

ad 11.439

**Iniziativa parlamentare
Disposizioni transitorie complementari sull'introduzione
del finanziamento ospedaliero**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del
Consiglio degli Stati del 31 maggio 2011**

Parere del Consiglio federale

del 6 giugno 2011

Onorevoli presidente e consiglieri,

conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento (LParl), vi presentiamo il nostro parere in merito al rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati del 31 maggio 2011 concernente l'iniziativa parlamentare «Disposizioni transitorie complementari sull'introduzione del finanziamento ospedaliero».

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

6 giugno 2011

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Micheline Calmy-Rey
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Parere

1 Situazione iniziale

Nella sessione invernale 2007, il Parlamento ha deciso la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) nell'ambito del finanziamento ospedaliero.

La revisione della LAMal è entrata in vigore il 1° gennaio 2009. L'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal nonché l'applicazione delle modalità di finanziamento secondo l'articolo 49a LAMal, con l'inclusione dei costi d'investimento, dovranno essere concluse al più tardi il 31 dicembre 2011.

Con l'introduzione delle stesse condizioni quadro per tutti gli ospedali corrispondenti a una pianificazione cantonale, il legislatore ha creato le premesse per rafforzare la concorrenza tra gli ospedali. La concorrenza deve vertere sugli elementi dell'economicità e della qualità. Le pianificazioni ospedaliere devono quindi essere elaborate in base ai criteri dell'economicità e della qualità.

La CSSS del Consiglio degli Stati presenta un'iniziativa parlamentare secondo la quale le disposizioni transitorie dovranno essere modificate al momento dell'entrata in vigore della nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero il 31 dicembre 2011. La Commissione ha invitato i Cantoni a esprimersi a breve termine. In un parere congiunto la Conferenza dei Governi cantonali, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle finanze come pure i 24 Cantoni che hanno risposto alla consultazione respingono il progetto con veemenza e in modo unanime.

2 Parere del Consiglio federale

Il Consiglio federale riconosce la volontà della Commissione di fare tutto il possibile per introdurre la revisione del finanziamento ospedaliero senza costi supplementari ingiustificati per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Secondo il Consiglio federale, i mezzi giuridici formulati dalla Commissione conformemente al capoverso 1 del presente progetto di modifica della LAMal sono tuttavia inadeguati e inattuabili in questa forma.

L'intenzione di documentare in modo trasparente gli effetti sui costi e sui premi, formulata nelle spiegazioni contenute nel rapporto, è in contraddizione con il capoverso 1 del progetto, che avrebbe un impatto ben più ampio. La proposta di legge va respinta anche dal punto di vista della certezza del diritto per i Cantoni, gli ospedali e gli assicuratori malattie incaricati dell'attuazione. Occorre inoltre rilevare che non è giustificato ricorrere al diritto d'urgenza, tanto più che i Cantoni hanno applicato le attuali disposizioni transitorie concernenti il finanziamento ospedaliero in modo conforme alla legge nel fissare la chiave di ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a capoverso 2 LAMal.

Come la Commissione, il Consiglio federale intende sfruttare le regolamentazioni esistenti e chiamare i partner tariffali, ma anche i Cantoni, ad assumersi le loro responsabilità. Il Consiglio federale insiste sull'introduzione delle strutture tariffali

neutra dal punto di vista dei costi nonché sull'attuazione delle misure prescritte a livello di ordinanza, come il monitoraggio dei costi e delle prestazioni, le possibili misure correttive e il controllo della qualità. Il Consiglio federale mira inoltre a migliorare la trasparenza nell'ambito dell'approvazione dei premi e a realizzare confronti tra gli stabilimenti. Intende inoltre adottare misure atte a contenere i costi anche al di fuori del finanziamento ospedaliero.

Tra i cardini figurano il passaggio al finanziamento delle prestazioni e l'introduzione di importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, basati su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Gli importi forfettari per caso dovrebbero trovare applicazione in particolare nel settore somatico acuto. In altri settori, in particolare nella psichiatria e nella riabilitazione, sono ipotizzabili anche altre forme di riferimento alla prestazione. Questi adeguamenti non dovrebbero avere alcuna incidenza sui costi. Altri elementi della nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero modificano invece le competenze in materia di finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dei Cantoni. Tra di essi figurano in particolare le seguenti regolamentazioni:

