



ad 09.528

Iniziativa parlamentare Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio nazionale del 5 aprile 2019**

Parere del Consiglio federale

del 14 agosto 2019

Onorevoli presidenti e consiglieri,

conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento, vi presentiamo il nostro parere in merito al rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 5 aprile 2019¹ concernente l'iniziativa parlamentare «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico».

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

14 agosto 2019

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Ueli Maurer

Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

¹ FF 2019 2879

Parere

1 Situazione iniziale

L'11 dicembre 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel (PPD, AG) ha presentato l'iniziativa parlamentare 09.528 «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico». Nella sua motivazione l'autrice dell'iniziativa ritiene inequivocabile che gli incentivi negativi all'interno del nostro sistema siano riconducibili al finanziamento differenziato dei settori ambulatoriale e stazionario. Questi incentivi sbagliati dovranno essere eliminati affinché il settore stazionario possa essere incluso nel sistema delle cure integrate «managed care» e contribuisca in modo determinante al successo di quest'ultimo. Affinché i Cantoni possano mantenere un influsso e un controllo sui fondi pubblici, potrebbe essere introdotto un sistema monistico che permetta ai Cantoni di impiegare i loro fondi in modo mirato e controllato.

Il 16 febbraio 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa con 14 voti contro 10 e 1 astensione. Il 14 novembre 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) si è allineata a tale decisione con 7 voti contro 1. La CSSS-N ha quindi incaricato la sua sottocommissione «LAMal» di elaborare un progetto di atto normativo. I lavori sono partiti, ma la sottocommissione ha dovuto dedicare parecchio tempo ad altri oggetti e al termine della 49^a legislatura è stata sciolta. Il 23 agosto 2016, la nuova sottocommissione «Finanziamento monistico» si è messa all'opera e ha elaborato un progetto preliminare che il 19 aprile 2018 la CSSS-N ha approvato con 15 voti contro 7. Su tale progetto è stata successivamente condotta una consultazione.

Il 24 gennaio 2019 la Commissione ha preso conoscenza dei risultati della procedura di consultazione e ha incaricato la sottocommissione di svolgere un'analisi approfondita del dossier. Nel contempo ha deciso, con 20 voti contro 3 e 1 astensione, di presentare il postulato della CSSS-N 19.3002 «Cure e finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero», che incarica il Consiglio federale di esaminare, congiuntamente con i Cantoni, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni, se anche le cure secondo l'articolo 25a della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (LAMal) possano essere eventualmente integrate nel finanziamento unitario delle prestazioni in un secondo momento. Nel suo parere del 27 febbraio 2019 il Consiglio federale ha proposto di accogliere il postulato, ciò che il 14 marzo 2019 il Consiglio nazionale ha fatto con 135 voti contro 36 e 6 astensioni. Il 5 aprile 2019, la CSSS-N ha discusso il suo progetto di atto normativo e il rapporto esplicativo, approvando il progetto nella votazione sul complesso con 15 voti contro 7 e 2 astensioni.

² RS 832.10

2 Parere del Consiglio federale

2.1 Valutazione generale dell'iniziativa parlamentare

Il Consiglio federale si è già espresso in più occasioni sul finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie previste dalla LAMal, per esempio nei suoi pareri in risposta alla mozione del Gruppo verde liberale 18.3295 «Finanziamento unitario delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali», all'interpellanza Heim 16.3800 «Ridurre i costi della salute. Sfruttare il grande potenziale di risparmio del finanziamento unitario di prestazioni ambulatoriali e stazionarie», al postulato Cassis 15.3464 «Legge federale sull'assicurazione malattie. Roadmap per eliminare le incompatibilità tra i molteplici ruoli dei Cantoni» e alla mozione del Gruppo PPD 13.3213 «Lo stesso sistema di finanziamento per le prestazioni ospedaliere ambulatoriali e per quelle stazionarie». Pur ribadendo ogni volta il suo sostanziale appoggio a un finanziamento unitario, ha anche sottolineato che una riforma del sistema deve essere attuata con il coinvolgimento dei Cantoni e necessita di misure complementari per poter esprimere appieno il suo potenziale.

