

11.429

Iniziativa parlamentare
Tarmed: competenza sussidiaria del Consiglio federale
Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio nazionale

del 1° settembre 2011

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge federale del 18 marzo 1994¹ sull'assicurazione malattie, che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

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

1° settembre 2011

In nome della Commissione:

La presidente, Thérèse Meyer-Kaelin

¹ RS 832.10

Rapporto

1 Genesi del progetto

Il 24 marzo 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha esaminato il rapporto del Controllo federale delle finanze (CDF) «Tarmed – la tariffa per le prestazioni mediche ambulatoriali. Valutazione del raggiungimento degli obiettivi e del ruolo della Confederazione» del novembre 2010. Il rapporto evidenzia numerosi punti deboli, sottolineando in particolare la sospensione dei negoziati tra i partner tariffali riguardo all'adeguamento delle tariffe Tarmed, e formula diverse raccomandazioni. In tale contesto, la Commissione ha deciso, con 20 voti contro 1, di depositare la presente iniziativa parlamentare. Materialmente, l'iniziativa riprende una disposizione adottata dalle due Camere nell'ambito del progetto «LAMal. Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi» (09.053) diventata obsoleta in seguito al fallimento dell'insieme del progetto nella sessione autunnale 2010. Il 31 marzo 2011, la CSSS del Consiglio degli Stati ha approvato l'iniziativa con 7 voti contro 4. Nel suo parere del 25 maggio 2011 relativo alla mozione del gruppo socialista «Revisione del tariffario Tarmed» (11.3070n), anche il Consiglio federale si è espresso a favore dell'iniziativa della Commissione. Il 1° settembre 2011, la CSSS-N ha approvato il progetto e il relativo rapporto con 23 voti contro 1 e 1 astensione.

2 Punti essenziali del progetto

2.1 Principi relativi alle tariffe nella legge

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) prevede che le tariffe e i prezzi sono stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge (art. 43 cpv. 4 LAMal). Secondo l'articolo 46 capoverso 1 LAMal, le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori. Il Consiglio federale è incaricato di approvare le convenzioni tariffali valide per tutta la Svizzera (art. 46 cpv. 4 LAMal) e ha la competenza di stabilire una struttura tariffale uniforme delle tariffe per singola prestazione se le parti alla convenzione non raggiungono un accordo (art. 43 cpv. 5 LAMal). Queste disposizioni sono l'espressione dell'autonomia tariffale delle parti alla convenzione che prevale nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

2.2 Pacchetto di misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi (09.053)

Il 29 maggio 2009 il Consiglio federale ha presentato un pacchetto di misure destinato a contenere l'evoluzione dei costi. Durante il dibattito in Parlamento si è discusso di una proposta complementare secondo cui: «In deroga ai capoversi 4 e 5 [dell'art. 43 LAMal], il Consiglio federale può adeguare la struttura tariffale se le

parti non si accordano su una revisione e la struttura si rivela non più adeguata». A quel momento si era constatato che determinate tariffe e strutture tariffali negoziate tra le parti alla convenzione non soddisfacevano effettivamente più le esigenze della LAMal in relazione all'economicità e all'equità. Si riteneva che uno dei motivi per cui le revisioni delle strutture tariffali andassero a rilento fosse il fatto che le parti non sempre riuscivano ad accordarsi durante i negoziati. La misura proposta dal Parlamento si prefiggeva di fornire al Consiglio federale un mezzo per fare pressione sulle parti alla convenzione al fine di incitarle ad accordarsi rapidamente su una struttura tariffale o, se necessario, su una sua revisione. La disposizione summenzionata è stata adottata con 91 voti contro 88 dal Consiglio nazionale e senza opposizione dal Consiglio degli Stati. Tuttavia, visto che il 1° ottobre 2010 il Consiglio nazionale ha respinto il progetto di revisione nella votazione finale, anche questa disposizione è stata respinta.

2.3 Una struttura tariffale al centro delle discussioni: Tarmed

2.3.1 Breve descrizione

Nel corso dei dibattiti sulle misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi è stata sollevata a più riprese la questione della struttura tariffale Tarmed, ossia la tariffa per le prestazioni mediche ambulatoriali. Questa tariffa per singola prestazione (secondo l'art. 43 cpv. 2 lett. b LAMal), applicata dal 1° gennaio 2004 nell'ambito dell'assicurazione malattie, comprende complessivamente all'incirca 4500 posizioni tariffali. Conformemente all'articolo 43 capoverso 5 LAMal, Tarmed è una struttura tariffale uniforme stabilita a livello nazionale. I partner tariffali hanno adeguato regolarmente talune posizioni della tariffa Tarmed, ma non hanno mai sottoposto a revisione totale la struttura tariffale.

