale a dire la copertura sanitaria prevista dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che il Consiglio degli Stati, nell'ambito della revisione di legge, poi respinta, aveva definito «servizio di base». Ulteriori prestazioni quali la degenza in una camera singola o doppia indipendentemente dall'indicazione medica e la libera scelta del medico in ospedale continuano ad essere escluse dalla LAMal e possono essere assicurate mediante prodotti assicurativi complementari soggetti al diritto delle assicurazioni private. Il Consiglio federale rinuncia quindi a riprendere l'aggiunta approvata dal Parlamento «per l'assistenza medica e le cure nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie» perché, da un lato, ritiene questo testo troppo restrittivo e, dall'altro, considera superflua un'aggiunta che serve solo ad esplicitare il fatto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a remunerare unicamente le prestazioni stabilite dalla legge. Infatti ai sensi della LAMal non sono per principio assunti i costi delle prestazioni che

- non adempiono i criteri di appropriatezza, economicità ed efficacia stabiliti dall'articolo 32 LAMal e non sono annoverate tra quelle del summenzionato «servizio di base», o
- non rientrano nel campo di applicazione materiale della LAMal.

*Articolo 25 capoverso 2 lettera f, articolo 29 capoverso 2 lettera b*

Anche qui viene stralciata la nozione di «semiospedaliero».

*Articolo 35 capoverso 2 lettera i*

Poiché la nozione di cura semiospedaliera è stata abbandonata, va eliminata anche in questo caso la categoria di fornitori di prestazioni «gli istituti che effettuano cure semiospedaliero».

*Articolo 39 capoverso 1 lettera d nonché capoversi 2 e 4 (nuovo)*

In relazione alle nuove regole di finanziamento (si veda più avanti all'art. 49 cpv. 2) e all'attuazione delle sentenze del TFA di cui si è già parlato, è necessario stabilire la portata dell'obbligo di pianificazione dei Cantoni. Poiché tutta la popolazione è soggetta all'obbligo di assicurazione, è necessario, per chiarire la situazione, ancorare esplicitamente nella legge l'obbligo di pianificazione per tutte le persone soggette alla LAMal. In tal modo non è più ammessa la differenziazione degli assicurati in base alla copertura assicurativa, diffusa nella pratica. Al contrario, in futuro i Cantoni dovranno allestire unicamente i cosiddetti elenchi integrali degli istituti ospedalieri comprendenti l'elenco completo degli ospedali necessari a coprire il fabbisogno senza alcuna distinzione tra ospedali accessibili a tutti i beneficiari dell'assicurazione di base ed ospedali accessibili unicamente a chi è a beneficio di un'assicurazione complementare (cosiddetti elenchi A e B; cfr. per l'intera questione quanto enunciato nel messaggio del 18 settembre 2000 in FF 2001 675 e 688). Poiché le prestazioni di tutti gli ospedali che figurano su un elenco, indipendentemente dalla forma giuridica di questi ultimi e dai responsabili, sono per metà finanziate dai Cantoni, anche i Cantoni hanno interesse a che il rapporto tra costi e qualità delle prestazioni sia il più vantaggioso possibile. In questo senso, i Cantoni sono incentivati a concludere contratti di prestazione con le istituzioni che soddisfano le esigenze



ze nella maniera più efficiente. Poiché anche gli investimenti vengono remunerati in ragione di metà ciascuno, i Cantoni non hanno interesse a tenere aperte strutture inadeguate o superflue. Se ciononostante questo avviene, non avviene nell'interesse dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma sulla base di un altro interesse del Cantone. In questa sede va sottolineato ancora una volta che un Cantone può pianificare quanto necessario solo se conosce i dati relativi ai flussi dei pazienti ed è in grado di coordinare le proprie capacità con i Cantoni vicini.

I compiti che un ospedale deve adempiere nel quadro della pianificazione cantonale sono descritti, tra l'altro, nel mandato di prestazioni. Il termine di «mandato di prestazioni» è stato spesso interpretato erroneamente, ossia come se un mandato implicasse in modo vincolante un obbligo di remunerazione. In base alla vigente giurisprudenza del Consiglio federale, ciò non risultava corretto. Con il mandato si assegnava piuttosto ad un ospedale un ventaglio di prestazioni, per il quale l'ospedale veniva ammesso nell'elenco ospedaliero. Da un mandato inteso in questo senso non poteva essere dedotto un obbligo finanziario per il Cantone. Se, giusta l'articolo 39 in relazione con l'articolo 49 capoverso 2, sia l'assicurazione malattie sia i Cantoni contribuiscono a remunerare le prestazioni fornite dagli ospedali che figurano in un elenco di ospedali, dal profilo strettamente finanziario questa pratica risulta essere molto simile al pagamento di un mandato.

Infine è stata accettata la proposta scaturita dalle consultazioni parlamentari sulla seconda revisione della LAMal, in base alla quale i Cantoni possono porre condizioni al conferimento dei mandati di prestazioni. Regolamentazioni di questo tipo potrebbero essere adottate dai Cantoni sulla base della legislazione cantonale. Tuttavia, per disporre di una regolamentazione uniforme, tale competenza dev'essere iscritta nella LAMal. Lo scopo è quello di evitare che le partecipazioni uniformi cantonali ai costi di gestione e d'investimento degli istituti ospedalieri pubblici e privati figuranti nell'elenco cantonale portino pregiudizio agli ospedali pubblici, poiché questi non hanno la facoltà di scegliere i loro pazienti e sopportano la maggior parte delle spese di formazione e ricerca. Occorre osservare che nei mandati di prestazioni i Cantoni possono fissare degli obblighi il cui adempimento costituisce il presupposto per l'accettazione di istituti ospedalieri pubblici o privati nell'elenco cantonale, a patto che tali obblighi rientrino nell'ambito della garanzia di una copertura sanitaria della popolazione. Fanno parte di tali obblighi per esempio l'istituzione di un servizio di emergenza nelle regioni isolate o l'accettazione di tutte le persone coperte dall'assicurazione obbligatoria.