Il vigente finanziamento differenziato delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie produce diversi sviluppi negativi. Il finanziamento differenziato delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali incentiva oggi gli assicuratori a trasferire le prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale se i costi complessivi della prestazione ambulatoriale sono almeno del 55 per cento inferiori a quelli della prestazione stazionaria. Negli altri casi, risultano risparmi spesso considerevoli per l'intera società, mentre i costi sostenuti dagli assicuratori aumentano. Il trasferimento di trattamenti dal settore stazionario a quello ambulatoriale genera tendenzialmente maggiori oneri per gli assicurati e il corrispondente sgravio dei Cantoni è compensato solo in parte dal loro obbligo di provvedere al finanziamento residuo delle cure dispensate nelle case di cura e a domicilio. Uno degli obiettivi della strategia «Sanità2020» del Consiglio federale è impedire la diminuzione della quota di finanziamento tramite imposte delle prestazioni secondo la LAMal.

Il finanziamento differenziato incentiva anche assicuratori e Cantoni a favorire nelle trattative tariffali con i fornitori di prestazioni il trasferimento delle prestazioni nei settori che prediligono. Tuttavia, l'applicazione di tariffe adeguate è fondamentale affinché i fornitori di prestazioni scelgano se fornire un trattamento ambulatoriale o stazionario in funzione di criteri medici e dell'economicità per l'intera società anziché in base ai propri interessi finanziari. La situazione attuale tende a frenare l'auspicato trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale e può di conseguenza generare costi inutilmente elevati.

Non da ultimo, l'attuale finanziamento permette di realizzare solo in parte il potenziale delle cure coordinate (costi e qualità). Per esempio, agli occhi degli assicurati il fatto che la dispensazione di cure ambulatoriali intensive permetta di evitare costose degenze ospedaliere non rende questo modello assicurativo interessante quanto dovrebbe se si considerano i costi complessivi. Oggi, a beneficiare dei risparmi sui costi sono principalmente i Cantoni e solo in parte gli assicurati, mentre i maggiori costi eventualmente necessari nel settore ambulatoriale sono interamente a carico di questi ultimi, ciò che può limitare la diffusione di modelli assicurativi volti a ridurre i costi.

Benché, nel complesso, alcuni punti rilevanti depongano a favore di un finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, un simile cambiamento del finanziamento rappresenta una trasformazione del sistema, che deve essere affrontata con la dovuta cautela vista l'ampiezza delle sue interazioni. Il rapporto della CSSS-N non fornisce una soluzione appropriata a tutte le questioni in sospeso. In particolare, il progetto non ha tenuto sufficientemente conto degli interessi dei Cantoni, aspetto che, come sempre ribadito dal Consiglio federale, è fondamentale per ottenere la maggioranza dei consensi, soprattutto se si considera l'ampiezza del progetto.

La modifica di legge proposta dalla CSSS-N vuole promuovere il trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale e accrescere l'attrattiva delle cure coordinate. Parallelamente, intende stabilizzare le quote di finanziamento tramite imposte e premi delle prestazioni secondo la LAMal (escluse in una prima fase le cure dispensate nelle case di cura e a domicilio) nonché incentivare maggiormente i finanziatori, ossia gli assicuratori e i Cantoni, a negoziare con i fornitori di prestazioni tariffe adeguate in tutti i settori. Visto che le prestazioni saranno finanziate in modo unitario, nessuno dei due finanziatori sarà più interessato a concordare tariffe troppo alte o troppo basse nel settore ambulatoriale o stazionario e, di conseguenza, ad accelerare o frenare il trasferimento di prestazioni tra i due settori.

Il disciplinamento proposto potrebbe di fatto contribuire a eliminare gli incentivi negativi nell'ambito della tariffazione e a trasferire la fornitura di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale nella misura in cui ciò sia ragionevole dal punto di vista medico ed economico. Inoltre, potrebbe contribuire a rafforzare le cure coordinate, dato che i suoi vantaggi si ripercuoterebbero maggiormente sui premi rispetto ad oggi con un conseguente potenziale di risparmio. Infine, garantisce che la quota di finanziamento tramite imposte delle prestazioni secondo la LAMal non diminuisca. Per questi motivi, il Consiglio federale è fondamentalmente a favore del nuovo disciplinamento proposto.

Il rapporto della CSSS-N affronta insufficientemente ambiti tematici importanti ed eventuali interazioni del progetto, in particolare le possibilità di gestione strategica dei Cantoni e le interazioni con il settore delle assicurazioni complementari. Questi aspetti vanno migliorati in vista dell'ulteriore dibattito parlamentare e di un consenso maggioritario. I vari punti in sospeso necessitano di un esame accurato anche alla luce delle richieste avanzate dai Cantoni, tra cui quella legittima di poter cogestire l'offerta ambulatoriale qualora siano tenuti a cofinanziarla. A questo proposito, il rapporto si limita a segnalare il collegamento con il progetto 18.047 «LAMal. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni» riguardante la gestione delle autorizzazioni (vedi n. 2.6). L'interrogativo se, sulla scia del finanziamento unitario, occorra prevedere per i Cantoni possibilità di gestione strategica nel settore ambulatoriale ancora più ampie, per esempio sulla falsariga della pianificazione ospedaliera o come obiettivo da raggiungere, non vi viene affrontato.