2.3.2 Rapporto del Controllo federale delle finanze concernente Tarmed

Nel novembre 2010 il CDF ha pubblicato un rapporto su Tarmed in cui valuta il raggiungimento degli obiettivi e il ruolo della Confederazione. Le conclusioni tratte nel rapporto vanno nella stessa direzione di taluni timori espressi durante le deliberazioni parlamentari sulle misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi. Secondo il CDF, in particolare l'obiettivo di aggiornamento della tariffa non è stato raggiunto. Il rapporto rileva il fatto che i partner tariffali, pur avendo previsto che le decisioni debbano essere prese all'unanimità, a causa dei loro punti di vista divergenti non riescono a trovare un accordo. Gli aggiornamenti di Tarmed si limitano quindi al minimo comune denominatore. Senza un aggiornamento di fondo, alcuni nuovi trattamenti, per i quali la prassi è fortemente evoluta grazie ai progressi tecnici, non sono integrati in Tarmed e la remunerazione (secondo il numero di punti tariffali) di altre posizioni tariffali non è rivalutata. Il rapporto del CDF raccomanda quindi all'Ufficio federale della sanità pubblica di proporre, in occasione della prossima revisione della LAMal, una modifica in base alla quale il Consiglio federale fissa una tariffazione provvisoria nel caso in cui i partner tariffali non raggiungano un'intesa. Tale tariffazione deve essere applicata se una prestazione AOMS

4.1.2 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale della Confederazione

Un'estensione delle competenze sussidiarie del Consiglio federale genera nuovi compiti esecutivi per l'amministrazione federale comportando un aumento dell'effettivo del personale. La Confederazione dovrà essere più attiva nell'ambito della tariffazione e dovrà probabilmente sviluppare le sue competenze specialistiche in questo settore. Tali sforzi dipenderanno tuttavia dai seguenti fattori: dalla necessità di un intervento, dal numero delle strutture tariffali interessate, dal loro grado di complessità e dalla portata degli adeguamenti necessari per rendere le strutture nuovamente adeguate. Tali sforzi sono quindi difficilmente quantificabili.

Nel suo rapporto, il CDF si è espresso a favore della proposta di chiarire i mezzi supplementari necessari per attuare queste raccomandazioni.

4.2 Ripercussioni economiche

La disposizione si prefigge di rafforzare il sistema di tariffazione attuale. Sarà sempre compito dei partner tariffali di accordarsi sulle strutture tariffali. Tuttavia, sapendo che il Consiglio federale dispone di un mezzo d'intervento, le parti dovrebbero essere incitate a trovare un accordo il più rapidamente possibile. La disposizione permetterà in tal modo di rimediare alle lacune del sistema risultanti dalle difficoltà negoziali tra le parti, che pregiudicano il funzionamento del sistema. È tuttavia difficile quantificare con precisione il cambiamento di comportamento sperato.

5 Rapporto con il diritto europeo

5.1 Prescrizioni comunitarie

Nell'ottica della garanzia della libera circolazione delle persone, il diritto in materia di assicurazioni sociali della CE non si prefigge di armonizzare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Nell'ambito dei principi di coordinamento (divieto di discriminazione, computo dei periodi di assicurazione, prestazioni transfrontaliere ecc.) previsti dal regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.I) e dalle relative disposizioni di esecuzione del regolamento (CEE) n. 574/72 (RS 0.831.109.268.II), gli Stati membri conservano un'ampia libertà di stabilire la struttura concreta dei loro sistemi di sicurezza sociale. Dall'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e la Comunità europea (RS 0.142.112.681) questi principi di coordinamento sono determinanti anche per la Svizzera.

5.2 Strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 è il corrispettivo della Convenzione europea dei diritti dell'uomo per quanto riguarda i diritti economici e sociali. Il diritto alla sicurezza sociale è sancito nell'articolo 12: le Parti contraenti s'impegnano a istituire o a conservare un sistema di sicurezza sociale, a mantenerlo a un livello soddisfacente, a impegnarsi a migliorarlo progressivamente e ad adottare misure per garantire la parità di trattamento fra i propri cittadini e quelli degli altri Stati contraenti. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976; nel 1987 il Parlamento si è tuttavia opposto alla ratifica, per cui questo accordo non è vincolante per il nostro Paese.

Con la Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996 è stato aggiornato e adeguato il contenuto materiale della Carta del 1961. Si tratta di un accordo distinto, che non abroga la Carta sociale europea del 1961. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il Codice Europeo di Sicurezza Sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977 (RU 1978 1491). Il nostro Paese non ha tuttavia adottato la parte II riguardante le cure mediche.

Il Codice Europeo di Sicurezza Sociale è completato da un Protocollo che stabilisce norme superiori. La Svizzera non ha ratificato tale Protocollo.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 è un accordo distinto dal Codice europeo di sicurezza sociale e non lo abroga. Il Codice riveduto non è ancora stato ratificato da nessuno Stato e pertanto non è ancora entrato in vigore.

5.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo

Il diritto europeo (diritto comunitario e diritto del Consiglio d'Europa) non stabilisce norme per il settore trattato dalla presente revisione. Gli Stati sono liberi di disciplinarli a loro discrezione.

6 Basi legali

6.1 Costituzionalità

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale.