



21.067

Messaggio

concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» e il controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)

del 10 novembre 2021

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi proponiamo di sottoporre l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» al voto del Popolo e dei Cantoni con la raccomandazione di respingerla. Contemporaneamente vi sottoponiamo, per approvazione, un controprogetto indiretto consistente in una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

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

10 novembre 2021

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Guy Parmelin
Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

Compendio

L'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» chiede l'introduzione di un freno ai costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Il Consiglio federale, pur riconoscendo la questione del contenimento dei costi, respinge l'iniziativa, dal momento che il collegamento delle misure alla sola evoluzione dell'economia nazionale e dei salari proposto è inadeguato, e contrappone all'iniziativa un controprogetto indiretto. Sulla base del fabbisogno medico, Consiglio federale e Cantoni stabiliscono una percentuale per l'aumento massimo dei costi dell'AOMS rispetto all'anno precedente (obiettivo di costo). Nel caso in cui gli obiettivi di costo non vengano rispettati, Cantoni e Consiglio federale verificano se siano necessarie misure per la correzione di evoluzioni indesiderate. Lo strumentario esistente a tale scopo viene integrato in modo mirato.

Contenuto dell'iniziativa

L'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» è stata depositata dal PPD (oggi Alleanza del Centro) il 10 marzo 2020. L'iniziativa intende completare l'articolo 117 della Costituzione federale attribuendo al Consiglio federale il compito di introdurre un freno ai costi nell'AOMS e, in collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni, far in modo che i costi dell'AOMS evolvano conformemente all'economia nazionale svizzera e ai salari medi.

Pregi e difetti dell'iniziativa

La richiesta dell'iniziativa, vale a dire ridurre l'incremento dei costi nell'AOMS e l'onere che grava sui pagatori dei premi, è giustificata. Tra il 1996 e il 2018 le spese lorde a carico dell'AOMS sono aumentate mediamente di 4 punti percentuali all'anno, passando da 12 a 32 miliardi di franchi. Il collegamento dei costi dell'AOMS alla sola evoluzione dell'economia nazionale e dei salari proposto dall'iniziativa è inadeguato. L'incremento dei costi giustificato da motivi medici può superare la crescita economica e salariale, per esempio dovuta a cause demografiche. Se non si tiene conto di questi elementi, si rischiano razionamenti delle prestazioni e una medicina a due velocità. Gli obiettivi dell'iniziativa possono inoltre essere fundamentalmente raggiunti anche mediante adeguamenti a livello di legge.

Proposta del Consiglio federale

Il Consiglio federale propone alle Camere federali di respingere l'iniziativa, ma presenta un controprogetto indiretto proponendo la definizione di obiettivi, con lo scopo di incrementare la trasparenza riguardante l'aumento dei costi dell'AOMS giustificato da motivi medici e contenere in questo modo l'aumento dei premi pagati dagli assicurati.

È prevista la definizione di obiettivi di crescita massima dei costi nell'AOMS. Sulla base del fabbisogno medico, il Consiglio federale e successivamente i singoli Cantoni stabiliscono una percentuale per l'evoluzione massima dei costi dell'AOMS rispetto

all'anno precedente (obiettivo di costo). Per alcune categorie di costi il solo Consiglio federale è competente per stabilire gli obiettivi. Si tratta specificamente di medicinali, analisi e mezzi e apparecchi.

Se in un anno gli aumenti di costo effettivi di una determinata categoria superano gli obiettivi definiti dal Cantone o dal Consiglio federale per tale categoria, il governo cantonale o il Consiglio federale verificano nel proprio settore di competenza se occorrono misure per la correzione di evoluzioni indesiderate.

Gli strumenti necessari sono in gran parte già presenti (autorizzazione dei fornitori di prestazioni, approvazione delle convenzioni tariffali, adeguamenti sussidiari di strutture tariffali non più consone). Le singole lacune saranno colmate in modo mirato. Il Consiglio federale avrà la facoltà di apportare adeguamenti in via sussidiaria anche alle strutture tariffali per le cure ospedaliere. Se le convenzioni tariffali che disciplinano l'ammontare della remunerazione non soddisfano più i requisiti di legge per la loro approvazione, segnatamente l'economicità, e i partner tariffali non le adeguano o non le disdicono spontaneamente, l'autorità competente avrà anche la possibilità di rinviare le convenzioni ai partner tariffali per rinegoziarle.

Indice

Compendio	2
1 Aspetti formali e validità dell’iniziativa	6
1.1 Testo dell’iniziativa	6
1.2 Riuscita formale e termini di trattazione	6
1.3 Validità	7
2 Genesi dell’iniziativa	7
2.1 Onere crescente sulla popolazione svizzera a causa dell’aumento dei costi della sanità	7
2.2 Normativa vigente	9
2.3 Modifiche legislative in corso	10
3 Scopi e tenore dell’iniziativa	11
4 Valutazione dell’iniziativa	11
5 Conclusioni	13
6 Controprogetto indiretto	14
6.1 Procedura preliminare, in particolare procedura di consultazione	14
6.1.1 Programma di contenimento dei costi del Consiglio federale	14
6.1.2 Progetto posto in consultazione Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2	16
6.1.3 Definizione di obiettivi di costo come controprogetto indiretto	18
6.2 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo	20
6.3 Punti essenziali del progetto	21
6.3.1 La normativa proposta	21
6.3.2 Compatibilità tra compiti e finanze	26
6.3.3 Attuazione	27
6.4 Commento alle singole disposizioni	30
6.5 Ripercussioni	41
6.5.1 Ripercussioni per la Confederazione	41
6.5.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna	42
6.5.3 Ripercussioni sull’economia	43
6.5.4 Ripercussioni sulla società	44
6.6 Aspetti giuridici	44
6.6.1 Costituzionalità	44
6.6.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	46
6.6.3 Forma dell’atto	47
6.6.4 Subordinazione al freno alle spese	47

6.6.5	Rispetto del principio di sussidiarietà e del principio dell'equivalenza fiscale	48
6.6.6	Delega di competenze legislative	49
6.6.7	Protezione dei dati	49

**Decreto federale concernente l'iniziativa popolare
«Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario
(Iniziativa per un freno ai costi)»** (*Disegno*) FF 2021 2820

**Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)
(Misure di contenimento dei costi – Definizione di obiettivi
di costo)** (*Disegno*) FF 2021 2821

Messaggio

1 Aspetti formali e validità dell'iniziativa

1.1 Testo dell'iniziativa

L'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» ha il tenore seguente:

La Costituzione federale¹ è modificata come segue:

Art. 117 cpv. 3 e 4

³ La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni, disciplina l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in modo che, mediante incentivi efficaci, i costi evolvano conformemente all'economia nazionale e ai salari medi. A tal fine introduce un freno ai costi.

⁴ La legge disciplina i particolari.

Art. 197 n. 12²

12. Disposizione transitoria dell'art. 117 cpv. 3 e 4 (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)

Se due anni dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4 da parte del Popolo e dei Cantoni l'aumento dei costi medi per assicurato e per anno nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è superiore di oltre un quinto all'evoluzione dei salari nominali ed entro tale data gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni (partner tariffali) non hanno definito misure vincolanti per contenere l'aumento dei costi, la Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, prende provvedimenti per ridurre i costi, con effetto a partire dall'anno successivo.

1.2 Riuscita formale e termini di trattazione

L'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» è stata sottoposta a esame preliminare³ dalla Cancelleria federale il 2 ottobre 2018 e depositata il 10 marzo 2020 con le firme necessarie.

Con decisione del 2 giugno 2020, la Cancelleria federale ne ha constatato la riuscita formale con 103 761 firme valide⁴.

¹ RS 101

² Il numero definitivo della presente disposizione transitoria sarà stabilito dalla Cancelleria federale dopo la votazione popolare.

³ FF 2018 5383

⁴ FF 2020 4282

L'iniziativa si presenta in forma di progetto già elaborato. Il nostro Consiglio presenta un controprogetto indiretto. Ai sensi dell'articolo 97 capoverso 2 della legge del 13 dicembre 2002⁵ sul Parlamento (LParl) e in considerazione dell'ordinanza del 20 marzo 2020⁶ concernente la sospensione dei termini per le domande di referendum e le iniziative popolari federali, il Consiglio federale deve quindi presentare all'Assemblea federale un disegno di decreto e il relativo messaggio entro il 21 novembre 2021. Ai sensi dell'articolo 100 LParl, l'Assemblea federale decide in merito alla raccomandazione di voto entro il 21 novembre 2022, salvo che una Camera si pronunci per un controprogetto o per un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa. In tal caso l'Assemblea federale può prorogare di un anno il termine di trattazione (art. 105 cpv. 1 LParl).

1.3 Validità

L'iniziativa soddisfa le condizioni di validità previste dall'articolo 139 capoverso 3 della Costituzione (Cost.):

- a. è formulata sotto forma di progetto completamente elaborato e soddisfa le esigenze di unità della forma;
- b. tra i singoli elementi dell'iniziativa sussiste un nesso materiale e pertanto soddisfa le esigenze di unità della materia;
- c. l'iniziativa non viola alcuna disposizione cogente del diritto internazionale e pertanto rispetta le esigenze di compatibilità con il diritto internazionale.

2 Genesi dell'iniziativa

2.1 Onere crescente sulla popolazione svizzera a causa dell'aumento dei costi della sanità

Il settore sanitario presenta diverse peculiarità; è caratterizzato da strutture complesse e offre una molteplicità di prestazioni difficilmente standardizzabili. La copertura assicurativa auspicata e il diverso stato della conoscenza di fornitori di prestazioni e pazienti contribuiscono a incentivare l'aumento dei volumi. Tale situazione favorisce tra l'altro una domanda indotta dai fornitori superiore al livello necessario dal punto di vista medico, che non viene sufficientemente contrastata con lo strumentario disponibile. La conseguenza è un costante aumento dei costi nel settore sanitario, dovuto non soltanto all'evoluzione demografica e al progresso della tecnica medica, ma anche a un incremento dei volumi non giustificabile dal punto di vista medico.

⁵ RS 171.10

⁶ RU 2020 847

Uno studio⁷ realizzato su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) mostra che nel settore sanitario svizzero sussiste un potenziale di efficienza non ancora sfruttato in quasi tutti i settori di prestazioni. Considerando l'insieme delle prestazioni che devono essere coperte (prestazioni obbligatorie LAMal) secondo la legge federale del 18 marzo 1994⁸ sull'assicurazione malattie (LAMal), lo studio stima il potenziale di efficienza tra il 16 e il 19 per cento, una quota notevole. Oltre all'aumento dei volumi (sul fronte dell'offerta e della domanda), soprattutto inefficienze produttive nonché tariffe e prezzi troppo alti per prestazioni e dispositivi medici fanno sì che l'efficienza potrebbe essere migliorata in modo notevole.

Tra il 1996, anno di entrata in vigore della LAMal, e il 2018 le spese lorde a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono passate da 12 a 32 miliardi di franchi⁹. Nel giro di 20 anni sono quindi quasi triplicate. Di conseguenza, per ogni assicurato l'AOMS ha dovuto pagare in media il quattro per cento in più all'anno per prestazioni e dispositivi medici.

Spicca inoltre il fatto che i costi dell'AOMS sono cresciuti a un ritmo sproporzionato rispetto ai costi complessivi del settore sanitario: tra il 2005 e il 2018 le spese complessive hanno subito una progressione del 56 per cento circa, passando da 52,4 a 81,9 miliardi di franchi, mentre le spese per l'AOMS hanno registrato nello stesso periodo un incremento del 60 per cento, passando da 20,3 a 32,5 miliardi di franchi. Quasi l'80 per cento delle prestazioni lorde dell'AOMS rientra nelle quattro maggiori categorie di costi («ospedale stazionario» [20,3 %], «cure mediche ambulatoriali» [23 %], «medicamenti» [18,1 %] e «ospedale ambulatoriale» [17,1 %]). Questa percentuale è rimasta pressoché stabile nel corso degli anni, benché i costi a carico dell'AOMS siano continuamente aumentati, seppur in misura variabile a seconda della categoria di costi. Dal 2005 hanno subito un'impennata anche i costi delle cure fornite ambulatorialmente in ospedale e dai medici (rispettivamente + 109 % e + 65 %) nonché dei settori dell'assistenza e delle cure a domicilio (Spitex), laboratorio, fisioterapia e mezzi e apparecchi (complessivamente + 132 %). Nel 2018 l'aumento dei costi nell'AOMS ha potuto essere in parte frenato grazie a misure di contenimento dei costi (solo + 230 mio. fr., ovvero + 0,7 %)¹⁰.

In Svizzera i costi per la sanità rispetto al prodotto interno lordo (PIL) sono molto elevati (11,9 %) nel confronto internazionale: la media per i Paesi membri dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) si attesta all'8,8 per cento del PIL¹¹. La Confederazione si distingue anche per la quota più elevata di spese

⁷ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW e INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Progetti di revisione in corso > Revisione della LAMal: misure di contenimento dei costi – pacchetto 2.

⁸ RS 832.10

⁹ Cfr. Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2018, consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Dati e statistiche > Assicurazione malattie: statistiche > Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria. Le cifre comprendono solo i premi e la partecipazione ai costi degli assicurati, senza i contributi statali alle prestazioni coperte dall'AOMS (come le quote cantonali della remunerazione delle prestazioni stazionarie).

¹⁰ Cfr. Ufficio federale di statistica, Costi e finanziamento del sistema sanitario 2018 (dati provvisori), consultabile all'indirizzo: www.bfs.admin.ch > Trovare statistiche > Salute > Costi, finanziamento.

¹¹ Cfr. OCSE (2018): OECD.stat. consultabile all'indirizzo: <http://stats.oecd.org>.

a carico delle economie domestiche private rispetto alla spesa complessiva (circa 81,9 mia. fr. nel 2018): nel 2018 tale quota era del 27,3 per cento (22,4 mia. fr.). Assieme agli esborsi per l'AOMS attraverso i premi dell'assicurazione malattie e per altre assicurazioni private, le economie domestiche private sostengono più del 70 per cento delle spese complessive per la sanità¹².

I premi elevati dell'assicurazione malattie rappresentano un onere finanziario importante per molte persone e sono citati come una delle principali preoccupazioni dalla popolazione svizzera. Nel sondaggio rappresentativo condotto per il barometro delle apprensioni nel 2019, il 41 per cento degli aventi diritto al voto intervistati ha indicato il sistema sanitario e le casse malati come uno dei cinque temi più problematici in Svizzera; nella situazione pandemica attuale, che è poco rappresentativa, questa quota si è ridotta al 28 per cento.

Affinché il sistema sanitario resti finanziabile occorre quindi adottare misure più incisive per contenere i costi e accrescere l'efficienza. Si tratterà, da un lato, di mantenere l'onere finanziario dei premi dell'assicurazione malattie a un livello sopportabile e il più vicino possibile all'effetto demografico, del progresso tecnico e dell'evoluzione di salari e prezzi e, dall'altro, di garantire la qualità elevata dell'assistenza medica nonché l'accesso della popolazione a tale assistenza.

2.2 Normativa vigente

L'attuale articolo 117 Cost. attribuisce già un'ampia competenza alla Confederazione nel disciplinamento dell'AOMS, per cui in linea di principio la legge può prevedere anche una gestione dei costi, come richiesto dall'iniziativa. Nel settore ospedaliero stazionario diversi Cantoni ricorrono a strumenti di gestione dei costi. Da un lato si tratta di stanziamenti globali di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal: tale articolo accorda ai Cantoni la possibilità di fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura, con l'obbligo di interpellare dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori. Altri strumenti pertinenti con effetti regolatori sono le limitazioni dirette del volume e la remunerazione decrescente nel settore ospedaliero stazionario. In virtù della ripartizione federalistica delle competenze nel settore sanitario, la pianificazione ospedaliera compete ai Cantoni (art. 39 LAMal), che possono vincolare l'assegnazione di mandati di prestazione a limitazioni dei volumi. La definizione di uno stanziamento globale di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal integra tale competenza. Anche nel nuovo finanziamento ospedaliero gli stanziamenti globali di bilancio nel settore ospedaliero stazionario costituiscono uno strumento complementare alla remunerazione forfettaria orientata alle prestazioni, in uso nella medicina somatica acuta dal 2012 (SwissDRG) e in psichiatria dal 2018 (TARPSY). Accanto alla remunerazione forfettaria orientata alle prestazioni, la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero ha introdotto gradualmente dal 2009 una serie di ulteriori misure volte a frenare la crescita dei costi ospedalieri stazionari. Nella loro configurazione attuale, gli stanziamenti globali di

¹² Cfr. Ufficio federale di statistica, Costi e finanziamento del sistema sanitario 2018 (dati provvisori), 2017, consultabile all'indirizzo: www.bfs.admin.ch > Trovare statistiche > Salute > Costi, finanziamento.

bilancio e gli strumenti analoghi nel settore ospedaliero stazionario limitano il finanziamento cantonale delle prestazioni obbligatorie secondo la LAMal, ma non il finanziamento delle stesse da parte degli assicuratori-malattie dell'AOMS. L'AOMS rimane quindi l'unico grande settore della sicurezza sociale in Svizzera privo di regole in materia di spese¹³. Questa situazione è stata determinante per il lancio dell'iniziativa.

2.3 Modifiche legislative in corso

Il 21 agosto 2019¹⁴ il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1). Essenzialmente vi è un nesso concettuale tra la nozione degli obiettivi di costo e le misure per la gestione dei costi proposte nel disegno di legge. I fornitori di prestazioni o le relative federazioni e gli assicuratori o le relative federazioni (partner tariffali) hanno l'obbligo per legge di stipulare e far approvare dal Consiglio federale una convenzione che definisca misure di gestione dei costi nei settori in cui sono tenuti a stabilire le tariffe e i prezzi secondo l'articolo 43 capoverso 4 LAMal. I partner tariffali sono sostanzialmente liberi nella definizione del meccanismo di gestione. Potrebbero quindi anche prevedere adeguamenti della struttura tariffale, del prezzo di base o del valore del punto tariffale o ancora una combinazione di rimborso e adeguamento tariffale. Gli adeguamenti delle strutture tariffali valide in tutta la Svizzera dovranno però essere sottoposti al Consiglio federale per approvazione. Se il meccanismo di gestione dei costi prevede adeguamenti delle tariffe cantonali, le regole corrispondenti vanno integrate anche nelle convenzioni tariffali cantonali che, secondo le disposizioni già vigenti, devono essere sottoposte al governo cantonale competente per approvazione.

Se non si raggiunge un accordo entro due anni, spetta al Consiglio federale definire le misure. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori comunicano al Consiglio federale, su richiesta, le informazioni necessarie per la definizione delle misure. In caso di inottemperanza a tale obbligo, il Dipartimento federale dell'interno (DFI), in qualità di dipartimento competente, può comminare sanzioni. Il Consiglio federale può limitare i settori nei quali occorre concordare le misure. Attraverso le misure per la gestione dei costi, gli attori sono rapidamente chiamati ad adottare strumenti efficaci. Le misure concordate tra i partner tariffali per la gestione dei costi nelle convenzioni valide per tutta la Svizzera potrebbero quindi servire a raggiungere eventuali obiettivi di costo.

Il pacchetto è stato suddiviso dalle vostre Camere nei due pacchetti *1a* e *1b*. Il Pacchetto *1a* è stato adottato dalle vostre Camere il 18 giugno 2021¹⁵. I provvedimenti

¹³ Cfr. Brändle, T., Colombier, C., Baur, M. e Gaillard, S. (2018): Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper n. 22 dell'Amministrazione federale delle finanze, Berna, consultabile all'indirizzo: www.efv.admin.ch/Temi > Pubblicazioni > Lavori di base dello stato maggiore Analisi economica e consulenza (AEC) > Sostenibilità delle finanze pubbliche.

¹⁴ FF 2019 4981

¹⁵ FF 2021 1496

citati per la gestione dei costi fanno parte del Pacchetto 1b e sono quindi ancora in fase di dibattito parlamentare¹⁶.

3 Scopi e tenore dell'iniziativa

L'iniziativa chiede l'introduzione di un freno ai costi nel settore sanitario, al fine di ridurre le attuali inefficienze e gli incentivi sbagliati, evitando così costi inutili, frenando l'incremento dei costi e arrestando il costante aumento dei premi, il tutto con lo scopo di alleggerire l'onere finanziario che grava sui pagatori dei premi. Secondo il comitato promotore si potrebbero risparmiare annualmente costi sanitari per diversi miliardi di franchi senza perdite di qualità.

Il testo dell'iniziativa prevede di integrare l'articolo 117 Cost. attribuendo al Consiglio federale il compito di introdurre un freno ai costi nell'AOMS. In collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni, il Consiglio federale deve disciplinare l'assunzione dei costi da parte dell'AOMS e definire incentivi efficaci per ridurli affinché la loro crescita nel settore sanitario evolva conformemente all'economia nazionale e ai salari medi. I partner tariffali sono esortati a sfruttare l'autonomia contrattuale prevista dalla LAMal e ad ammodernare le tariffe da un lato e a concordare misure vincolanti per il contenimento dei costi dall'altro. Se non vi riescono e due anni dopo l'accettazione dell'iniziativa i costi per assicurato crescono di oltre un quinto¹⁷ rispetto all'evoluzione dei salari nominali, una disposizione transitoria prevede che la Confederazione e i Cantoni prendano provvedimenti efficaci per contenere i costi per l'anno successivo. Il testo dell'iniziativa non descrive dettagliatamente la struttura precisa del freno ai costi né le misure che Confederazione e Cantoni devono adottare per ridurre i costi. I dettagli vanno disciplinati nella legge. Si deve presumere un adeguamento della LAMal alle esigenze della disposizione transitoria proposta nel caso in cui l'iniziativa venisse accettata.

4 Valutazione dell'iniziativa

L'iniziativa è stata lanciata alla luce dell'importante aumento dei costi sanitari, in particolare dei premi medi versati per l'AOMS. Dall'introduzione della LAMal i costi sono cresciuti molto più di salari, prezzi e PIL. L'iniziativa affronta una questione importante per la popolazione svizzera: l'elevato incremento dei costi pesa sulle economie domestiche a basso e medio reddito e sulle casse di Confederazione e Cantoni. Con la strategia «Sanità2020» del 2013, la strategia successiva «Sanità2030» del 2019 e gli obiettivi di legislatura, il Consiglio federale ha menzionato tra i suoi obiettivi principali un'assistenza sanitaria sostenibile sul piano finanziario. A tal fine, le misure di contenimento dei costi devono far leva su tutte le grandi categorie di costi e – data la ripartizione delle competenze nel settore sanitario svizzero – su tutti i livelli e gli

¹⁶ Numero dell'oggetto 19.046

¹⁷ Fattore 1,2 – Per un raffronto: l'aumento dei premi tra il 1996 e il 2018 è stato superiore all'evoluzione dei salari di un fattore 1,93.

attori. Nell'ambito della strategia «Sanità2020», il Consiglio federale aveva già definito diversi obiettivi e misure che avevano permesso di ridurre i costi della sanità di qualche centinaio di milioni di franchi all'anno. Anche nei prossimi anni sono attesi risparmi significativi.

Per rafforzare le misure, il DFI ha incaricato un gruppo di esperti di valutare le esperienze maturate a livello nazionale e internazionale, con il compito prioritario di ridurre gli aumenti quantitativi non giustificabili dal punto di vista medico. Il gruppo di esperti aveva il mandato di analizzare le esperienze internazionali in materia di gestione dei volumi e proporre misure specifiche per la Svizzera.

Il rapporto degli esperti sulle misure di contenimento dei costi per sgravare l'AOMS, presentato il 24 agosto 2017¹⁸, propone numerose misure nell'interesse dei contribuenti e dei pagatori dei premi, volte a sfruttare il potenziale di efficienza e a frenare la crescita dei costi. L'orientamento di una delle misure proposte dal gruppo di esperti, «M01 Definizione di obiettivi» (cfr. n. 6.1.1), presenta in particolare analogie con l'iniziativa.

Il 28 marzo 2018, il Consiglio federale ha adottato un programma di contenimento dei costi basato sul rapporto degli esperti. Il 18 giugno 2019 ha adottato, all'attenzione delle Camere federali, un primo pacchetto legislativo (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1)¹⁹. L'8 marzo 2019 ha inoltre incaricato il DFI di elaborare, nell'ambito del secondo pacchetto, un disegno volto a introdurre la definizione di obiettivi di contenimento dei costi dell'AOMS.

Il collegamento alla sola evoluzione dell'economia nazionale e a un indice salariale previsto dall'iniziativa è tuttavia inadeguato. Oltre ai salari del personale sanitario, l'evoluzione dei costi è influenzata da una serie di ulteriori fattori non indotti dall'offerta. Non si tiene conto di aspetti importanti come l'evoluzione demografica e il progresso della tecnica medica. I costi giustificati dal punto di vista medico ed economico possono quindi crescere anche molto più di prezzi e salari, e non soltanto durante una recessione, ma, in considerazione dell'evoluzione demografica, anche per un periodo più prolungato.

Se l'iniziativa venisse accettata, a seconda della sua attuazione si avrebbe da un lato un marcato contenimento dell'evoluzione dei costi, dall'altro, però, la crescita consentita dei premi potrebbe rimanere nettamente al di sotto dell'aumento dei costi giustificato dal punto di vista medico ed economico. Inizialmente è probabile che non vi sarebbero conseguenze importanti, tenuto conto del potenziale di efficienza esistente; tuttavia, una volta esaurito tale potenziale, potrebbero venire a mancare anche cure necessarie dal punto di vista medico e adeguate in termini economici, non essendovi più fondi disponibili. Vi è il pericolo che la rigidità della regola in materia di spese, a seconda della sua attuazione, porti a un razionamento delle prestazioni e a una medicina a due velocità.

¹⁸ Il rapporto del gruppo di esperti (solo in tedesco e francese) è consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Contenimento dei costi > Documenti.

¹⁹ FF 2021 1496

Non essendovi un'indicazione concreta delle misure da adottare, ci si chiede in che modo sia possibile tradurre concretamente un obbligo costituzionale astratto in un'azione più forte e mirata del Consiglio federale e del Parlamento. L'attuabilità e l'efficacia dell'iniziativa non sono chiare. Gli obiettivi possono essere fundamentalmente raggiunti anche mediante adeguamenti a livello di legge. L'impostazione aperta dell'articolo 117 Cost. consente alla Confederazione di introdurre misure di contenimento dei costi; un ulteriore disciplinamento a livello costituzionale è pertanto inutile.

Inoltre l'obbligo per la Confederazione di esercitare la propria competenza legislativa «in collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni» è inusuale per il disciplinamento di una competenza federale. Non è chiaro se questa «collaborazione» implichi unicamente l'obbligo di consultare Cantoni, assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni nel quadro dell'iter legislativo oppure se comporti una delega parziale della competenza legislativa ai Cantoni o anche ai partner tariffali, per esempio in modo che determinati aspetti siano disciplinati nelle convenzioni tariffali tra assicuratori e fornitori di prestazioni. Non essendovi indizi che lascino intravedere la volontà di modificare il rapporto tra diritto federale, diritto cantonale e convenzioni tariffali, si può comunque supporre che la formulazione «in collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni» abbia lo scopo di mantenere lo status quo, ovvero il ruolo dei Cantoni e l'autonomia dei partner tariffali nel settore dell'assicurazione malattie riconosciuti dalla legislazione federale vigente.