- inclusione dei costi d'investimento degli ospedali pubblici e di quelli sussidiati dall'ente pubblico nel calcolo degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni: è così introdotto un cofinanziamento da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di costi che finora erano finanziati esclusivamente dallo Stato o dagli enti ospedalieri;
- cofinanziamento di tutti gli ospedali che figurano nell'elenco ospedaliero del Cantone: in futuro sarà cofinanziato dal Cantone almeno il 55 per cento delle prestazioni di tutti gli ospedali. I Cantoni parteciperanno quindi in modo determinante al finanziamento delle prestazioni di ospedali privati finora non sussidiati, sgravando in particolare l'assicurazione di base ma anche l'assicurazione complementare;
- cofinanziamento di degenze ospedaliere fuori Cantone: in futuro, il Cantone di domicilio degli assicurati dovrà assumersi la sua quota di finanziamento anche quando gli assicurati si fanno curare, senza motivi di ordine medico imperativi, in ospedali autorizzati che non figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, ma in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale; saranno così sgravate le assicurazioni complementari.

Sono soprattutto queste regolamentazioni a modificare le quote parti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dei Cantoni e delle assicurazioni complementari al finanziamento delle prestazioni secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il fatto che la revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero avrebbe comportato simili oneri o sgravi per i vari finanziatori era stato indicato in modo trasparente dal Consiglio federale nel suo messaggio del 15 settembre 2004 (FF 2004 4903). Ulteriori trasferimenti scaturiscono dalla libera scelta dell'ospedale, inserita nel corso delle discussioni in Parlamento.

Il legislatore ha stabilito la quota di finanziamento dei Cantoni, che assumono almeno il 55 per cento della remunerazione, tenendo conto delle nuove componenti dei costi cofinanziate attraverso i premi. La quotaparte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è quindi al massimo del 45 per cento. Considerando i vari effetti dei trasferimenti dei costi, il legislatore è partito dal presupposto che una quotaparte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non superiore al 45 per cento, invece dell'attuale 50 per cento, permetta di compensare all'incirca i

maggiori oneri per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Al capoverso 5 delle disposizioni transitorie relative alla modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 (RU 2008 2049), il legislatore ha previsto che i Cantoni in cui il premio medio per gli adulti è inferiore al premio medio per gli adulti a livello nazionale hanno la possibilità di fissare la loro quotaparte ad almeno il 45 per cento per il 1° gennaio 2012 e di innalzarla al 55 per cento richiesto sull'arco di cinque anni. L'idea era di consentire un adeguamento progressivo dei contributi cantonali. Nel fissare le loro quote nel primo trimestre del 2011, i Cantoni si sono attenuti alle disposizioni della legge.

La situazione iniziale nei Cantoni è estremamente eterogenea. Oltre che dalla situazione iniziale, l'impatto finanziario nel Cantone è determinato anche dalla quota di remunerazione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni fissata all'inizio del 2011. In alcuni Cantoni la quota fissata comporterà sgravi dei premi non solo per le assicurazioni complementari ma anche per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In altri Cantoni la quota fissata comporterà invece presumibilmente un aumento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se questi Cantoni non adottano altre misure. Per il momento, l'entità del trasferimento dei costi e degli eventuali adeguamenti dei premi risultanti non è ancora nota con sufficiente certezza, dato che alcuni fattori essenziali non hanno ancora potuto essere inclusi nelle stime. In particolare non sono ancora completati i negoziati tariffali tra gli assicuratori e gli ospedali, i costi esclusivamente a carico dei Cantoni per le prestazioni economicamente di interesse generale devono ancora essere determinati e non è ancora nota la remunerazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni. Anche le nuove pianificazioni ospedaliere produrranno effetti non presi in considerazione. A ciò si aggiunge il fatto che con la vecchia regolamentazione le quote parti del Cantone non erano stabilite espressamente e di conseguenza possono essere stimate solo approssimativamente. Le cifre che figurano nell'allegato del rapporto della Commissione sono stime dell'Ufficio federale di statistica del 2005 che integrano altre fonti, in particolare la statistica delle finanze pubbliche. Gli effetti dell'esclusione delle prestazioni economicamente di interesse generale dal calcolo delle tariffe, della parità di trattamento degli ospedali privati finora non sussidiati, dell'adattamento delle liste degli ospedali e del principio della libera scelta dell'ospedale non sono presi in considerazione nelle stime. Anche se gli indizi concernenti gli oneri supplementari e gli sgravi previsti, considerando le riserve precitate, dovrebbero indicare nella tendenza la giusta direzione, gli ordini di grandezza dei trasferimenti che vi sono presentati sono da interpretare con la massima prudenza poiché gli effetti stimati dall'Ufficio federale di statistica per il 2005 sarebbero ancora più importanti delle ipotesi molto pessimistiche dell'associazione degli assicuratori malattie. Considerate le riserve precitate, il Consiglio federale non conferma tuttavia né l'una né l'altra stima.