Il progetto dovrebbe eliminare gli incentivi negativi nell'interfaccia tra le prestazioni ambulatoriali e quelle stazionarie. Il trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale è ostacolato anche da incentivi negativi nell'interfaccia tra assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie AOMS e assicurazioni complementari. Affinché il finanziamento unitario possa sortire gli effetti auspicati nella

misura desiderata, è necessario valutare la possibilità di adottare misure complementari nell'interfaccia con le assicurazioni complementari; diversamente vi è il rischio che il finanziamento unitario non espliciti appieno il suo potenziale di risparmio. Tuttavia, nel suo rapporto, la CSSS-N ha in larga misura omesso tale valutazione.

Inoltre, un elemento del progetto rischia di rafforzare gli incentivi negativi nell'interfaccia con il settore delle assicurazioni complementari: l'aumento della quota di finanziamento dell'AOMS per gli ospedali convenzionati non inclusi nella pianificazione ospedaliera cantonale (vedi n. 2.7), infatti, riduce gli oneri a carico delle assicurazioni complementari e le rende di conseguenza più attrattive. Per di più, le remunerazioni elevate versate da tali assicurazioni incentivano generalmente i fornitori di prestazioni a eseguire determinati interventi di preferenza in regime stazionario con ripercussioni sui costi anche per l'AOMS, i Cantoni e la Confederazione. Purtroppo, la definizione nell'ordinanza del 29 settembre 1995³ sulle prestazioni (OPre) di elenchi – menzionati anche nel rapporto della CESS-N – per le operazioni che di norma devono essere eseguite ambulatorialmente, può arrestare questo sviluppo solo in una certa misura.

2.2 Integrazione delle cure di lunga durata

Il finanziamento unitario deve essere applicato a tutte le prestazioni stazionarie e ambulatoriali secondo la LAMal ad eccezione delle cure in caso di malattia secondo l'articolo 25a capoverso 1 LAMal per le quali continua in un primo momento a valere l'attuale disciplinamento in vigore dal 2011. Un mandato al Consiglio federale, come indicato alla cifra II del progetto di modifica della LAMal proposto dalla CESS-N il 5 aprile 2019⁴ (P-LAMal), prevede tuttavia che, una volta elaborate le necessarie basi, quest'ultimo presenti una modifica di legge che integri nel finanziamento unitario anche le cure di lunga durata di cui all'articolo 25a capoverso 1 LAMal.

Il Consiglio federale comprende questa richiesta e ritiene che integrare nel finanziamento unitario le prestazioni di cura secondo l'articolo 25a LAMal possa contribuire a ridurre ulteriormente gli incentivi negativi nelle interfacce tra i settori con un finanziamento differenziato nonché a rafforzare le cure coordinate. Per questo motivo, il Consiglio federale è in linea di principio aperto a un'integrazione delle cure di lunga durata purché ciò avvenga in un secondo momento.

Il passaggio dall'attuale sistema dei contributi fissi dell'AOMS a un cofinanziamento dei costi complessivi da parte di quest'ultima secondo la sua quotaparte presuppone tuttavia la piena trasparenza di tali costi. Le prestazioni di cura cofinanziate dall'AOMS nel quadro del finanziamento unitario integrato in un secondo momento devono essere chiaramente distinguibili dalle altre prestazioni come quelle di assistenza. Inoltre, occorrono strutture tariffali che garantiscano una remunerazione delle prestazioni di cura trasparente, uniforme a livello nazionale e orientata ai costi dei fornitori di prestazioni efficienti. Infine, bisogna chiarire la futura gestione

³ RS 832.112.31

⁴ FF 2019 2917

dell'attuale partecipazione ai costi delle cure da parte delle persone che ne hanno bisogno.