5 Conclusioni

Il Consiglio federale sostiene la richiesta dell'iniziativa di ridurre l'incremento dei costi nell'AOMS e l'onere che grava sui pagatori dei premi. L'attuale articolo 117 Cost., tuttavia, attribuisce già un'ampia competenza alla Confederazione nel disciplinamento dell'AOMS, per cui non è necessaria una modifica della Costituzione. Il Consiglio federale respinge dunque l'iniziativa e ha deciso, il 20 maggio 2020, di introdurre un obiettivo per l'evoluzione dei costi nell'AOMS quale controprogetto indiretto all'iniziativa per un freno ai costi.

Su incarico del Consiglio federale e su indicazione di un gruppo di esperti (cfr. n. 6.1.1), il DFI ha già elaborato una modifica della LAMal che può soddisfare la richiesta dell'iniziativa. Gli obiettivi per l'evoluzione dei costi dovranno essere stabiliti dalla Confederazione coinvolgendo i principali attori del settore sanitario ed esperti indipendenti, per garantire trasparenza sull'incremento dei costi giustificabile da un punto di vista medico e fornire un valore di riferimento per l'evoluzione dei costi meno arbitrario rispetto al fattore 1,2 dell'evoluzione salariale dipendente dall'andamento congiunturale proposto nell'iniziativa. Il valore dovrà inoltre essere fissato espressamente sulla base del fabbisogno medico, in modo tale da scongiurare razionamenti di prestazioni economiche e adeguate da un punto di vista medico. La modifica della LAMal concernente gli obiettivi offre in aggiunta uno strumentario di misure con cui la Confederazione e i Cantoni possono intervenire per favorire il raggiungimento degli obiettivi di costo o per esercitare la pressione necessaria affinché i partner tariffali si accordino fra loro sulle relative misure. Qualora l'iniziativa fosse

accettata, in determinate circostanze la disposizione transitoria potrebbe limitare l'attuazione della definizione di obiettivi, dal momento che l'iniziativa chiede una limitazione dell'aumento dei costi all'evoluzione salariale e dei prezzi. Si deve presumere che da ciò possa risultare la necessità di un ulteriore intervento legislativo.

Il Consiglio federale prende sul serio la problematica dell'evoluzione dei premi ed è intenzionato a creare trasparenza sull'evoluzione giustificata dei costi attraverso la definizione di obiettivi. Confederazione e Cantoni disporranno di strumenti incisivi con cui aumentare gli incentivi per i partner tariffali ad accordarsi su misure di contenimento dei costi e di incremento dell'efficienza.

6 Controprogetto indiretto

6.1 Procedura preliminare, in particolare procedura di consultazione

6.1.1 Programma di contenimento dei costi del Consiglio federale

Già pochi anni dopo l'introduzione della LAMal è emerso che, benché l'assistenza sanitaria fosse migliorata durevolmente e la solidarietà tra gli assicurati rafforzata come auspicato, non era ancora stato possibile contenere sufficientemente i costi. Una prima revisione parziale della LAMal del 24 marzo 2000²⁰ ha pertanto introdotto regolamentazioni in materia di riduzione dei premi, gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale e promozione della consegna di generici. Nel 2002, il Consiglio federale ha dichiarato che il contenimento dei costi sarebbe stato l'obiettivo principale della strategia di riforma dell'assicurazione malattie. Qualche anno dopo, il Parlamento ha respinto una seconda revisione parziale della LAMal²¹ con altre misure imperniate su una migliore gestione dei volumi e sull'appropriatezza delle prestazioni mediche, adottando poco dopo solo gli adeguamenti urgenti e poco contestati²². Nel 2007 è poi seguita la revisione del finanziamento ospedaliero²³. Altri progetti volti a contenere i costi, segnatamente quelli sulla partecipazione ai costi²⁴ o sulla Managed Care²⁵ o ancora, per sostituire la limitazione delle autorizzazioni²⁶, non sono invece andati in porto. Il Consiglio nazionale ha inoltre respinto nella votazione finale un progetto che prevedeva misure volte a contenere l'evoluzione dei costi sullo sfondo

²⁰ RU **2000** 2305

²¹ Cfr. messaggio del 18 settembre 2000 concernente la modifica parziale della legge federale sull'assicurazione malattie, FF **2001** 631, numero dell'oggetto 00.079.

²² RU **2005** 1071

²³ RU **2008** 2049

²⁴ Cfr. messaggio del Consiglio federale del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Partecipazione ai costi), FF **2004** 3901, numero dell'oggetto 04.034.

²⁵ Cfr. messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Managed Care), FF **2004** 4951, numero dell'oggetto 04.062.

²⁶ Cfr. messaggio del Consiglio federale del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Libertà di contrarre), FF **2004** 3837, numero dell'oggetto 04.032.

degli aumenti straordinari dei premi che si delineavano per il 2010²⁷. Il progetto comprendeva tra l'altro l'attribuzione al Consiglio federale della competenza di ridurre le tariffe in caso di aumenti dei costi superiori alla media.

Con la strategia «Sanità2020»²⁸ del 2013, la strategia successiva «Sanità2030»²⁹ e gli obiettivi di legislatura 2015–2019³⁰ e 2019–2023³¹, il Consiglio federale ha menzionato tra i suoi obiettivi principali un'assistenza sanitaria sostenibile sul piano finanziario. A tal fine, le misure di contenimento dei costi devono far leva su tutte le grandi categorie di costi e – data la ripartizione delle competenze nel settore sanitario svizzero – su tutti i livelli e gli attori. Nell'ambito della strategia «Sanità2020», il Consiglio federale ha già definito diversi obiettivi e misure che hanno permesso di ridurre i costi della sanità di qualche centinaio di milioni di franchi all'anno. Anche nei prossimi anni sono attesi risparmi significativi.

Per rafforzare le misure, il DFI ha incaricato un gruppo di esperti di valutare le esperienze maturate a livello nazionale e internazionale, con il compito prioritario di ridurre gli aumenti quantitativi non giustificabili dal punto di vista medico. Il gruppo di esperti aveva il mandato di proporre strumenti atti a influenzare l'evoluzione quantitativa in Svizzera in base a un'analisi delle esperienze internazionali in materia di gestione dell'aumento del volume delle prestazioni. Il rapporto del gruppo d'esperti sulle misure di contenimento dei costi per sgravare l'AOMS del 24 agosto 2017³² (rapporto degli esperti), propone numerose misure nell'interesse dei contribuenti e dei pagatori dei premi, volte a sfruttare il potenziale di efficienza e a frenare la crescita dei costi soprattutto nelle quattro grandi categorie di costi. Quale misura generale di contenimento dei costi, il gruppo di esperti si è schierato a favore di una cosiddetta «definizione di obiettivi» di crescita dei costi a carico dell'AOMS, su cui è imperniato il relativo rapporto: l'idea di fondo è di stabilire obiettivi di contenimento dei costi nell'AOMS con meccanismi correttivi corrispondenti.

Il 28 marzo 2018, Consiglio federale ha adottato un programma di contenimento dei costi basato sul rapporto degli esperti³³, nel quale stabilisce che le nuove misure devono essere esaminate e, se del caso, attuate a tappe in due pacchetti legislativi. È doveroso precisare che non tutte le misure del gruppo di esperti richiedono un adeguamento legislativo. L'8 marzo 2019 il Consiglio federale ha inoltre incaricato il DFI

27 Cfr. messaggio del Consiglio federale del 29 maggio 2009 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi), FF **2009** 5025, numero dell'oggetto 09.053.

28 La strategia «Sanità2020» è consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Strategia e politica > Sanità2020.

29 La strategia «Sanità2030» è consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Strategia e politica > Sanità2030.

30 Cfr. messaggio del Consiglio federale del 27 gennaio 2016 sul programma di legislatura 2015–2019, FF **2016** 909.

31 Cfr. messaggio del Consiglio federale del 29 gennaio 2020 sul programma di legislatura 2019–2023, FF **2020** 1565.

32 Il rapporto del gruppo di esperti è consultabile (in tedesco e francese) all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Contenimento dei costi > Documenti.

33 Cfr. comunicato stampa dell'UFSP del 29 marzo 2018 consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > L'UFSP > Attualità > Comunicati stampa > Misure del Consiglio federale contro l'aumento dei costi nel settore sanitario.

di elaborare un disegno volto a introdurre la definizione di obiettivi di contenimento dei costi e di inserirlo in un secondo pacchetto legislativo. Anche i Cantoni e i partner tariffali sono chiamati a esaminare e attuare misure nella loro sfera di competenza.