Anche in questo caso vanno stralciati gli istituti che effettuano cure semiospedaliere.

### *Articolo 39 capoverso 3*

Come già detto in precedenza (cap. 2.2), nell'ambito della NPC si prevede di disciplinare a livello nazionale con un concordato intercantonale la pianificazione e la suddivisione delle capacità che permettono la copertura del fabbisogno nel settore della medicina altamente specializzata. La presente disposizione intende radicare definitivamente questo principio conferendo al Consiglio federale una competenza sussidiaria già nell'ambito della LAMal.

### *Articolo 39 capoverso 5 (nuovo)*

Come enunciato al capitolo 2.2, per consentire un'applicazione univoca delle disposizioni della LAMal ed un miglior coordinamento intercantonale, viene conferita al Consiglio federale la competenza di formulare principi tratti dalla sua attuale giurisprudenza e di completarli in vista dell'introduzione delle nuove regole di finanziamento.

### *Articolo 41 capoverso 1*

La prima frase del capoverso 1 recita che gli assicurati possono scegliere tra i fornitori di prestazioni idonei a curare la loro malattia. Quali siano gli ospedali autorizzati per una determinata cura dipende dal mandato di prestazioni attribuito in base alla pianificazione o all'elenco cantonale. Sono considerati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato o nell'elenco del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è insediato in modo permanente. Tuttavia – eccettuati i motivi d'ordine medico (art. 41 cpv. 2 LAMal) – l'assicurazione malattie obbligatoria assume i costi solo in base alla tariffa degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Se l'assicurato, senza motivi d'ordine medico, sceglie un fornitore di prestazioni non menzionato nell'elenco del proprio Cantone di domicilio, ma autorizzato quale fornitore di prestazioni in un altro Cantone, per l'assicurato sussiste una protezione tariffaria, nel senso che il fornitore di prestazioni deve attenersi alla tariffa approvata o stabilita (art. 46 cpv. 4, art. 47 cpv. 2 LAMal). L'assicurazione malattie assume esclusivamente la parte dei costi che corrisponde alla tariffa degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato e che dispongono di un mandato di prestazioni. Poiché questo ospedale non rientra nella pianificazione, il Cantone non è tenuto a versare alcun contributo. I relativi costi sono a carico dell'assicurato o di un'eventuale assicurazione complementare. Tale disposizione è giustificata dal fatto che, con la pianificazione ospedaliera e il conferimento di mandati di prestazioni, il Cantone fa in modo che siano a disposizione capacità sufficienti per curare gli abitanti del Cantone in presenza di qualsiasi tipo di malattia. Qualora un assicurato decida di farsi curare in un ospedale non contemplato dalla pianificazione, mentre insorgono comunque costi fissi per la messa a disposizione delle relative capacità di cura, spetta all'assicurato e non al Cantone sopportarne le conseguenze finanziarie.

### *Articolo 41 capoverso 2 lettera b*

Inoltre va chiarito il rapporto tra i capoversi 2 e 3 dell'articolo 41 e stabilito che, se per una determinata cura o in caso di urgenza non è possibile fare ricorso a un fornitore di prestazioni che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicurato ha il diritto di scegliere un altro fornitore di prestazioni. Riassumendo, l'assicurazione malattie assume i costi per cure ospedaliere se un fornitore di prestazioni figurante nell'elenco del Cantone di domicilio è idoneo alla cura, oppure se per motivi di ordine medico si deve ricorrere ad un altro fornitore di prestazioni non figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. Siccome siamo in presenza di un sistema assicurativo autonomo, anche in quest'ultimo caso soltanto i fornitori di prestazioni autorizzati ai sensi delle disposizioni della legge possono emettere fatture a carico dell'assicurazione malattie. Ciò significa che l'assicurato deve farsi curare in un

ospedale che figura perlomeno nell'elenco ospedaliero del Cantone in cui ha la sua sede e che fa quindi parte dei fornitori di prestazioni autorizzati.

#### *Articolo 41 capoverso 3*

La disposizione attualmente in vigore stabilisce che il Cantone di domicilio è tenuto a contribuire ai costi se la cura non è fornita da un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico nel Cantone di domicilio, o se non è possibile ricorrere ad un tale ospedale. Le sentenze del TFA citate precedentemente hanno chiarito in quale misura l'obbligo di contribuire ai costi dipenda dal luogo di degenza dell'assicurato. Nell'articolo 49 la regola di finanziamento va estesa a tutti i reparti ospedalieri e a tutti i tipi di ospedale. Il rinvio all'articolo 49 è volto ad armonizzare gli articoli 49 e 41. Occorre pertanto sottolineare che il Cantone di domicilio è tenuto ad assumere la parte dei costi dovuta ai sensi dell'articolo 49 non soltanto all'interno del Cantone, ma anche al di fuori di esso, indipendentemente dal fatto che l'ospedale in questione figuri o meno nel suo elenco, qualora per motivi di ordine medico sia necessario ricorrere ad un fornitore di prestazioni non contemplato dal proprio elenco.

#### *Articolo 47 capoverso 2*

Visto che è stata stralciata, la nozione di «semiospedaliero» va soppressa anche in questo caso.

#### *Articolo 49 capoverso 1*

Conformemente alla legislazione vigente, per le tariffe degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico il grado di copertura dei costi da parte degli assicuratori per gli abitanti del Cantone non può superare il 50 per cento dei costi fatturabili del reparto comune. Non vi è alcuna prescrizione circa il modo in cui devono essere coperti i costi rimanenti. Ciononostante, visto l'obbligo dei Cantoni di garantire le cure ospedaliere, si parte dal presupposto che essi contribuiscano anche al finanziamento della gestione dell'infrastruttura ospedaliera da essi istituita o promossa, e che ne coprano in particolare i disavanzi. Questo fa sì che i Cantoni, così come gli assicuratori, finanziano le istituzioni anziché le prestazioni.

Allo scopo di correggere gli incentivi (che non promuovono il contenimento dei costi) dell'attuale finanziamento per stabilimento, in un'ottica economica risulta opportuno introdurre su vasta scala il sistema del finanziamento delle prestazioni. Questo tipo di finanziamento ha il vantaggio di permettere la tariffazione delle prestazioni fornite, in modo da mettere in primo piano il rapporto prezzo/prestazione. L'importo forfettario in funzione della prestazione è il «prezzo» corrisposto dall'assicuratore per la prestazione fornita. Oggi in molti Cantoni sono già applicate le remunerazioni in funzione delle prestazioni, sia sotto forma di importi forfettari per caso in funzione della diagnosi (DRG) che di importi forfettari per reparto o di remunerazione per un iter terapeutico. Oltre agli importi forfettari in funzione della diagnosi sono ipotizzabili anche importi forfettari in funzione delle cure atti a remunerare un procedimento terapeutico. Nonostante questo cambiamento fondamentale per passare a importi forfettari in funzione delle prestazioni, in alcuni casi è ragionevole ricorrere al pagamento di forfait giornalieri, per esempio nei casi di cure di lunga durata (p.es. in ambito psichiatrico). Ai fini di una maggiore trasparenza e affinché sia possibile attuare confronti su tutto il territorio nazionale e adot-

tare una remunerazione intercantonale semplice, è importante che tutte queste forme di remunerazione siano strutturate secondo sistemi di classificazione uniformi. A tale scopo è necessario introdurre a livello nazionale strutture tariffali uniformi. È ipotizzabile che, per determinate prestazioni, anche in un settore determinato, possano essere applicati parallelamente diversi sistemi forfettari (p. es. importi forfettari per caso, importi forfettari giornalieri). Tuttavia ciò non deve assumere proporzioni tali che la combinazione di importi forfettari si avvicini a tal punto alla remunerazione per singole prestazioni da diventare una tariffa per singole prestazioni, cosa che è esclusa in ambito ospedaliero. Analogamente al sistema definito dall'articolo 43 capoverso 5 LAMal per le tariffe per singole prestazioni, è compito del partner tariffale elaborare le strutture necessarie. Il Consiglio federale interverrebbe solo nel caso in cui ciò non avvenisse entro il termine da lui fissato (cfr. disposizione transitoria).

Visto lo stralcio della nozione di «semiospedaliero», le Camere federali hanno voluto introdurre una distinzione tra cure ambulatoriali e ospedaliere. Tuttavia, nell'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; RS 832.104), il Consiglio federale ha già definito le nozioni di ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero in relazione alla raccolta delle basi per il calcolo delle tariffe (art. 3–5 OCPre). In tal modo è stata unificata la pratica in materia di delimitazioni, finora discordante, e non risulta più necessario regolamentare la questione a livello di legge. È quindi considerata cura ospedaliera una degenza in ospedale di una durata di almeno 24 ore relativa a esami, terapie e cure. Una degenza in ospedale di meno di 24 ore viene ugualmente considerata come cura ospedaliera se ha luogo a scopo di esame, terapia o cura e richiede l'occupazione di un letto durante una notte. Vengono considerate cure ospedaliere anche le degenze in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale o in caso di decesso.

#### *Articolo 49 capoverso 2*

In linea di massima viene mantenuta la remunerazione forfettaria delle cure ospedaliere. Questo anche perché, contrariamente alla tariffazione per singole prestazioni, è così possibile limitare l'incentivo a un aumento del volume. Tuttavia in alcuni casi può rivelarsi opportuno fatturare i costi legati a prestazioni supplementari solo nel caso di assicurati che ne sono effettivamente la causa. La possibilità finora prevista dall'articolo 49 capoverso 2 LAMal di tariffazione separata per prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali che vengono fornite raramente e sono molto onerose (p.es. misure particolarmente complicate o impiego di alta tecnologia costosa) deve quindi essere mantenuta.

#### *Articolo 49 capoverso 3*

Il disciplinamento attuale menzionato nell'articolo 49 capoverso 1 lascia agli ospedali e agli assicuratori un esiguo margine di manovra per accordarsi sui prezzi della cura ospedaliera, poiché i costi computabili per la tariffazione sono definiti e nelle trattative vi è un margine di manovra unicamente per quanto riguarda la delimitazione e le sovracapacità, nonché a livello del grado di copertura dei costi. Ne consegue che la copertura dei costi è garantita indipendentemente dal rapporto tra i prezzi e le prestazioni. Questo è in contraddizione con il proposito di concorrenza in ambito tariffale enunciato dalla legge.

Dopo il passaggio al finanziamento delle prestazioni non sarà più possibile fare riferimento ai costi fatturabili. Determinante in questo caso sarà la remunerazione delle rispettive prestazioni, assunta per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Nondimeno, in base a considerazioni proprie della politica sociale, i Cantoni devono essere lasciati liberi di escludere alcuni settori e di assumerne i costi separatamente. Si tratta principalmente di compiti pubblici atti ad assicurare la copertura del fabbisogno, come le riserve di capacità necessarie e i servizi di pronto soccorso. In futuro saranno considerati nel finanziamento anche i costi d'investimento, soprattutto perché la netta divisione tra costi di gestione e d'investimento nell'ambito del finanziamento ospedaliero dà un'immagine che non corrisponde alla prassi aziendale. Tuttavia, la remunerazione non comprenderà i costi di formazione e di ricerca. In questo caso viene mantenuto il testo attuale della legge perché, ai sensi dell'articolo 53 LAMal, nell'esame dei ricorsi sulle tariffe il Consiglio federale dà una definizione completa della nozione di costi di formazione (si veda per esempio la decisione del Consiglio federale del 19 dicembre 2001, in: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Giurisprudenza e prassi amministrativa dell'assicurazione malattie e infortuni, RAMI 4/2002, KV 220, p. 309, cons. II. 1.6.3 e II. 10.1). Ciò significa che tutti i costi relativi alla formazione di base e al perfezionamento del personale medico non sono a carico dell'assicurazione malattie. Sono ugualmente esclusi i costi di ricerca e i costi indirettamente legati alle attività di formazione e ricerca. Nella LAMal non si fa riferimento soltanto ai costi di formazione e di ricerca delle cliniche universitarie. Da questo punto di vista sono quindi considerati come facenti parte di questa categoria non solo i costi di formazione e ricerca in ambito universitario, ma anche i costi cagionati in tutti gli altri ospedali a carico dell'assicurazione malattie sociale indipendentemente dal fatto che si tratti di piccoli ospedali o di cliniche private. Nel frattempo il Consiglio federale ha emanato un articolo nell'ambito dell'OCPre (art. 7) che offre una definizione completa della questione.

Con questa regolamentazione vi sarà da un lato uno sgravio finanziario per i Cantoni. D'altro lato sarà in compenso fissato l'obbligo del finanziamento del Cantone. Contemporaneamente, la nuova regola di finanziamento viene estesa agli enti privati che partecipano alla copertura del fabbisogno, i quali possono quindi essere integrati negli elenchi cantonali. Quest'ultimo fatto si giustifica in quanto garantisce il pari trattamento degli ospedali e evita distorsioni della concorrenza. In tal modo la totalità delle capacità volte a coprire il fabbisogno ospedaliero sarà soggetta ad un unico regime di finanziamento.

In seguito alla soppressione proposta del termine «reparto comune», viene inoltre meno una distinzione secondo il luogo di degenza degli assicurati. In futuro, l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia e dei poteri pubblici dipenderà solo dal fatto che il fornitore di prestazioni sia idoneo e autorizzato a fornire le cure. Per i Cantoni questa regolamentazione implica che essi non possono più assumersi globalmente i costi non coperti dall'assicurazione malattie.

Per ogni degenza ospedaliera, la fattura dell'ospedale è assunta per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone. Per quanto riguarda le fatture, va stabilito che il fornitore di prestazioni viene remunerato dall'assicurato in base alla prestazione fornita, e che l'assicurato viene a sua volta rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante; art. 42 cpv. 1 LAMal). È ugualmente possibile una remunerazione diretta del fornitore da parte dell'assicuratore (sistema del terzo pagante; art. 42 cpv. 2 LAMal), nella misura in cui ciò è stato stabilito contrattualmente.

L'assicurato o l'assicuratore hanno il diritto di domandare al Cantone di versare la parte a suo carico, corrispondente alla metà dell'importo. Se a ricevere il pagamento non è più il fornitore di prestazioni ma l'assicurato, il Cantone deve far fronte ad un lavoro amministrativo supplementare e l'assicurato rischia di dover pagare di persona la fattura dell'ospedale prima di aver ricevuto il contributo cantonale. Per semplificare il procedimento il Cantone verserà la propria parte direttamente all'ospedale.

#### *Articolo 49 capoverso 4*

Anche qui va stralciato il termine «reparto comune». Considerato il carattere autonomo del sistema assicurativo, occorre inoltre rilevare che le prestazioni degli ospedali previste dalla presente legge sono remunerate interamente secondo i capoversi 1, 2 e 3. Nella misura in cui si tratta di prestazioni previste dalla legge, sono quindi escluse altre fatturazioni, come onorari supplementari per prestazioni mediche in caso di degenza nel reparto privato di un ospedale. Si tiene così conto del principio della protezione tariffale (art. 44 LAMal) nel settore ospedaliero. Ovviamente, come per la degenza, anche in questo caso rimangono assicurabili, secondo il diritto delle assicurazioni private, ulteriori prestazioni non soggette alla LAMal come per esempio la libera scelta del medico nel settore ospedaliero.

#### *Articolo 49 capoverso 5*

Questa disposizione corrisponde al contenuto dell'attuale capoverso 4.

#### *Articolo 49 capoverso 6*

Considerato lo stralcio della nozione di «semiospedaliero», il termine viene stralciato anche in questa sede.

#### *Articolo 49 capoverso 7*

Ai fini della promozione dell'idea di concorrenza e di una gestione improntata ai principi dell'economia aziendale, gli ospedali sono tenuti ad operare in modo più imprenditoriale. Pertanto va stabilito nella presente disposizione che gli ospedali devono disporre degli strumenti di gestione necessari. Nella versione tedesca dell'attuale articolo 49 capoverso 6 LAMal sono menzionate la «Kostenstellenrechnung» e la «Leistungsstatistik» come strumenti che permettono di calcolare i costi e di registrare le prestazioni. È indiscusso che gli obiettivi della legge non possono essere raggiunti con la sola «Kostenstellenrechnung». Per una trasparente separazione dei costi delle prestazioni coperte dalla LAMal sono necessarie basi più complete. A questo proposito, le versioni italiana e francese del testo di legge riportano la nozione – più completa e corretta – di contabilità analitica [Kostenrechnung], che comprende il calcolo per tipi di costo [Kostenartenrechnung], per centri di costo [Kostenstellenrechnung] e per unità finali d'imputazione [Kostenträgerrechnung]. Il testo tedesco va quindi adattato di conseguenza. D'altro canto è necessario lasciare un margine di manovra sufficiente e consentire non solamente una visuale che sia riferita alla contabilità analitica e alla statistica delle prestazioni, bensì una valutazione globale della gestione aziendale. Introducendo il concetto di «strumenti di gestione» i requisiti sono intesi in senso più ampio, lasciando spazio alla futura evoluzione. Inoltre viene enunciata esplicitamente l'utilizzazione che si farà dei dati che dovranno essere messi a disposizione mediante questi strumenti di gestione, in

particolare la valutazione dell'economicità. Siccome l'articolo 96 LAMal conferisce già al Consiglio federale la competenza di emanare le disposizioni d'esecuzione nella presente legge e questo concerne anche la presente questione, non è necessario citare qui esplicitamente la competenza dell'Esecutivo.

#### *Articolo 49 capoverso 8*

Questo capoverso corrisponde al capoverso 7 delle disposizioni in vigore. Anche qui le varie versioni linguistiche sono discordanti: il testo francese parla di «comparaison des frais d'exploitation», mentre quello tedesco parla di «Betriebsvergleiche» e quello italiano di «studio comparativo delle gestioni ospedaliere». Siccome solo una valutazione globale della gestione aziendale consente di trarre le debite conclusioni, e tenuto conto del fatto che i costi d'investimento verranno inclusi nel calcolo delle tariffe di tutti gli istituti, sia la versione francese (nuova formulazione: «comparaisons entre hôpitaux») che quella italiana (nuova formulazione: «comparazioni tra ospedali») vanno adattate.

#### *Articoli 50, 51 capoverso 1 e 53*

Vista la nuova numerazione degli articoli 39 e 49, vanno adattati i rispettivi rimandi.

#### *Articolo 79 a (nuovo)      Diritto di regresso del Cantone di domicilio*

L'articolo 72 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) dà all'assicuratore un diritto di regresso contro terzi responsabili. Sulla base della ripartizione dei costi secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal, nel settore ospedaliero per finanziare le prestazioni dell'assicurazione malattie vengono utilizzati anche introiti fiscali. Se il Cantone di domicilio, che assicura il finanziamento, non dovesse ottenere il diritto di riscuotere da terzi responsabili la quota di costi da esso assunta, indipendentemente dal luogo in cui sono state dispensate le cure, i terzi responsabili diventerebbero beneficiari della protezione tariffale secondo l'articolo 44 capoverso 1 LAMal e dei vantaggi tariffali dell'assicurazione malattie sociale. In tal modo il contribuente sosterebbe una parte del risarcimento dei danni, il che sarebbe ingiustificato (cfr. in merito: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berna 1999, n. 401).

Il Consiglio federale ritiene urtante che terzi responsabili siano sgravati finanziariamente mediante mezzi fiscali grazie alla ripartizione dei costi nel settore ospedaliero. Esso propone pertanto di introdurre un articolo 79a secondo il quale il Cantone di domicilio ha, analogamente all'assicuratore, un diritto di regresso contro terzi responsabili per quanto riguarda le remunerazioni che esso ha versato ai sensi degli articoli 49 capoverso 3 e 41 capoverso 3 LAMal. Rinuncia però a riconoscere lo stesso diritto ai Comuni, non essendo questi ultimi menzionati esplicitamente nella LAMal. La modifica non fonda nuove pretese contro terzi responsabili, in quanto è inammissibile che sulla base di convenzioni tariffali tra assicuratori-malattia e fornitori di prestazioni siano concordate tariffe superiori a quelle ordinarie per i casi di responsabilità civile a carico dell'assicurazione malattie sociale.

#### *Articolo 84a capoverso 1 lettera f*

Visto che il contenuto dell'articolo 21 capoverso 4 è stato inserito nell'articolo 22a, il rimando va adeguato. Inoltre si aggiunge che i Cantoni possono utilizzare i dati anche per l'esame delle tariffe.

#### *Articolo 104a capoverso 2*

Vista la nuova numerazione dell'articolo 49, il rimando al capoverso 6 va sostituito con quello al capoverso 7.

#### *Disposizioni transitorie capoverso 1*

Attualmente gli ospedali privati non sussidiati dall'ente pubblico sono presi in considerazione dalla pianificazione ospedaliera in maniera diversa a seconda del Cantone. Alcuni Cantoni allestiscono elenchi integrali, altri procedono con elenchi A e B con implicazioni diverse per l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per far sì che tutti i Cantoni possano basarsi su elenchi ospedalieri integrali, viene concesso loro il termine di due anni per adeguare la loro pianificazione ospedaliera alla nuova legislazione. Siccome il termine di un anno previsto nella procedura di consultazione potrebbe essere troppo breve per consentire ai Cantoni di adeguare la pianificazione ospedaliera, viene ora fissato un termine di due anni. Per la pianificazione del settore della medicina altamente specializzata va invece concesso ai Cantoni un termine più lungo.

#### *Disposizioni transitorie capoverso 2*

Le strutture tariffarie proposte nell'articolo 49 capoverso 1 non possono essere realizzate dai partner tariffali in concomitanza con l'entrata in vigore della modifica della legge. Pertanto è necessario conferire al Consiglio federale la competenza di stabilire un termine per l'introduzione. Dato che le basi di calcolo sulle quali poggiano i sistemi di importi forfettari sono sviluppate in modo diverso nei diversi settori, l'introduzione deve poter avvenire gradualmente. Inoltre, con l'introduzione dei sistemi di importi forfettari, gli investimenti, finora esclusi dalle tariffe, devono essere inclusi nel calcolo tariffario secondo criteri uniformi, in modo da raggiungere un minimo di trasparenza e uniformità. Anche la questione della presa in considerazione degli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della modifica legislativa deve essere disciplinata dal Consiglio federale.

#### *Disposizioni transitorie capoverso 3*

Attualmente i Cantoni assumono in media oltre la metà dei costi fatturabili degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico. Tuttavia questa quota varia a seconda dei Cantoni. Partendo dalla quota di finanziamento al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa, i Cantoni e gli assicuratori sono tenuti ad adattare i loro contributi entro tre anni in modo da raggiungere il terzo anno la remunerazione del 50 per cento ciascuno. In tal modo si creano le basi per il passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa.





## **5 Riperussioni**

### **5.1 Riperussioni finanziarie**

#### **5.1.1 Per la Confederazione**

Visto che alla Confederazione non sono stati conferiti nuovi compiti, l'aumento degli effettivi dovrebbe essere limitato. La Confederazione avrà compiti supplementari solo nei settori della pianificazione e del rilevamento dei dati. Questo supplemento di lavoro dipenderà dalla necessità di un intervento o dal volume dei dati da rilevare e per ora non è quindi quantificabile. Pertanto rinunciamo alla relativa richiesta di risorse, ma avanziamo esplicitamente una riserva.