Per questi motivi, già il 27 febbraio 2019 il Consiglio federale ha proposto di accogliere il postulato della CSSS-N 19.3002 «Cure e finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero». Il 14 marzo 2019 il Consiglio nazionale lo ha adottato e ha così incaricato il Consiglio federale di chiarire le basi summenzionate congiuntamente con la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e le associazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. Dopo l'accoglimento del postulato da parte del Consiglio nazionale, il Consiglio federale ha avviato i lavori richiesti, ma al momento è impossibile prevedere quando si concluderanno. Dato che la tempistica dell'integrazione delle prestazioni di cura secondo l'articolo 25a LAMal dipende dall'avanzamento di tali lavori, il Consiglio federale respinge la definizione di un calendario fisso.

L'elaborazione delle basi necessarie per integrare le prestazioni di cura secondo l'articolo 25a LAMal richiedono molto tempo. Nel frattempo, i vantaggi menzionati del finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie non devono rimanere inattivi. Tale finanziamento può essere introdotto subito e venire integrato con le prestazioni di cura secondo l'articolo 25a capoverso 1 LAMal in un secondo momento, una volta conclusi i lavori necessari. A tale scopo, tuttavia, non occorre un mandato giuridicamente vincolante al Consiglio federale come quello proposto dalla maggioranza della Commissione alla cifra II P-LAMal. Se le basi necessarie a tale scopo saranno elaborate, il Consiglio federale intraprenderà i passi necessari di sua iniziativa e anche il Parlamento potrà fare altrettanto in un secondo momento. Il Consiglio federale respinge quindi il mandato che la maggioranza della CSSS-N vuole conferirgli non per i contenuti ma per una questione di principio: inserire un mandato di questo tipo nelle disposizioni finali di una modifica di legge è discutibile dal punto di vista della tecnica legislativa e non tiene in alcun conto l'opportuna collaborazione tra Legislativo ed Esecutivo. Il Consiglio federale sostiene quindi la proposta di minoranza Gysi di stralciare questa disposizione, ma è fondamentalmente favorevole all'integrazione delle prestazioni di cura secondo l'articolo 25a LAMal in un secondo momento, purché siano adempiute le condizioni necessarie.

2.3 **Agente pagante**

Il progetto prevede che le prestazioni ambulatoriali e stazionarie siano remunerate unicamente dagli assicuratori. L'attuale finanziamento duale fisso delle prestazioni stazionarie con doppia fatturazione dei fornitori di prestazioni agli assicuratori e ai Cantoni deve essere abbandonato a favore di un contributo che i Cantoni corrispondono secondo la loro quotaparte agli assicuratori per i costi delle prestazioni sostenuti da questi ultimi. I Cantoni versano la loro quotaparte all'istituzione comune giusta l'articolo 18 LAMal che, dal canto suo, la trasmette agli assicuratori. Una proposta di minoranza relativa agli articoli 18 capoverso 2^{sexies} e 60 capoverso 5 P-LAMal vuole che i Cantoni versino il loro contributo direttamente ai singoli assicuratori in modo che questi ultimi non dipendano dall'istituzione comune e che solo la Confederazione debba versare all'istituzione comune il suo nuovo contributo

per gli assicurati senza un nesso in un Cantone. Il Consiglio federale è del parere che, data la sua responsabilità per l'esecuzione della compensazione dei rischi, l'istituzione comune disponga già di tutti i dati necessari per svolgere il suo nuovo compito e che dal punto di vista amministrativo per i Cantoni sia più semplice versare il loro contributo all'istituzione comune anziché esaminare i conteggi emessi da ciascuno dei numerosi assicuratori. Per questo motivo, sostiene la proposta di maggioranza della Commissione e respinge quella di minoranza.

2.4 Suddivisione dei contributi cantonali fra i singoli assicuratori

Il progetto prevede che i contributi cantonali vengano suddivisi fra i singoli assicuratori in funzione dei costi da essi sostenuti per ciascun assicurato. Gli assicuratori vengono quindi indennizzati per una parte dei costi per le prestazioni secondo la LAMal che essi coprono. Come attualmente, grazie alla quotaparte cantonale nel settore stazionario, gli assicuratori non assumono alcun rischio imprenditoriale per una parte dei costi. Di conseguenza, per tale parte non vi è, rispetto alla situazione attuale, un incentivo supplementare a migliorare l'efficienza delle cure. In compenso, è pure improbabile che una compensazione dei rischi non perfettamente funzionante sortisca effetti peggiori rispetto al sistema vigente, dato che il volume dei costi considerato rimane invariato.