La responsabilità politico-sanitaria dell'impatto dell'attuazione della nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero nei Cantoni spetta a questi ultimi, fatta eccezione per la questione dell'introduzione della struttura tariffale. Oltre alla fissazione della quota di finanziamento, con la decisione sul finanziamento delle prestazioni economicamente di interesse generale e la riduzione individuale dei premi i Cantoni hanno a disposizione vari strumenti di gestione politico-sanitaria.

La regolamentazione proposta stabilisce espressamente che la modifica della struttura tariffale e la modifica delle quote di finanziamento non possono essere avanzate quale argomento per giustificare un aumento delle tariffe o dei premi.

2.1

Nessun aumento tariffale a causa del cambiamento della struttura tariffale

Il 1° gennaio 2012 entreranno in vigore gli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, basati su strutture tariffali uniformi per tutta la Svizzera e fissati di norma per ogni singolo caso. Negli importi forfettari sono inclusi anche i costi d'investimento, e cioè i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni. Questi importi forfettari completamente nuovi non sono paragonabili alle tariffe applicabili fino alla fine del 2011. I forfait giornalieri, gli AP-DRG (*All Patients Diagnosis Related Groups*), i forfait per reparto ecc. applicabili finora, di configurazione variabile da un ospedale all'altro e di importi diversi a causa dei sussidi diretti da parte dello Stato, sono sostituiti, nel settore somatico acuto, da importi forfettari volti a finanziare la totalità delle spese di trattamento di un caso, indipendentemente dalla durata della degenza. In questi importi forfettari confluiscono tutte le spese di esercizio e d'investimento: non vi è quindi più alcuna distinzione tra ospedali pubblici, sussidiati dall'ente pubblico e privati. Gli importi forfettari sono assunti, congiuntamente, dall'assicuratore malattie e dal Cantone di domicilio, secondo la loro parte rispettiva. Data la situazione iniziale non è chiaro come in queste circostanze in un caso concreto di approvazione di una tariffa, e cioè di approvazione dell'importo del cosiddetto prezzo di base (*base rate*), si possa stabilire cosa s'intenda per aumento tariffale e quali siano i suoi elementi determinanti. Sono prevedibili annose controversie sull'interpretazione di questa disposizione, ciò che rende difficile una transizione ordinata verso il sistema di finanziamento auspicato. La disposizione che vieta aumenti tariffali non è quindi attuabile.

Il progetto, inoltre, parla solo della procedura di autorizzazione e non della procedura di fissazione, che secondo l'articolo 47 LAMal è applicabile a livello cantonale se i partner tariffali non raggiungono un'intesa su una convenzione tariffale. In tal caso i Cantoni non dovrebbero attenersi alle esigenze della proposta della Commissione.

All'articolo 59c dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), il Consiglio federale ha stabilito chiaramente che un cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari. Di conseguenza ha già anticipato l'obiettivo della proposta della Commissione. Affinché sia rispettato il requisito della neutralità dei costi, con il capoverso 2 delle disposizioni finali della modifica del 22 ottobre 2008 dell'OAMal (RU 2008 5097) il Consiglio federale ha obbligato i partner tariffali a presentare, oltre alla struttura tariffale, anche una proposta congiunta concernente le misure d'accompagnamento necessarie al momento dell'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni, e segnatamente gli strumenti per la sorveglianza dell'evoluzione dei costi e del volume delle prestazioni (monitoraggio) nonché le misure correttive necessarie. In occasione dell'approvazione della struttura tariffale del 18 giugno 2010, il Consiglio federale ha ribadito questi requisiti rivolgendosi ai partner tariffali e ha indicato espressamente che non solo vanno rispettati i principi tariffali secondo l'articolo 59c OAMal, bensì anche che, a parità di condizioni, il nuovo modello tariffale SwissDRG non deve comportare costi supplementari rispetto al 2010 e al 2011.