Il Consiglio federale ha adottato e sottoposto alle Camere federali un primo pacchetto legislativo nell'estate del 2019 (Messaggio del Consiglio federale del 21 agosto 2019³⁴ concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie [Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1]). Il disegno comprende nove misure con modifiche nell'ambito della LAMal nonché modifiche corrispondenti nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione per l'invalidità. Le misure sono rivolte alla totalità degli attori, chiamando ciascuno di essi ad assumersi le proprie responsabilità. Il Parlamento ha suddiviso le misure in due pacchetti (1a e 1b), adottando il primo dei due il 18 giugno 2021³⁵.

6.1.2 Progetto posto in consultazione Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2

In linea con le decisioni prese dal Consiglio federale il 28 marzo 2018, l'8 marzo 2019 e il 20 maggio 2020 è stato così elaborato un secondo pacchetto legislativo, che costituiva al contempo anche il controprogetto indiretto all'Iniziativa per un freno ai costi. A tal fine sono state esaminate varie misure contenute nel rapporto degli esperti e proposte dal DFI. Per nove misure sono state formulate modifiche legislative nella LAMal nonché modifiche analoghe, derivate dalle prime, nella legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959³⁶, tenendo conto delle peculiarità di questo ramo delle assicurazioni sociali.

Il pacchetto si concentrava sulla definizione di obiettivi di contenimento dei costi nell'AOMS. Con l'introduzione di una prima consulenza obbligatoria si voleva inoltre creare un servizio a cui tutti gli assicurati devono rivolgersi in caso di problemi di salute e il quale offre loro orientamento e sicurezza. Per potenziare le cure coordinate si trattava di definire le reti di cure coordinate quali fornitori di prestazioni a sé e di promuovere i programmi di assistenza ai pazienti. Si intendeva inoltre rafforzare le competenze della Confederazione nell'ambito della remunerazione delle prestazioni mediche, in modo da renderne più conveniente la dispensazione in futuro. A tal fine è stato proposto un disciplinamento dell'adozione di modelli di prezzo e di eventuali rimborsi nonché della limitazione dell'applicabilità della legge del 17 settembre 2004³⁷ sulla trasparenza ai documenti relativi alla valutazione dei medicinali dell'elenco delle specialità. Sono proponeva inoltre di creare le basi legali per un esame differenziato secondo i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE) e per il calcolo di una remunerazione il più possibile conveniente delle analisi, dei medicinali nonché dei mezzi e degli apparecchi. La concorrenza intercantonale tra gli ospedali avrebbe dovuto essere promossa mediante la fissazione di tariffe di

34 FF 2019 4981

35 FF 2021 1496

36 RS 831.20

37 RS 152.3

riferimento per le cure dispensate in un istituto fuori del Cantone scelto dall'assicurato. Non da ultimo, in futuro i fornitori di prestazioni e gli assicuratori sarebbero stati tenuti a trasmettere le fatture elettronicamente. Il pacchetto è stato infine completato con una precisazione della partecipazione ai costi in caso di maternità al fine di garantire la parità di trattamento delle pazienti.

La consultazione sull'avamprogetto della modifica della LAMal (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2; AP-LAMal) come controprogetto indiretto all'Iniziativa per un freno ai costi si è svolta dal 19 agosto al 19 novembre 2020: sono pervenuti 328 pareri (26 Cantoni e la CDS, 9 partiti politici, 4 associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, 10 associazioni mantello dell'economia, 214 fornitori di prestazioni, 7 assicuratori, 4 associazioni dei consumatori, 29 associazioni e organizzazioni dei pazienti e altri) ³⁸.

La vasta maggioranza dei partecipanti riconosce la necessità di un contenimento dei costi. Molti, tuttavia, si sono espressi criticamente nei confronti della modifica di legge proposta, giudicando il pacchetto troppo vasto, non giunto a piena maturità e (politicamente) non attuabile. Il progetto ha ricevuto il sostegno primariamente dei Cantoni, delle associazioni dei consumatori e di parte dei partiti politici, delle organizzazioni dei pazienti e degli assicuratori. I fornitori di prestazioni e le associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna nonché dell'economia lo hanno respinto fermamente in larga parte.

Le critiche sono state espresse soprattutto riguardo alla definizione di obiettivi e alla prima consulenza. La definizione di obiettivi è stata respinta decisamente da parte dei fornitori di prestazioni. Per esempio la FMH, basandosi su un parere³⁹ di Ueli Kieser, mette addirittura in dubbio la costituzionalità del progetto. Anche tutte le organizzazioni dell'economia, numerose associazioni dei pazienti e numerosi assicuratori si sono tuttavia espressi criticamente. La maggioranza dei Cantoni ha dato invece un parere moderatamente positivo, seppure con riserve e punti interrogativi sull'attuazione nella pratica. Similmente eterogenei sono stati i riscontri dei partiti, delle associazioni dei consumatori e delle associazioni dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna. Ha incontrato maggiore sostegno una definizione di obiettivi intesa come valore orientativo per l'evoluzione dei costi, che rafforzi la trasparenza ma non sia direttamente collegato a misure correttive: diversi assicuratori e relative associazioni si sono espressi a favore in questo senso.

L'obbligo di una prima consulenza è stato invece chiaramente respinto in tutti i gruppi di portatori di interessi, definendolo come l'abolizione della libera scelta del medico e la riproposta del progetto Managed Care. La misura ha ricevuto un cauto sostegno dai Cantoni e da una parte delle associazioni dei pazienti e dei consumatori. Il potenziamento delle cure coordinate ha avuto un riscontro prevalentemente positivo, sebbene sia contestata l'impostazione delle misure proposte.

³⁸ I documenti relativi alla consultazione e il rapporto sui risultati sono consultabili all'indirizzo: www.admin.ch > Diritto federale > Consultazioni > Procedure di consultazione concluse > 2020 > 2020/45.

³⁹ Perizia sulla conformità di certe misure del diritto dell'assicurazione malattie (disponibile solo in tedesco con il titolo: Gutachten zur Verfassungsmässigkeit bestimmter Massnahmen im Krankenversicherungsrecht), consultabile all'indirizzo: www.fmh.ch > Politica e media > Questioni politiche > Contenimento dei costi / Budget globale.

Fra le altre misure di contenimento dei costi hanno trovato consenso il disciplinamento a favore di tariffe di riferimento eque e l'obbligo di trasmissione elettronica delle fatture. È stata accolta con favore da una maggioranza dei partecipanti la regolamentazione sull'adozione di modelli di prezzo e di eventuali rimborsi, sebbene molti abbiano criticato per questioni di trasparenza la relativa deroga all'accesso ai documenti ufficiali. Non da ultimo, i riscontri sulla creazione di basi legali per un esame differenziato dei criteri EAE e per il calcolo di una remunerazione il più conveniente possibile delle analisi, dei medicinali nonché dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici sembrano indicare un notevole potenziale di miglioramento della normativa proposta.

Le critiche espresse a un'ampia fetta delle misure hanno reso necessario un riesame approfondito del progetto. Sulla base dei riscontri e delle questioni ancora aperte riguardo all'attuazione, il 28 aprile 2021 il Consiglio federale ha deciso di stralciare la proposta di definizione di obiettivi dalla modifica della LAMal «Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2» e di proporla separatamente come controprogetto indiretto all'Iniziativa per un freno ai costi. Con il presente messaggio intendiamo presentare alle Camere federali soltanto le nuove disposizioni sulla definizione di obiettivi. Il messaggio sul secondo pacchetto di contenimento dei costi sarà adottato in un momento successivo.

6.1.3 Definizione di obiettivi di costo come controprogetto indiretto

Oggi non vi è abbastanza trasparenza su quale parte dell'aumento dei costi è giustificata da un punto di vista medico e quale no. Da un lato ogni aumento dei costi esacerba la sostenibilità, già oggi problematica, dell'onere dei premi e pertanto spesso viene respinto istintivamente. Dall'altro lato non si mettono abbastanza in discussione l'efficienza e l'economicità degli aumenti, che vengono accolti con un generico rimando a un presunto fabbisogno accresciuto della popolazione. Il fatto di non conoscere i diversi componenti dell'aumento dei costi, socialmente accettati e non, può portare a sterili dibattiti e accuse reciproche, anziché concentrarsi sui benefici del sistema sanitario per la società e sul margine di manovra per aumentarne l'efficienza. Un valore orientativo stimato il più esattamente possibile sulla base dell'evoluzione dei costi economica e giustificata dal fabbisogno medico (obiettivi di costo) da parte di un organismo in cui siano rappresentate tutte le parti consente di aumentare la trasparenza, riconoscere eventuali aumenti eccessivi dei costi e valutare contromisure. Al tempo stesso si può avere una maggior comprensione per gli aumenti giustificati. Pertanto si deve perseguire la strada della definizione di obiettivi come controprogetto indiretto.