Una proposta di minoranza relativa agli articoli 16 capoverso 3^{bis} e 60a P-LAMal vuole che il contributo cantonale venga suddiviso fra i singoli assicuratori in funzione non dei costi da essi sostenuti bensì di quelli attesi tenuto conto dei rischi legati al rispettivo effettivo di assicurati conformemente alla compensazione dei rischi di cui all'articolo 16 LAMal. Ciò dovrebbe massimizzare l'incentivo imprenditoriale degli assicuratori affinché migliorino l'efficienza delle cure, per esempio attraverso lo sviluppo e l'amministrazione di modelli di cure coordinate.

Il Consiglio federale ritiene che la variante proposta dalla maggioranza della Commissione combini in modo equilibrato i vantaggi e gli svantaggi degli incentivi imprenditoriali per gli assicuratori con la dipendenza da una compensazione dei rischi perfettamente funzionante. Il fatto che due terzi abbondanti del volume dei costi delle prestazioni secondo la LAMal nel campo di applicazione del finanziamento unitario siano soggetti alla compensazione dei rischi, garantisce che gli assicuratori siano incentivati a migliorare l'efficienza delle cure in tutti i settori. Il contributo cantonale sotto forma di rimborso dei costi su quasi un quarto del loro volume funge da contrappeso per limitare i potenziali rischi di una compensazione non perfettamente funzionante. Per l'attuazione concreta di una suddivisione tra gli assicuratori basata sui costi sono ipotizzabili nello specifico diversi modelli. Per questi motivi, il Consiglio federale respinge la proposta di minoranza.

2.5 Chiave di riparto dei costi e riscossione dei contributi cantonali

Nel complesso, il passaggio al finanziamento unitario non deve avere ripercussioni sui costi né per i Cantoni né per gli assicuratori. Il progetto prevede a livello nazionale un contributo cantonale minimo unitario pari al 22,6 per cento delle prestazioni lorde degli assicuratori, inclusa quindi la partecipazione ai costi degli assicurati. Dato che il contributo cantonale si basa sulle prestazioni lorde, l'importo della franchigia e di conseguenza della partecipazione ai costi è irrilevante ai fini del suo ammontare. Ciò garantisce che tutti gli assicurati beneficino dello stesso contributo cantonale per un determinato volume di prestazioni indipendentemente dalla franchigia scelta.

Il progetto prosegue pertanto in qualche modo la logica del finanziamento ospedaliero in vigore dal 1° gennaio 2009, che fissa in modo unitario a livello nazionale ad almeno il 55 per cento la quotaparte cantonale alla remunerazione delle prestazioni stazionarie. Il nuovo disciplinamento prevede per contro che la partecipazione ai costi non venga più riscossa soltanto sulla quota dei costi finanziata tramite premi, bensì sui costi complessivi delle prestazioni. La partecipazione ai costi degli assicurati che usufruiscono di trattamenti stazionari ma di nessuno o pochi trattamenti ambulatoriali aumenterà quindi leggermente. Il contributo cantonale sarà riscosso sulle prestazioni lorde, indipendentemente dunque da chi, in ultima analisi, si assume i relativi costi, se gli assicuratori (prestazioni nette) o gli assicurati (partecipazione ai costi). Ne consegue che gli assicuratori fattureranno agli assicurati come partecipazione anche costi per i quali hanno già percepito il contributo cantonale.

Inoltre, gli oneri amministrativi degli assicuratori dovrebbero verosimilmente aumentare. Con ogni probabilità, gli assicuratori concorderanno con i fornitori di prestazioni una fatturazione mediante il sistema del terzo pagante o si adopereranno in altro modo affinché gli assicurati trasmettano loro possibilmente tutte le fatture per poter percepire il contributo cantonale anche sulla parte assoggettata alla partecipazione ai costi. In tal caso gli assicuratori riceveranno un contributo cantonale senza assumere alcun costo per prestazioni e potranno di conseguenza ridurre i loro premi, ma il volume delle fatture trattate e i relativi oneri amministrativi potrebbero aumentare. Tuttavia, se il contributo cantonale a questi maggiori costi restasse del 22,6 per cento, il principio di neutralità dei costi verrebbe meno.

Una proposta di minoranza relativa all'articolo 60 capoversi 2^{bis}, 3 e 4 P-LAMal e di conseguenza anche alla cifra III capoversi 2 e 3 P-LAMal vuole fissare il contributo cantonale al 25,5 per cento delle prestazioni nette degli assicuratori, esclusa quindi la partecipazione ai costi degli assicurati. Anche la quota di finanziamento prevista da questa soluzione deve essere introdotta in modo neutrale in termini di costi, ma risulta più alta rispetto al 22,6 per cento proposto dalla maggioranza perché, posto un contributo cantonale costante, il volume che figura al denominatore è più basso (prestazioni nette al posto di prestazioni lorde). Da un lato, la minoranza in questione vuole evitare il possibile aumento degli oneri amministrativi citato, dall'altro, ritiene che la soluzione proposta dalla maggioranza della Commissione sia molto problematica dal punto di vista della costituzionalità.