Il Consiglio federale attira inoltre l'attenzione sul fatto che un'esclusione di qualsiasi aumento tariffale intaccherebbe la sovranità sulle tariffe dei partner tariffali e sarebbe contraria alla base completamente nuova per la determinazione delle tariffe. In futuro, le tariffe comprenderanno non solo l'importo dovuto dall'assicurazione malattie, bensì anche il contributo cantonale. Questa tariffa è poi ripartita tra i due

finanziatori secondo la chiave di ripartizione fissata dal Cantone. Per poter essere approvata dall'autorità competente, una tariffa deve soddisfare i criteri di economicità e di equità. In altre parole, da un lato deve tenere adeguatamente conto dei costi delle prestazioni e dall'altro deve essere accettabile per gli assicuratori e gli assicurati. Se una tariffa che soddisfa questi criteri è ritoccata verso il basso in un secondo tempo – nella procedura di approvazione o di ricorso – i fornitori di prestazioni non ricevono più la remunerazione necessaria per coprire i costi medi generati per garantire cure sufficienti e una fornitura di prestazioni efficiente e di qualità. Se vogliono mantenere le strutture previste, i Cantoni devono allora colmare le lacune con coperture dei deficit o contributi per prestazioni economicamente di interesse generale.

2.2 L'esclusione degli aumenti dei premi minaccia l'equilibrio finanziario degli assicuratori malattie

Come indicato in apertura, la modifica del regime di finanziamento comporta un onere o uno sgravio per i vari finanziatori. L'onere o lo sgravio per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i Cantoni dipende dalla situazione iniziale nel Cantone corrispondente e dalla quota di finanziamento del Cantone stabilita dal governo cantonale. I premi riscossi dagli assicuratori devono coprire i costi prevedibili. I costi aumentano a causa dell'evoluzione demografica e del progresso medico e tecnico. Anche la densità dell'offerta esercita un influsso. Il nuovo finanziamento ospedaliero, inoltre, non modifica l'evoluzione dei costi, bensì la sua ripartizione tra assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Cantoni e assicurazioni complementari.

È difficile stabilire quale parte dell'aumento dei premi corrisponda alla tendenza e quale sia riconducibile al nuovo finanziamento ospedaliero e a quale elemento all'interno del nuovo finanziamento ospedaliero. Se nella procedura di approvazione alcuni premi sono respinti perché considerati «troppo alti» e gli assicuratori sono costretti ad applicare premi che non coprono i costi, i costi non coperti devono essere finanziati attingendo alle riserve. Tale erosione delle riserve minaccia la solvibilità degli assicuratori. Per soddisfare i requisiti della legge, le riserve utilizzate devono essere ricostituite, il che provoca un aumento dei premi. In occasione dell'aumento dei premi successivo occorre inoltre aggiungere l'incremento dei costi dell'anno precedente non coperto con l'aumento dei premi dell'anno precedente, il che si traduce in un drastico incremento dei premi. La regolamentazione proposta può quindi avere tutt'al più un effetto a breve termine. Al più tardi alla sua scadenza si delineerà inevitabilmente un bisogno di recuperare terreno sui premi, a meno che la lacuna non sia stata nel frattempo compensata mediante un aumento della quota-parte del Cantone. Siccome inoltre l'aumento delle riserve va a carico di tutti gli assicurati, gli assicurati nei Cantoni che prevedono una maggiore assunzione dei costi sarebbero puniti. Questa disparità di trattamento potrebbe essere eliminata unicamente coprendo la riduzione delle riserve risultante dai premi troppo bassi mediante contributi dei Cantoni agli assicuratori.

I Cantoni hanno sfruttato il margine di manovra concesso loro dal legislatore fissando la quotaparte del Cantone al livello del 55 per cento consentito dalla legge o avvalendosi della corrispondente disposizione transitoria concernente l'adeguamento progressivo. Se ora si escludessero aumenti dei premi anche in caso di aumento dei costi, alla fine ciò significherebbe un ritorno alla valutazione, menzionata al numero

2, della ripartizione del finanziamento tra Cantoni e assicuratori malattie, secondo cui, tenendo conto delle nuove componenti dei costi da cofinanziare mediante i premi, la quotaparte dell'assicurazione malattie non può superare il 45 per cento. Per essere coerenti, i Cantoni dovrebbero quindi ritornare su queste decisioni e fissare la loro quota di finanziamento in modo tale che le componenti dei costi a carico dell'assicurazione malattie non comportino un aumento dei premi. Tale effetto potrebbe essere raggiunto da un lato fissando la quotaparte del Cantone a oltre il 55 per cento e dall'altro rinunciando ad avvalersi del termine transitorio per raggiungere la quotaparte cantonale del 55 per cento.