La Confederazione non partecipa al finanziamento ospedaliero; il cambiamento di sistema a favore del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni non ha quindi nessuna riperussione diretta sulle finanze federali, anche se da un punto di vista teorico ci potrebbero essere delle riperussioni indirette. Questo avverrebbe se i premi aumentassero considerevolmente in seguito alla revisione della legge ed i Cantoni facessero ampia richiesta dei fondi stanziati dalla Confederazione per la riduzione dei premi al fine di sgravare gli assicurati di condizione economica modesta.

#### **5.1.2 Per i Cantoni e i Comuni**

Gli elementi contenuti nella revisione legislativa comportano per i Cantoni e i Comuni sia sgravi finanziari che oneri supplementari. Valutarne l'entità è possibile solo a livello dei Cantoni. Se e in che misura gli oneri supplementari o gli sgravi si ripercuotano sui Comuni dipende dalle legislazioni cantonali, il che impedisce di fornire una stima complessiva delle riperussioni a livello comunale. I Cantoni non dispongono di dati consolidati in grado di permettere un calcolo della quota dei costi fatturabili degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico coperta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questa stima costituirebbe il punto di partenza per il calcolo degli spostamenti degli oneri finanziari. Secondo i dati inufficiali di alcune direzioni cantonali della sanità, tale quota di copertura dei costi dovrebbe oscillare tra il 43 e il 45 per cento, anche se in alcuni Cantoni la percentuale potrebbe rivelarsi inferiore o superiore.

Una delle cause di una parte degli oneri supplementari a carico dei Cantoni è l'abrogazione della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni: durante l'ultimo anno di validità di questa legge federale, vale a dire nel 2004 o, in caso di proroga della validità, nell'anno precedente quello dell'entrata in vigore della presente revisione, i Cantoni versano lo stesso importo versato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le cure ospedaliere dispensate in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico all'interno del Cantone a persone che dispongono di un'assicurazione complementare. Questo importo è inferiore a quello che i Cantoni dovrebbero versare se fosse messa in atto la sentenza del TFA sull'obbligo di contribuzione dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate all'interno del Cantone a persone coperte da un'assicurazione complementare, cioè se fosse applicato il disciplinamento previsto dalla vigente legge. Dal momento che gli ospedali non rendono pubblica la loro contabilità analitica, non è possibile stabilire l'importo che i Cantoni dovrebbero

versare, se dovessero assumere i costi d'esercizio computabili non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Secondo calcoli eseguiti sulla base delle stime cui fa riferimento il presente disegno, con il passaggio al finanziamento duale dovrebbero presumibilmente versare tra i 140 e i 170 milioni di franchi supplementari. Conformemente alla legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali questi costi sono a carico dell'assicurazione complementare.

Per gli assicurati coperti unicamente dall'assicurazione obbligatoria, l'insieme dei costi delle cure dispensate in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono stati finanziati finora dai soggetti giuridici responsabili degli ospedali, cioè perlopiù dai Cantoni. Questi ultimi coprono di regola i costi d'esercizio non remunerati dagli assicuratori e i costi d'investimento. I Cantoni ritengono di finanziare dal 55 al 57 per cento dei costi d'esercizio computabili degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Va qui ancora una volta osservato che, in mancanza della relativa giustificazione dei costi da parte degli ospedali, questa ipotesi può riferirsi soltanto ai costi complessivi: il totale dei costi d'esercizio computabili non è noto. Sulla scorta delle statistiche delle finanze pubbliche, la quota dei costi d'investimento corrisponde al 10 per cento dei costi d'esercizio. Partendo da questo presupposto, da un punto di vista statico il passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa di tutte le cure ospedaliere (compresi i costi d'investimento) comporterà probabilmente uno sgravio per i Cantoni e un aggravio corrispondente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Qualora i costi d'investimento degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico aumentassero, come sostengono i Cantoni, che li stimano attorno al 10-15 per cento dei costi d'esercizio, è prevedibile un ulteriore sgravio dei Cantoni a scapito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Dati in milioni di franchi	Cantoni	LAMal	LCA
Costi ospedalieri nel 2001 (in base ai dati dell'Ufficio federale di statistica, cfr. allegato)	4771	3895	2800
<i>Trasferimento degli oneri, stime per l'anno 2004</i> partendo dal presupposto di un aumento dei costi annuale del 3,5-5 per cento			
Copertura di metà dei costi delle cure nel Cantone di persone coperte da un'assicurazione complementare in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico (compresi gli investimenti)	+140 a +170	+140 a +170	-280 a -340
Copertura di metà dei costi	-380 a -580	+380 a +580	
Contributo ai costi d'investimento	-380 a -580	+380 a +580	

La distinzione a livello di definizione tra cure ambulatoriali e cure ospedaliere è contenuta nell'OCPre entrata in vigore il 1° gennaio 2003. Si può ritenere che i trasferimenti di costi dovuti all'uniformazione delle definizioni a livello nazionale siano ormai conclusi.

Il secondo motivo per cui i Cantoni dovranno far fronte ad oneri supplementari è che, con l'entrata in vigore della revisione, essi dovranno assumere la metà dei costi del finanziamento delle cure prestate a persone coperte da un'assicurazione complementare in ospedali privati attualmente non sussidiati, a condizione che questi ultimi siano previsti dalla pianificazione cantonale e figurino sull'elenco del Canto-

ne. Se si dovranno versare contributi alle prestazioni di tutti gli ospedali privati attualmente figuranti sull'elenco, gli oneri supplementari dei Cantoni saranno considerevoli. Secondo la misura in cui gli ospedali privati e le loro prestazioni saranno contemplate dalla pianificazione cantonale, vale a dire secondo la permissività o restrittività di quest'ultima, i Cantoni dovranno far fronte ad aggravii di elevata o modesta entità. Si rinuncia pertanto a citare un importo preciso. I Cantoni prevedono tuttavia un trasferimento di oneri di circa 800–810 milioni di franchi a loro carico.