L'articolo 117 della Costituzione federale (Cost.)⁵ stabilisce che la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie. In virtù di questa competenza, essa può obbligare i Cantoni a versare un contributo per le prestazioni secondo la LAMal assunte dagli assicuratori AOMS. Tuttavia, la partecipazione ai costi di cui all'articolo 64 LAMal per principio non è una prestazione dell'AOMS, in quanto le prestazioni che comprende costituiscono un debito degli assicurati nei confronti dei fornitori di prestazioni. È pertanto discutibile il fatto che in virtù dell'articolo 117 Cost. la Confederazione possa obbligare i Cantoni a versare un contributo per prestazioni che non sono pagate dagli assicuratori AOMS bensì in ultima analisi dagli assicurati.

Per questo motivo, il Consiglio federale sostiene la proposta di minoranza relativa all'articolo 60 capoversi 2^{bis}, 3 e 4 P-LAMal e di conseguenza anche alla cifra III capoversi 2 e 3 P-LAMal, che consente di evitare un aumento degli oneri amministrativi con una soluzione che non pone problemi di costituzionalità. In teoria, la proposta di minoranza può far dipendere il contributo cantonale dalla franchigia dell'assicurato e se in futuro le franchigie verranno ritoccate verso l'alto, a trarne beneficio saranno non solo gli assicurati ma anche i Cantoni che vedranno diminuire il loro contributo. Nella prassi è tuttavia improbabile che la dipendenza del contributo cantonale dalla franchigia distorca l'ammontare dei premi per le singole franchigie rispetto alla situazione attuale. Già oggi, infatti, lo sconto sul premio offerto per le franchigie opzionali non è stabilito unicamente in base ai costi assunti dagli assicuratori per le singole franchigie ed è pure limitato da norme volte a garantire la solidarietà fra assicurati sani e malati, senza dimenticare che anche le considerazioni di marketing degli assicuratori possono svolgere un ruolo. Sebbene i costi a carico degli assicuratori dopo la deduzione del contributo cantonale potrebbero variare leggermente a seconda della franchigia, la limitazione dello sconto sul premio rimarrà la restrizione più importante, cosicché difficilmente si avranno ripercussioni sui premi. Dal punto di vista del Consiglio federale, l'unico vantaggio della variante proposta dalla maggioranza della Commissione risiede pertanto nella maggiore trasparenza dei costi delle prestazioni secondo la LAMal, visto che buona parte delle fatture saranno inviate agli assicuratori.

Se, malgrado il problema giuridico illustrato e gli altri svantaggi, la variante proposta dalla maggioranza sarà mantenuta, il Consiglio federale propone che venga almeno adattata in modo che la partecipazione ai costi sia prelevata unicamente sulla quota finanziata tramite premi analogamente a quanto avviene attualmente per le prestazioni stazionarie. Inoltre, i diritti fatti valere dagli assicuratori mediante regresso secondo l'articolo 72 capoverso 1 della legge federale del 6 ottobre 2000⁶ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) dovranno essere dedotti dal calcolo del contributo cantonale, in quanto si tratta di costi che, in ultima analisi, gli assicuratori o l'AOMS non hanno dovuto sostenere e che, per questo motivo, non vanno conteggiati nemmeno ai fini del calcolo in questione. Con ogni probabilità, anche con questa variante gli oneri amministrativi aumenteranno e i costi delle prestazioni secondo la LAMal diventeranno più trasparenti, ma l'invio di tutte le fatture andrà a beneficio degli assicurati (anziché degli assicuratori) dato che

⁵ RS 101

⁶ RS 830.1

in questo modo potranno beneficiare del contributo cantonale anche quando la parte residua finanziata tramite premi soggiace interamente alla partecipazione ai costi. Inoltre, i Cantoni non saranno obbligati a versare contributi agli assicuratori per costi di fatto assunti dagli assicurati e il problema di costituzionalità esposto sopra non si porrà.