Per tenere conto dei riscontri ricevuti nella consultazione si stabilisce con maggiore chiarezza rispetto all'avamprogetto che gli obiettivi di costo saranno orientati al fabbisogno medico e ai mezzi necessari per dispensare le prestazioni assicurate. Le eventuali misure conseguenti a un superamento degli obiettivi di costo hanno lo scopo di ripristinare il rispetto di criteri già esistenti e non più soddisfatti ai sensi della LAMal (p. es. l'economicità). Inoltre è stata adattata in particolare la configurazione delle

misure per la correzione di evoluzioni indesiderate. In caso di superamento dell'obiettivo non sono più previste riduzioni tariffali generali. Un obiettivo superato è al contrario un segnale di possibili evoluzioni indesiderate, che devono essere affrontate ricercandone la causa e in maniera mirata. Le autorità competenti hanno già a disposizione un vasto strumentario in diversi settori (definizione di prestazioni assicurate, autorizzazione di fornitori di prestazioni, tariffazione ecc.). La maggiore trasparenza ottenuta mediante la definizione di obiettivi aumenta le possibilità di utilizzare tale strumentario. Eventuali lacune degli strumenti esistenti devono essere colmate puntualmente. Le autorità competenti, in particolare i Cantoni, non sono vincolate a limiti temporali specifici per quanto riguarda le misure correttive. In questo modo godono di ancora più flessibilità in termini di attuazione e vengono sgravate efficacemente a livello amministrativo.

Occorre rafforzare le possibilità per Cantoni e Confederazione di intervenire mediante correttivi in caso di aumento ingiustificato dei costi. Gli strumenti finora a disposizione dei Cantoni e della Confederazione, come la possibilità di impedire un aumento delle tariffe e dei prezzi in caso di forte crescita dei costi (art. 55 LAMal), sono insufficienti, dal momento che a far lievitare i costi non sono tanto gli aumenti delle tariffe e dei prezzi, ma l'aumento del volume delle prestazioni a fronte di tariffe e prezzi invariati, ma divenuti nel frattempo economicamente svantaggiosi o aventi una struttura inadeguata. Benché i partner tariffali abbiano un ampio margine di manovra per elaborare misure e accordi, gli incentivi ad avvalersi di tali strumenti non sono sufficienti. Per rendere più vincolanti gli obiettivi relativi ai costi, ai Cantoni e alla Confederazione dovrebbe quindi essere offerta la possibilità di abbassare le tariffe e i prezzi quando non sono più soddisfatti i requisiti di legge per tali tariffe e prezzi, segnatamente l'economicità, per esempio perché gli sforzi per il loro adeguamento da parte dei partner tariffali sono stati insufficienti.

A differenza di altre misure con un potenziale effetto di contenimento dei costi, stabilendo degli obiettivi si verifica direttamente l'evoluzione dei costi e s'interviene con misure specifiche. Un aumento della partecipazione ai costi consentirebbe una parziale riduzione dei premi. Da un lato, perché gli oneri verrebbero trasferiti dai pagatori dei premi ai pazienti. Dall'altro, perché l'aumento quantitativo indotto dalla domanda (*moral hazard* degli assicurati) verrebbe in parte ridotto poiché i pazienti si ritroverebbero ad aumentare la propria partecipazione ai costi. Tuttavia, questo aumento non modificherebbe sostanzialmente la domanda determinata dall'offerta, dato che una quota consistente delle spese è generata dagli assicurati che cagionano costi molto elevati (e che di conseguenza superano in ogni caso la franchigia). Dal canto loro, gli assicuratori hanno già oggi la possibilità di offrire modelli assicurativi limitati a fornitori di prestazioni di loro scelta, prevedendo contratti ad hoc per la loro remunerazione. Tali modelli possono contribuire al contenimento dei costi e già oggi gli assicuratori sottostanno a poche restrizioni in questo ambito. A essere determinante è quindi il fatto che la definizione di obiettivi rafforzerebbe la pressione esercitata direttamente sui partner tariffali, spingendoli a convenire misure di contenimento dei costi.

6.2 **Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo**

Il gruppo di esperti ha analizzato le esperienze internazionali in materia di gestione dell'evoluzione quantitativa.

Ci si è concentrati in particolare su Germania e Paesi Bassi, paragonabili alla Svizzera in termini di sistema sanitario e relativa spesa elevata. In tutti e tre i Paesi esiste un'assicurazione sociale malattie con concorrenza regolamentata degli assicuratori. In Germania come in Svizzera vige la libera scelta del medico, nei Paesi Bassi i medici di famiglia fungono da riferimento di primo accesso al sistema sanitario. In quest'ultimo Paese la franchigia a carico dell'assicurato è piuttosto elevata, come in Svizzera, mentre in Germania la partecipazione delle economie domestiche è in proporzione contenuta. In entrambi gli Stati esteri analizzati il sistema sanitario ha un'organizzazione nettamente più centralizzata che in Svizzera.

Come obiettivo per l'evoluzione della remunerazione delle prestazioni nel settore dell'assicurazione malattie obbligatoria (gesetzliche Krankenversicherung, GKV), in Germania è stato introdotto il principio della stabilità dell'aliquota contributiva, al fine di mantenere costanti tali aliquote nel quadro di una politica di spesa orientata alle entrate. Le spese delle casse malati non possono aumentare più delle entrate dell'assicurazione malattie obbligatoria derivanti da contributi, né complessivamente né in un singolo settore di prestazioni. In occasione delle negoziazioni tariffali annuali, i partner tariffali devono impostare le retribuzioni in modo da escludere incrementi contributivi (settori ambulatoriale, stazionario e dei medicamenti). Il principio ammette aumenti dell'aliquota contributiva se l'assistenza medica necessaria non può essere garantita nemmeno sfruttando le riserve di economicità e tiene dunque conto degli sviluppi medici e delle variazioni nella struttura di morbilità degli assicurati. Le autorità di vigilanza federali e dei Länder verificano i piani di bilancio annuali delle casse nel loro rispettivo campo di competenza. In caso di superamento dell'entità delle prestazioni concordata subentrano come misure correttive riduzioni tariffali per medici e ospedali. L'attuazione legislativa di una fissazione degli obiettivi vincolante unitamente all'assunzione della responsabilità finanziaria da parte dei partner tariffali si è rivelata efficace, come dimostra nel complesso l'evoluzione delle spese dell'assicurazione malattie obbligatoria. Quest'ultima, infatti, è stata più o meno proporzionale alla crescita del PIL, rimanendo quindi all'interno delle prescrizioni di legge.

Nei Paesi Bassi le spese sanitarie, comprese quelle delle assicurazioni malattie finanziate dai contributi, rientrano nella procedura di bilancio regolamentata e sono soggette a una specie di definizione di obiettivi di budget («Budgetary Framework for Healthcare»). Il budget del settore sanitario è suddiviso in diversi settori di cura, per esempio cure di lunga durata, trattamenti ospedalieri e cure prestate dai medici di famiglia. È possibile definire priorità politiche tra i diversi sottosettori oppure scegliendo quali prestazioni finanziare. In caso di superamento di questi obiettivi di spesa il ministero della sanità ha la facoltà di limitare i volumi o ridurre le tariffe ex-post. Dal 2012 il sistema è integrato da convenzioni specifiche tra Governo, rappresentanti

delle assicurazioni, l'organizzazione dei pazienti e i singoli settori di prestazioni (medicina di base ambulatoriale, specialisti, settore ospedaliero e settore psichiatrico)⁴⁰. Ciascuna di queste convenzioni settoriali contempla la possibilità di sanzioni previste dalla legge sotto forma di riduzioni ex-post del budget. Ciascun gruppo di fornitori di prestazioni è quindi responsabile collettivamente del rispetto degli accordi di budget e delle possibili sanzioni comminate dal ministero della sanità⁴¹. L'approccio corporativistico vigente dal 2012, ossia contenere l'evoluzione dei costi mediante convenzioni vincolanti e ampiamente condivise, si è rivelato efficace: da allora non è ancora stato necessario alcun intervento statale.

Il confronto con altri Paesi europei rivela che anche a livello internazionale vi è una consapevolezza del fatto che il settore sanitario non dispone di fondi illimitati, i quali devono pertanto essere impiegati con la massima efficienza per poter continuare a tenere conto del fabbisogno medico. Le esperienze fatte in vari Paesi mostrano che anche i sistemi orientati alla concorrenza prevedono regole di spesa ai fini della responsabilizzazione e del contenimento dei costi. Tali regole possono incentivare i partner tariffali ad accordarsi su una remunerazione delle prestazioni che eviti un aumento dei volumi non giustificabile dal punto di vista medico.

6.3 Punti essenziali del progetto

6.3.1 La normativa proposta

Il modello proposto, che prevede la definizione di obiettivi, si basa su un approccio ampiamente decentrato, che riprende e mantiene le attuali competenze di Confederazione e Cantoni. La forte posizione dei Cantoni rispecchia la loro competenza primaria per il settore sanitario e consente di adottare soluzioni adeguate alle circostanze, tenendo conto al contempo degli interessi dei pazienti, degli assicurati e della società intera.

Al fine di consentire un'introduzione la più snella possibile, l'attuale ripartizione delle competenze va modificata il meno possibile. La definizione di obiettivi non intacca il carattere dell'assicurazione obbligatoria, che garantisce l'assunzione dei costi delle prestazioni obbligatorie a prescindere dai mezzi disponibili, né il sistema della concorrenza regolamentata. Occorre evitare razionamenti di prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. A tal fine sono previste misure di accompagnamento, come un monitoraggio continuo della qualità (cfr. art. 54 cpv. 6 D-LAMal).