Le stime relative ai trasferimenti degli oneri finanziari sono di natura puramente statica: gli effetti di contenimento dei costi che dovrebbero derivare dal finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni, infatti, non sono presi in considerazione. Poiché i dati su cui ci si è dovuti fondare per esprimere previsioni sono incompleti, le stime vanno considerate come semplici ordini di grandezza. Senza dubbio però il cofinanziamento delle prestazioni fornite in ospedali attualmente non sussidiati costituisce per i Cantoni la maggior sollecitazione. Tuttavia, attraverso la pianificazione essi potranno influenzare la misura in cui dovranno assumerlo.

## **5.2 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie**

Analogamente all'effetto della revisione sui Cantoni, anche gli effetti sui costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possono essere stimati solo sommariamente. Poiché le stime hanno potuto essere eseguite soltanto con l'ausilio di ipotesi, anche in questo caso se ne indica l'imprecisione menzionando una fascia d'approssimazione. Dal punto di vista statico, l'entità dell'aggravio dell'assicurazione malattie obbligatoria corrisponde a quella dello sgravio dei Cantoni. In caso di assunzione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della metà dei costi d'esercizio computabili per le cure ospedaliere prestate a persone coperte da un'assicurazione complementare degenti in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, l'assicurazione complementare ne risulterà sgravata.

L'inclusione delle spese d'investimento nella remunerazione del 50 per cento a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie costituisce per quest'ultima un onere supplementare. Le disposizioni transitorie prevedono infatti che le spese d'investimento confluiscono negli importi forfettari solo nel quadro della remunerazione in funzione delle prestazioni e con ogni probabilità per gradi. Pertanto non si può partire dal presupposto che l'inclusione degli investimenti nella remunerazione delle prestazioni avvenga in un colpo solo e possa dispiegare immediatamente tutti i suoi effetti su costi e premi.

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarà sgravata nei casi in cui oggi – conformemente al diritto vigente – assume la totalità dei costi delle prestazioni secondo LAMal dispensate ad una persona assicurata in caso di degenza in un ospedale privato contemplato dalla pianificazione.

Anche in questo caso le stime vanno considerate come ordini di grandezza calcolati dal punto di vista statico. Risulta pertanto difficile fare un bilancio degli aggravii e degli sgravi e trarre conclusioni in merito all'evoluzione dei premi. Siccome in una prima fase si mira ad una quota di finanziamento del 50 per cento, ma questa poggierà ancora in gran parte sui costi computabili, impedendo così agli incentivi al conte-

nimento dei costi di dispiegare i propri effetti, bisogna prevedere costi supplementari ed un conseguente aumento dei premi. L'aumento dei costi si distribuirebbe sull'arco di tre anni. D'altro canto è difficile valutare che effetti avrà in una seconda fase l'inclusione dei costi d'investimento negli importi forfettari in funzione delle prestazioni. Questo perché bisognerà fare i conti con gli effetti di nuovi incentivi, perché il passaggio agli importi forfettari in funzione delle prestazioni sarà graduale e anche perché il finanziamento delle prestazioni sarà effettivo solo dopo che i Cantoni avranno adeguato le loro pianificazioni.

### **5.3 Ripercussioni economiche**

Il presente disegno introduce nuovi incentivi o rafforza quelli che sono già stati introdotti con l'entrata in vigore della nuova LAMAL. Le ripercussioni economiche che dovrebbero risultare a media scadenza dai cambiamenti di comportamento auspicati non possono venir stimate con precisione. Di conseguenza il presente paragrafo si limita a descrivere questi ultimi più che a quantificarli. Soltanto i trasferimenti degli oneri finanziari tra le varie unità di costo possono essere oggetto di stime, poiché le nuove regole di finanziamento possono essere applicate all'attuale situazione dei costi in ambito ospedaliero.

La presente revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non intende rimettere in discussione i principi fondamentali del sistema attuale. Al contrario, la revisione si prefigge di dissipare le ambiguità che ostacolano il funzionamento del sistema previsto dalla legge e rafforzare gli incentivi al contenimento dei costi già ancorati nel sistema. La conseguente semplificazione delle regole di finanziamento e la maggiore trasparenza in ambito ospedaliero consentiranno di calcolare meglio i costi effettivi e le responsabilità. La revisione dovrebbe avere effetto a breve e media scadenza.

Il mercato della salute è caratterizzato dai seguenti elementi: l'offerta determina la domanda e i prezzi non hanno un ruolo diretto per i consumatori/assicurati. Per ragioni di politica sociale, il sistema è tenuto a garantire all'insieme della popolazione l'accesso ad un'offerta di cure qualitativamente elevata. In vista di un impiego razionale delle risorse, questo implica un ruolo guida dello Stato nella pianificazione delle infrastrutture (messa a disposizione delle capacità necessarie, commisurate al fabbisogno effettivo, e coordinamento intracantonale ed intercantonale). L'ampliamento della pianificazione ospedaliera cantonale al fine di garantire la copertura sanitaria a tutti gli assicurati è quindi pienamente giustificato, poiché solo così la pianificazione può rivelarsi efficace. Con la semplificazione delle regole di remunerazione per tutti gli ospedali figuranti negli elenchi cantonali, la revisione permette il pari trattamento degli ospedali pubblici e privati. In futuro nell'ambito della LAMAL si applicheranno le stesse condizioni per tutti gli ospedali. Nel caso ideale dovrebbero essere il mercato e le regole della concorrenza a determinare il loro accesso al mercato. Si potrebbe deplorare il fatto che in seguito alla revisione l'influenza dello Stato aumenterà per via dell'ampliamento del cofinanziamento e della maggior importanza assunta dalla pianificazione. La regolamentazione proposta si presterebbe comunque, nel quadro fissato, ad aumentare la concorrenza in materia di tariffe. Tuttavia, in un «mercato» nel quale la domanda è in gran parte indotta dall'offerta e nel quale i «prezzi» sono approvati o fissati dalle autorità ed i consumatori non pagano direttamente i costi delle prestazioni di cui usufruiscono, le

regole di partecipazione al «mercato» devono essere adeguate alla particolare situazione.