Seppure l'adeguamento della variante della maggioranza proposto in via sussidiaria dal Consiglio federale sia meno problematico sul piano costituzionale rispetto alla variante della maggioranza alla base del progetto della CSSS-N, anch'esso può essere costituzionalmente discutibile sebbene per un altro motivo. Una parte della dottrina sostiene che l'assicurazione contro le malattie ai sensi dell'articolo 117 Cost. debba essere finanziata principalmente tramite premi. Non è chiaro se ciò valga solo per il finanziamento dell'assicurazione contro le malattie nel suo insieme o anche per il caso di un singolo assicurato. A causa della diffusione delle franchigie opzionali alte, se il cofinanziamento da parte dei Cantoni sarà esteso al settore ambulatoriale, accadrà spesso che un Cantone versi un contributo mentre l'AOMS non pagherà nulla perché i costi residui sono interamente assunti dall'assicurato. Nel settore stazionario ciò non pone alcun problema vista la responsabilità dei Cantoni per le cure in tale settore, mentre in quello ambulatoriale quella della costituzionalità è una questione opinabile.

Per questi motivi, il Consiglio federale ribadisce il proprio sostegno alla proposta di minoranza, perché rappresenta una soluzione che non pone problemi di costituzionalità, non aumenta gli oneri amministrativi degli assicuratori e nella prassi non avrà verosimilmente alcun effetto sui premi delle singole franchigie.

2.6 Possibilità di gestione strategica dei Cantoni

I Cantoni chiedono di poter gestire in modo mirato l'offerta ambulatoriale se saranno tenuti a cofinanziare le relative prestazioni. Secondo la cifra IV capoverso 2 P-LAMal, la presente modifica di legge entra in vigore soltanto unitamente al disegno 18.047 «LAMal. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni». Una minoranza della commissione propone di rinunciare a questo collegamento. Il Consiglio federale appoggia la richiesta dei Cantoni e quindi anche il collegamento dei due oggetti proposto dalla maggioranza della Commissione, per garantire ai Cantoni la possibilità di gestire i fornitori di prestazioni ambulatoriali se saranno obbligati a cofinanziarle. Il Consiglio federale respinge quindi la proposta di minoranza relativa alla cifra IV P-LAMal. Il collegamento non deve tuttavia comportare un rinvio della necessaria entrata in vigore a fine giugno 2021 del disegno citato. Dal collegamento previsto alla cifra IV P-LAMal il Consiglio federale desume che l'entrata in vigore del disegno sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni costituisca il presupposto affinché il progetto sul finanziamento unitario possa entrare in vigore, anche in un secondo momento.

2.7 Gestione degli ospedali convenzionati

L'articolo 49a P-LAMal innalza dal 45 al 77,4 per cento la quota di finanziamento dell'AOMS anche per gli ospedali convenzionati. Tale innalzamento è conseguente all'aumento generale della partecipazione dell'AOMS alle prestazioni stazionarie, ma rischia di relativizzare l'importanza della pianificazione ospedaliera cantonale e quindi di compromettere gli sforzi compiuti per contenere l'aumento dei costi nell'AOMS. Riguardo all'articolo 49a P-LAMal, la minoranza I propone di mantenere invariata al 45 per cento la quota di finanziamento dell'AOMS per gli ospedali convenzionati, la minoranza II di abrogarlo e di eliminare così l'istituto degli ospedali convenzionati.

Visto il prospettato considerevole aumento della quota di finanziamento dell'AOMS, per gli ospedali sarà meno importante qualificarsi per essere inseriti negli elenchi ospedalieri cantonali. Se un ospedale non figura in uno di tali elenchi, gli assicurati o eventualmente le assicurazioni complementari dovranno assumere solo una quota esigua rispetto ad oggi. È probabile che a causa dell'aumento della quota di finanziamento crescerà il numero di ospedali gestiti come ospedali convenzionati o che svolgono attività che esulano dai mandati di prestazioni loro attribuiti. Con i costi derivanti dall'elusione della pianificazione ospedaliera cantonale tramite le assicurazioni complementari è possibile che questo tipo di assicurazioni si diffonda maggiormente.

In questi casi, che potrebbero diventare più frequenti, l'AOMS dovrà assumere la maggiore quota che le compete. Già solo se il numero degli ospedali convenzionati e di assicurazioni complementari restasse stabile, ne risulterebbero maggiori oneri per l'AOMS e relativi minori oneri per le assicurazioni complementari. Se poi il loro numero crescerà, l'aumento degli oneri per l'AOMS sarà ancora più importante.