⁴⁰ Gli obiettivi annui reali definiti per il sistema sanitario sono stati un aumento del 1,3 % (1994–1998), 2,3 % (1999–2002), 2,5 % (2003–2007) e successivamente 2,7 %. Per il periodo 2012–2014, nel settore degli specialisti, nel settore psichiatrico e nel settore stazionario è stato fissato quale obiettivo un tasso di crescita reale del volume delle prestazioni del 2,5 per cento e nel settore della medicina di base ambulatoriale del 3 per cento. Il tasso del 3 % nel settore ambulatoriale riflette l'auspicato spostamento della fornitura di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Per il periodo 2015–2017 sono stati definiti obiettivi ancora più severi.

⁴¹ Working Paper n. 22 dell'AFF, consultabile all'indirizzo: www.efv.admin.ch > Temi > Pubblicazioni > Lavori di base dello stato maggiore Analisi economica e consulenza (AEC).

Fissazione degli obiettivi di costo e misure correttive

Il modello proposto per stabilire i vari obiettivi e le misure correttive può essere riassunto in quattro fasi.

- *In primo luogo*, il Consiglio federale stabilisce, su raccomandazione di una commissione consultiva e dopo aver sentito i Cantoni, fornitori di prestazioni e assicuratori, un obiettivo di crescita complessiva massima dei costi (obiettivo di costo globale nazionale), basato sull'evoluzione dei volumi e dei prezzi giustificabile dal punto di vista medico ed economico. A tal fine occorre tener conto, fra gli importanti fattori di costo che consentono di fornire prestazioni efficienti, di grandezze macroeconomiche quali l'evoluzione economica, in particolare l'andamento salariale e dei prezzi, il progresso tecnico e il potenziale di efficienza e, fra gli importanti fattori d'influenza della quantità di prestazioni necessarie e ritenute economiche, degli stessi fattori sopra citati e in aggiunta dell'evoluzione demografica e della morbilità.

Applicando gli stessi criteri, il Consiglio federale stabilisce inoltre per ciascun singolo Cantone un obiettivo di costo specifico che tiene conto in particolare della sua evoluzione demografica. Questo obiettivo specifico per Cantone si riferisce solo alle categorie di costi di competenza cantonale, escludendo così segnatamente i medicinali. Il Consiglio federale fissa anche un margine di tolleranza (uniforme per tutti i Cantoni) vincolante al di sopra dei suoi obiettivi di costo specifici. Formula inoltre valori indicativi rivolti ai Cantoni per la ripartizione tra le singole categorie di costi dell'aumento dei costi ammesso per rispettare l'obiettivo di costo. Questi valori indicativi per la ripartizione si basano sulla situazione a livello nazionale e non tengono conto di specificità cantonali. Per le categorie di costi di competenza federale (nello specifico medicinali, analisi, mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici e settori di prestazioni nei quali i partner tariffali hanno concordato nelle convenzioni un ammontare della tariffa uniforme per tutta la Svizzera) il Consiglio federale fissa obiettivi di costo nazionali.

- *In secondo luogo*, ogni Cantone stabilisce un obiettivo di costo globale cantonale per tutte le categorie di costi di competenza cantonale entro il margine di tolleranza vincolante stabilito dalla raccomandazione della Confederazione, dopo aver consultato adeguatamente gli attori interessati (fornitori di prestazioni e assicuratori). Spetta ai Cantoni stabilire le modalità concrete di tale consultazione. Se un Cantone non stabilisce un obiettivo corrispondente a questi requisiti entro il termine previsto, si applicano i valori indicativi della Confederazione senza alcun margine di tolleranza.
- *In terzo luogo*, ogni Cantone ripartisce, con la partecipazione degli attori interessati, l'obiettivo di costo globale cantonale tra le categorie di costi stabilite dal Consiglio federale. I Cantoni sono sostanzialmente liberi di decidere la ripartizione per le categorie di loro competenza, a patto di rispettare l'obiettivo di costo globale cantonale per tutte le categorie di competenza cantonale (incluso il margine di tolleranza). In questo modo possono adattare i valori indicativi per la ripartizione degli obiettivi tra le singole categorie di costi stabiliti dal Consiglio federale alle specificità del proprio Cantone, per esempio a un

trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale in gran parte già avvenuto o al contrario ancora in divenire.

- *In quarto luogo*, il progetto impone sia al Consiglio federale sia al governo cantonale di verificare, in caso di superamento dell'obiettivo in una categoria di costi, la necessità di misure per la correzione di eventuali evoluzioni indesiderate che abbiano determinato tale superamento. Un superamento degli obiettivi di costo non è necessariamente riconducibile a un aumento quantitativo non giustificabile dal punto di vista medico o a tariffe elevate economicamente svantaggiose, ma impone di verificare la presenza di evoluzioni indesiderate ed eventualmente di correggerle. Consiglio federale e governi cantonali devono in particolare verificare se le tariffe concordate dai partner tariffali e approvate dal Consiglio federale (nel caso di strutture o valori del punto tariffale validi a livello nazionale) o dai governi cantonali (nel caso di tariffe cantonali), oppure fissate dalle autorità in caso di mancato accordo fra i partner tariffali, continuano a soddisfare i requisiti legali di cui all'articolo 46 capoverso 4 LAMal, in particolare l'economicità. Oltre a ciò, il Consiglio federale e i governi cantonali devono anche verificare se sono necessarie ulteriori misure già previste dalla LAMal, per esempio nel settore della pianificazione ospedaliera o dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale o ancora relativamente alla definizione delle prestazioni assicurate e non e di quelle ritenute economicamente accettabili o non accettabili. Se necessario e opportuno, in caso di superamenti persistenti dell'obiettivo si potrebbero ipotizzare anche adeguamenti del contesto legislativo.
- *Per l'esecuzione della quarta fase*, il presente disegno intende colmare le lacune esistenti negli strumenti federali e cantonali che possono rendere difficoltosa l'attuazione delle esigenze attuali della LAMal. Già ora la LAMal prevede tariffe stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate (art. 43 cpv. 4 LAMal) con cui conseguire cure appropriate e di alto livello qualitativo a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal). Le autorità che approvano verificano l'equità e l'economicità della tariffa (art. 46 cpv. 4 LAMal). In caso di strutture tariffali per singola prestazione il Consiglio federale può apportare adeguamenti in via sussidiaria se la struttura si rivela inadeguata e se le parti alla convenzione non si accordano su una sua revisione (art. 43 cpv. 5^{bis} LAMal). Gli adeguamenti decisi nel quadro del pacchetto 1a delle misure di contenimento dei costi (art. 43 cpv. 5 LAMal⁴²) estendono la competenza sussidiaria del Consiglio federale in generale alle tariffe per singola prestazione e alle tariffe forfetarie per paziente per le cure ambulatoriali. L'adeguamento di strutture tariffali ambulatoriali non necessita perciò di ulteriori adeguamenti di legge per le misure correttive, poiché esistono già le possibilità di superare uno stallo quando i partner tariffali non riescono ad accordarsi su una revisione. I superamenti degli obiettivi definiti costituiscono un segnale, primariamente per i partner tariffali e in via sussidiaria per le autorità competenti, di verificare maggiormente la necessità di adeguamenti nel quadro delle competenze attuali e previste.

Per le convenzioni tariffali che non riguardano le strutture tariffali bensì l'ammontare delle tariffe (p. es. valori del punto tariffale e prezzi di base), e per le strutture tariffali per le cure ospedaliere (art. 49 LAMal), la situazione iniziale è invece differente. Oltre ai requisiti dell'articolo 43 LAMal già menzionati, anche l'articolo 59c capoverso 2 dell'ordinanza del 27 giugno 1995⁴³ sull'assicurazione malattie (OAMal) obbliga già i partner tariffali a verificare regolarmente le tariffe e ad adeguarle affinché le condizioni legali restino adempite. Se però i partner tariffali non assolvono questo compito e nessuno di essi disdice la tariffa, l'autorità che ha approvato la tariffa in un momento in cui sussistevano ancora le condizioni per l'approvazione non ha ora alcuna possibilità di imporre un adeguamento tariffale, se esso riguarda l'ammontare della tariffa (p. es. il valore del punto tariffale).

Anche per le misure di gestione dei costi dei partner tariffali proposte nel primo pacchetto 1b di misure di contenimento dei costi, il Consiglio federale può stabilire a titolo sussidiario soltanto le misure di gestione dei costi. Se le misure prevedono adeguamenti delle tariffe cantonali, i Cantoni sono competenti per l'approvazione delle tariffe adeguate. Se però i partner tariffali non adeguano le tariffe in base alle misure di gestione (fissate eventualmente in via sussidiaria dal Consiglio federale), i Cantoni non possono incaricare i partner tariffali di adeguare le tariffe che non adempiono più le condizioni legali. Questa lacuna sarà colmata con il presente disegno di legge.