La maggior concorrenza in ambito ospedaliero auspicata dal disegno dovrebbe portare ad una graduale ottimizzazione dei costi di produzione e della qualità. Si può supporre che la diminuzione dei costi di produzione avrà ripercussioni positive sull'evoluzione dei premi. In tal modo i consumatori avranno più mezzi a disposizione per i consumi privati. Per il resto, a causa del maggiore onere finanziario, i Cantoni dovrebbero essere indotti ad impiegare più efficacemente lo strumento della pianificazione.

Tra gli obiettivi principali della revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non c'era in primo luogo quello di rafforzare il principio di solidarietà alla base della LAMal o di favorire l'equilibrio regionale della copertura sanitaria. Tuttavia essa contribuisce anche a questo, e, grazie al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, promuove un migliore coordinamento intercantonale della pianificazione, il che rappresenta un ulteriore passo in direzione di un coordinamento ancora più ampio.

## **6 Relazione con la nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni**

La nuova perequazione finanziaria ha lo scopo di ripartire i compiti, le competenze e i flussi finanziari tra la Confederazione e i Cantoni nonché di chiarire le loro rispettive responsabilità (messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001, FF 2002 2065). Nell'ambito dei lavori relativi a un nuovo ordinamento sulla perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni, si esamina una ripartizione dei compiti anche nel settore delle assicurazioni sociali. Il finanziamento ospedaliero non ne è direttamente interessato. Come già detto al capitolo 2.2, si mira a raggiungere una ripartizione dei compiti tra i Cantoni nell'ambito della medicina altamente specializzata. Questo corrisponde alla proposta contenuta nel presente disegno.

## **7 Programma di legislatura**

Il disegno figura nel rapporto sul programma di legislatura 2003–2007 del 25 febbraio 2004 ed è elencato tra gli oggetti annunciati nelle linee direttive (FF 2004 996).

## **8 Rapporto con il diritto europeo**

### **8.1 Prescrizioni della Comunità europea**

L'articolo 2 del Trattato che istituisce la Comunità europea (CE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità è disciplinata nell'articolo 39 del Trattato CE. Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come previsto dall'articolo 42 del







## Ripartizione dei costi d'ospedalizzazione tra l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) e i Cantoni

Stima per l'anno 2001	milioni di franchi	
Costi degli ospedali secondo la statistica sui costi del sistema sanitario	<b>16 132</b>	
– meno le prestazioni ambulatoriali	–2 431	
Costi della degenza ospedaliera	<b>13 702</b>	
– meno le prestazioni pagate dalle altre assicurazioni sociali (AINF, AI, AMIL) e dalla Confederazione	–728	
– meno le prestazioni pagate da assicuratori privati	–2 772	
– meno le partecipazioni degli assicurati ai costi nell'assicurazione privata	–28	
Costi della degenza ospedaliera a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal), dei Cantoni e delle economie domestiche private	<b>10 174</b>	
– meno i pagamenti diretti delle economie domestiche	–593	
– meno i sussidi pubblici agli investimenti	–915	
Stima dei costi ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal	<b>8 666</b>	100.00 %
– a carico dei Cantoni	4 771	55.05 %
– a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal), comprese le partecipazioni degli assicurati ai costi.	3 895	44.95 %

Ufficio federale di statistica: stime sulle base della statistica sui costi del sistema sanitario, della statistica ospedaliera, della statistica sull'assicurazione malattie e della statistica sulle compagnie d'assicurazione private.

## Finanziamento degli ospedali

Anno	Unità di costo											Totale			
	Assicurazioni sociali														
	Stato		Comuni		Totale		LAMal	LAINF	AL-AVS	AM	Totale		Assicura- zione privata <sup>1</sup>	Economie domestiche private <sup>2</sup>	Altro finanziamento privato
Confede- razione	Cantoni		Comuni		Totale	LAMal	LAINF	AL-AVS	AM	Totale	Assicura- zione privata <sup>1</sup>	Economie domestiche private <sup>2</sup>	Altro finanziamento privato		
mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %	mio fr.	in %
1995	1.5	3690.3	289.8	3981.5	3996.5	488.0	231.4	21.6	4737.5	2912.3	980.7	0.0	12 612.0		
1996	1.2	3882.3	356.4	4239.9	4338.6	492.6	237.0	19.6	5087.8	3199.6	656.6	0.0	13 184.0		
1997	1.4	3883.1	450.6	4335.1	4351.4	500.6	250.9	19.1	5122.0	2787.1	1056.2	0.0	13 300.5		
1998	1.1	3876.1	515.4	4392.5	4469.6	551.8	252.0	18.6	5292.0	2813.1	1229.2	0.0	13 726.9		
1999	0.0	4116.1	508.6	4624.8	4668.7	604.3	243.0	17.4	5533.4	2532.9	1578.8	0.0	14 269.9		
2000	0.1	4292.0	560.2	4852.3	4902.5	638.5	246.7	20.0	5807.7	2735.8	1499.7	0.0	14 895.5		
2001	1.4	5041.3	644.2	5686.9	5239.5	658.5	261.6	19.6	6179.3	2771.6	1494.4	0.0	16 132.1		
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	100.0		
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	100.0		
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	100.0		
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	100.0		
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	100.0		
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	100.0		
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	100.0		

1 Assicuratori malattie LAMal (casse malati), per l'assicurazione complementare (LCA), e istituti d'assicurazione privati

2 Pagamenti diretti delle economie domestiche ai fornitori di beni e servizi per prestazioni non coperte dagli assicuratori malattie e partecipazione ai costi dell'assicurazione malattie.