La pianificazione ospedaliera cantonale deve garantire un numero né eccessivo né insufficiente di fornitori di prestazioni che possono fatturare a carico dell'AOMS. Questo strumento consente tra l'altro di limitare l'indesiderato aumento quantitativo e la domanda indotta dall'offerta. La valutazione della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero mostra che la pianificazione ospedaliera potrebbe aver avuto un impatto diretto sul contenimento dei costi nel settore stazionario, grazie in particolare alla considerazione dell'economicità degli ospedali. È inoltre probabile che un'ulteriore percettibile accenno di concentrazione dell'offerta sortirà effetti analoghi.

Tuttavia, per gli ospedali convenzionati non soggetti alla pianificazione ospedaliera il problema degli incentivi nell'interfaccia tra l'AOMS, che tutt'al più copre i costi, e le assicurazioni complementari, che possono conseguire utili, si accentua. Per conseguire utili nell'assicurazione complementare, gli assicuratori possono essere indotti ad accettare aumenti della quantità di prestazioni a carico dell'AOMS. In questo modo, i loro premi AOMS aumentano in misura maggiore rispetto a quelli dei loro concorrenti che non ricorrono a questo espediente. Tuttavia, visti la nota scarsa propensione degli assicurati AOMS a cambiare assicurazione e il divieto di realizzare utili nell'AOMS, per gli assicuratori è soprattutto il numero di assicurati nell'assicurazione complementare, dove gli utili sono permessi, a essere finanziariamente interessante.

Inoltre, come esposto al numero 2.2, l'aumento della quota di finanziamento per gli ospedali convenzionati potrebbe acuire i problemi irrisolti nell'interfaccia tra AOMS e assicurazioni complementari anche per gli ospedali che figurano negli elenchi cantonali. L'incentivo – non corretto dal presente progetto – che induce i fornitori di prestazioni a svolgere le loro attività preferibilmente in regime stazionario a causa delle remunerazioni più alte corrisposte dalle assicurazioni complementari, può, combinato con una maggiore diffusione di queste ultime, far lievitare i costi anche fuori dagli ospedali convenzionati. Lo sgravio finanziario delle assicurazioni complementari in seguito all'aumento della quota di finanziamento per gli ospedali convenzionati potrebbe rafforzare la diffusione di tali assicurazioni.

Se la possibilità di aumentare la quantità non viene limitata, l'auspicio di una reale concorrenza tra fornitori di prestazioni cade ancora nel vuoto. Ciò mette a repentaglio gli sforzi compiuti per contenere l'incremento dei costi nell'AOMS. Il passaggio al finanziamento unitario non dovrebbe comportare alcun aumento immediato dei premi né accelerare l'incremento dei costi nell'AOMS. Inoltre, un aumento dei premi AOMS non colpirà solo gli assicurati, ma anche la Confederazione e i Cantoni a causa degli eventuali maggiori sussidi per la riduzione dei premi che dovranno versare. Anche questi agenti paganti hanno pertanto un legittimo interesse a poter cogestire i costi della quota finanziata tramite premi. La situazione di precario equilibrio in cui si trovano attualmente la pianificazione ospedaliera cantonale e gli ospedali convenzionati non andrebbe modificata. Il Consiglio federale sostiene quindi la proposta della minoranza I relativa all'articolo 49a P-LAMal che vuole mantenere invariata all'attuale 45 per cento la quota di finanziamento dell'AOMS per gli ospedali convenzionati.

3 Proposta del Consiglio federale

Il Consiglio federale propone di approvare il progetto della CSSS-N con le seguenti eccezioni:

Art. 49a

Il Consiglio federale sostiene la proposta della minoranza I.

Art. 60 cpv. 2^{bis}, 3 e 4

Il Consiglio federale sostiene la proposta della minoranza.

Cifra II

Il Consiglio federale sostiene la proposta della minoranza.

Cifra III cpv. 2 e 3

Il Consiglio federale sostiene la proposta della minoranza.

Se la proposta della minoranza sull'articolo 60 capoversi 2^{bis}, 3 e 4 e sulla cifra III capoversi 2 e 3 è respinta, il Consiglio federale sottopone le seguenti proposte in via subordinata:

Art. 60 cpv. 2^{bis}

2^{bis} Ai fini del calcolo del contributo cantonale, i diritti fatti valere dagli assicuratori mediante regresso secondo l'articolo 72 capoverso 1 LPG⁷ sono dedotti dai costi di cui al capoverso 2.

Art. 64 cpv. 2^{bis}

2^{bis} Il contributo cantonale di cui all'articolo 60 è dedotto prima della riscossione della partecipazione ai costi.

⁷ RS 830.1