Se invece i Cantoni o i parlamenti cantonali non tornassero sulle decisioni prese legittimamente, per gli assicuratori malattie ciò significherebbe non poter riscuotere premi che coprono i costi. La loro situazione finanziaria risulterebbe così minacciata.

2.3 Qualità ed economicità quali criteri in tutte le procedure amministrative e di ricorso

L'autorizzazione di un ospedale o di un istituto a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dipende dal fatto che rientri o meno nella pianificazione di uno o più Cantoni. La pianificazione deve basarsi sui criteri della qualità e dell'economicità. Le Camere federali hanno obbligato il Consiglio federale a emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. L'elenco ospedaliero di un Cantone scaturisce dalla sua pianificazione ospedaliera. I criteri della qualità e dell'economicità sono quindi determinanti anche in relazione all'elenco ospedaliero del Cantone. All'articolo 58b capoverso 4 lettera a OAMal, il Consiglio federale ha inoltre stabilito chiaramente che nel valutare e scegliere l'offerta da assicurare che figura nell'elenco i Cantoni devono considerare in particolare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni. Non è necessaria alcuna regolamentazione supplementare.

Se ora si stabilisse a posteriori, in una disposizione transitoria supplementare, che in tutte le procedure amministrative e di ricorso sono determinanti i criteri della qualità e dell'economicità, ciò potrebbe inoltre essere interpretato nel senso che la nuova disposizione annulla temporaneamente la regolamentazione precedente e che per la durata della disposizione transitoria complementare sono applicabili unicamente i criteri della qualità e dell'economicità, ma non le altre disposizioni concernenti la pianificazione ospedaliera sancite nella legge e nell'ordinanza, come la conformità al fabbisogno. Se la pianificazione ospedaliera dei Cantoni non si basa sulla necessità di garantire il fabbisogno di cure della popolazione cantonale, non è escluso che l'adeguamento degli elenchi ospedalieri necessario per contenere i costi non avvenga o sia comunque ostacolato. La regolamentazione proposta è inadeguata.

3 Proposta del Consiglio federale

Il Consiglio federale è d'accordo con la Commissione nel dire che bisogna fare tutto il possibile per evitare che la revisione del finanziamento ospedaliero comporti costi supplementari ingiustificati per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. A tal fine intende sfruttare le regolamentazioni esistenti e in particolare

chiamare i partner tariffali, ma anche i Cantoni, ad assumersi le loro responsabilità. Il Consiglio federale insiste sull'introduzione delle strutture tariffali neutra dal punto di vista dei costi nonché sull'attuazione delle misure prescritte a livello di ordinanza, come il monitoraggio dei costi e delle prestazioni, le possibili misure correttive e il controllo della qualità. Il Consiglio federale mira inoltre a migliorare la trasparenza nell'ambito dell'approvazione dei premi e a realizzare confronti tra gli stabilimenti. Intende inoltre adottare misure atte a contenere i costi anche al di fuori del finanziamento ospedaliero. La regolamentazione supplementare prevista non è invece giustiziabile ed è in contrasto con le decisioni del 21 dicembre 2007. Non è adatta per ottenere l'effetto auspicato. Il Consiglio federale propone pertanto di respingerla.

Se l'obiettivo della Commissione consistesse unicamente, come esposto nel suo rapporto, nel documentare in modo trasparente gli effetti sui costi e sui premi nella procedura di approvazione dei premi e delle tariffe, bisognerebbe adeguare il testo del progetto. Questo obiettivo può essere raggiunto nel modo più semplice mediante un rapporto elaborato dal Consiglio federale. Se invece il Parlamento mantiene la sua volontà di precisare le disposizioni transitorie per il passaggio al nuovo finanziamento ospedaliero, il Consiglio federale propone la seguente formulazione al posto del capoverso 1 dell'iniziativa parlamentare:

«¹ Gli aumenti tariffali o dei premi che sono motivati dalla modifica della struttura tariffale per prestazioni ospedaliere (art. 49) o della ripartizione della remunerazione delle prestazioni ospedaliere tra Cantoni e assicuratori (art. 49a) sono presentati separatamente dalle altre cause che si ripercuotono sui costi e sui premi degli assicuratori malattie.

^{1bis} Il Dipartimento rileva gli effetti sui costi e sui premi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le persone fisiche o giuridiche interpellate sono obbligate a fornire informazioni. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente. I risultati sono pubblicati.»