D'ora in poi il Consiglio federale o il governo cantonale, se giungono alla conclusione che le condizioni dell'articolo 46 capoverso 4 LAMal per una tariffa in un determinato caso non sono più soddisfatte, devono poter ordinare ai partner tariffali di adeguare la tariffa, in modo che adempia nuovamente tali condizioni. Se entro un anno i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non stipulano una convenzione tariffale adeguata, l'autorità che approva, sentite le parti interessate, deve stabilire la tariffa. A differenza della proposta⁴⁴ respinta dal Consiglio nazionale nel 2010 (cfr. n. 6.1.1.), non è sempre il Consiglio federale che dovrà decidere sugli adeguamenti tariffali, ma l'autorità responsabile dell'approvazione delle tariffe nella fattispecie. Queste autorità inoltre non devono orientarsi al criterio di un'evoluzione dei costi superiore alla media, ma al fatto che i requisiti legali esistenti posti a una tariffa vengano nuovamente adempiti.

Inoltre il Consiglio federale avrà ora la possibilità di apportare adeguamenti anche alle strutture tariffali per le cure stazionarie in ospedale, così come previsto finora per le strutture tariffali per le tariffe per singola prestazione e ora, con il pacchetto 1a di misure di contenimento dei costi, per le strutture tariffali forfetarie per paziente per le cure ambulatoriali, se la struttura tariffale non si rivela più adeguata e se le parti non riescono ad accordarsi su una revisione.

⁴³ RS 832.102

⁴⁴ Cfr. messaggio del Consiglio federale del 29 maggio 2009 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi), FF 2009 5025, numero dell'oggetto 09.053.

Così come per il settore ambulatoriale, si tratta quindi di una competenza sussidiaria che si applica soltanto se i partner tariffali e i Cantoni non riescono più ad accordarsi autonomamente sull'aggiornamento delle tariffe.

Poiché le autorità competenti, indipendentemente dal fatto che gli obiettivi di costo vengano rispettati o superati, sono tenute a verificare se le tariffe e le strutture tariffali adempiono i requisiti della LAMal, anche gli strumenti di gestione ora previsti possono essere impiegati a prescindere dal fatto che gli obiettivi di costo vengano rispettati o superati, a condizione che le relative condizioni siano soddisfatte.

I governi cantonali ordinano gli adeguamenti nei settori di loro responsabilità, quindi in particolare per le convenzioni tariffali vigenti all'interno del Cantone in questione, per esempio per i valori del punto tariffale cantonali. Per gli adeguamenti nei settori di competenza della Confederazione (prestazioni di cui all'art. 52 LAMal nonché convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera, strutture tariffali a livello nazionale o tariffe di ammontare uniforme in tutta la Svizzera) è competente il Consiglio federale. Nelle loro decisioni, le autorità competenti devono tenere conto dell'evoluzione dei costi sull'arco di più anni, al fine di non sopravvalutare le oscillazioni casuali e prendere in considerazione gli effetti di misure già adottate.

Misure adottate dai partner tariffali sotto la propria responsabilità

Si auspica che, al momento della comunicazione degli obiettivi di costo, i partner tariffali convengano già misure per raggiungere tali obiettivi, in modo che non sia necessario adottare misure correttive. A tal fine, i partner tariffali dispongono di varie possibilità. Con il primo pacchetto di misure di contenimento dei costi era prevista segnatamente una disposizione che obbligava i partner tariffali a concordare misure di gestione dei costi. Tale modifica accoglie anche la richiesta della mozione 19.3419 «Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Considerare l'aumento del volume delle prestazioni nelle negoziazioni tariffarie» della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati. Gli obiettivi di costo e la possibilità di adottare misure correttive incentivano maggiormente gli attori responsabili a stipulare tali accordi. Gli obiettivi di costo possono offrire quindi ai partner tariffali un quadro di riferimento per l'ammontare dell'evoluzione dei costi e per i valori soglia per le misure di gestione. Con il presente disegno di legge, la competenza sussidiaria del Consiglio federale proposta nel pacchetto 1b per stabilire le misure di gestione dei costi viene completata con una competenza sussidiaria dell'autorità che approva (di norma il governo cantonale) per adeguare l'ammontare delle tariffe (valori del punto tariffale, prezzi di base).

Accertamento del raggiungimento degli obiettivi

È infine introdotto un obbligo per i Cantoni di comunicare all'UFSP gli obiettivi di costo stabiliti e le eventuali misure correttive adottate. L'UFSP accerta se gli obiettivi nei vari Cantoni sono raggiunti o meno e pubblica i risultati affinché per tutti gli attori vi sia trasparenza sul grado del loro raggiungimento. In questo modo si accresce la trasparenza e il carattere vincolante e si riesce a far conoscere rapidamente anche ad altri Cantoni le misure rivelatesi efficaci in singoli Cantoni.

Sistema della definizione di obiettivi in caso di crisi

In caso di eventi straordinari, come per esempio un'epidemia o un altro tipo di crisi sanitaria, la domanda di prestazioni mediche può variare o aumentare considerevolmente in un breve lasso di tempo. È necessario reagire rapidamente e in modo mirato, affinché i fornitori di prestazioni possano confidare di non dovere far fronte alla minaccia di correzioni ingiustificate. Altrimenti sussisterebbe il pericolo di razionamenti. L'articolo 54d capoverso 2 D-LAMal obbliga le autorità competenti a tenere conto di eventi straordinari nella verifica delle misure. La definizione di obiettivi non pregiudica quindi la sicurezza dell'approvvigionamento medico anche in caso di crisi.

6.3.2 Compatibilità tra compiti e finanze

Nell'ambito del contenimento dei costi nell'AOMS sono in gioco somme ingenti. Anche un piccolo effetto di risparmio in termini relativi per una determinata misura ha quindi un effetto sostanziale in cifre assolute e giustificerebbe un certo onere di esecuzione, se necessario. Con l'impostazione della definizione di obiettivi proposta, l'onere dovrebbe restare però limitato.

La fissazione degli obiettivi, l'accertamento del loro raggiungimento e la verifica di un'eventuale necessità di adeguamento richiederanno un investimento di risorse da parte della Confederazione e dei Cantoni. Verificare segnatamente se le strutture tariffali e le tariffe sono economiche e appropriate e se l'autorizzazione di fornitori di prestazioni soddisfa i requisiti è tuttavia un dovere delle autorità competenti a prescindere dalla definizione di obiettivi. La definizione di obiettivi può facilitare questo compito, in quanto informa se l'evoluzione dei costi avviene in un settore che appare giustificato dal fabbisogno medico. Inoltre lo scopo è che i partner tariffali si accordino su misure di contenimento dei costi di propria iniziativa, onde evitare ingerenze da parte delle autorità competenti, riducendo così l'onere per la Confederazione e i Cantoni. Occorrerà costituire una commissione extraparlamentare che elabori raccomandazioni destinate al Consiglio federale e, se del caso, organismi di sostegno per i singoli Cantoni. Per gli attori del settore sanitario designati quali membri della commissione consultiva e di eventuali organismi cantonali ciò comporterà un certo onere supplementare, da un lato per la collaborazione in seno agli organismi, e dall'altro per l'attuazione degli adeguamenti tariffali necessari, che potranno tuttavia essere evitati se le tariffe e le strutture tariffali saranno curate dai partner tariffali di propria iniziativa e soddisferanno sempre i requisiti, in particolar modo se saranno economiche.

Per esaminare in dettaglio le ripercussioni della proposta di introdurre una definizione di obiettivi ed effettuare una valutazione costi-benefici approfondita, è stata condotta, in collaborazione con la Segreteria di Stato dell'economia (SECO), un'analisi d'impatto della regolamentazione (AIR), che è giunta ai seguenti risultati:

- è necessario intervenire per fronteggiare l'aumento dei costi dovuto in particolare a fallimenti del mercato e del disciplinamento che hanno causato inefficienze nel sistema. Si suppone che la definizione di obiettivi incrementi l'efficienza nel sistema sanitario e abbia quindi un effetto di contenimento dei costi. L'obiettivo d'intervento principale di questa misura può così essere raggiunto. Tuttavia occorre vigilare affinché la definizione di obiettivi non abbia

un impatto negativo sulla sicurezza dell'approvvigionamento medico, sull'onere di esecuzione e sulla concorrenza regolamentata;

- gli attori sono interessati in maniera diversa dalle definizioni di obiettivi, che hanno effetti distributivi considerevoli. Gli autori dell'AIR partono dal presupposto che l'accesso alle prestazioni sanitarie resti garantito. Le linee guida per le cure mediche, in particolare, limitano il margine di manovra dei fornitori di prestazioni per quanto riguarda la riduzione alle prestazioni necessarie, per cui gli obiettivi elimineranno innanzitutto le inefficienze. In base al potenziale di efficienza esistente e, visto che la definizione di obiettivi limita soltanto la crescita dei costi (con un effetto marginale sui costi stessi), non ci si attende un calo della qualità delle cure. Se in caso di superamento dei costi vengono adottate misure rigorose ingiustificate, è possibile che l'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto per determinati gruppi di pazienti vulnerabili, peggiori. Le misure di accompagnamento, come una maggiore promozione delle reti di cure coordinate e la verifica dell'impatto delle definizioni di obiettivi sull'incremento della qualità, potrebbero contrastare questo effetto;
- alternative e possibilità di ottimizzazione: il progetto di disciplinamento posto in consultazione dovrebbe essere ulteriormente concretizzato. Potrebbe essere preso in considerazione un sistema bonus-malus affinché i fornitori di prestazioni finora efficienti non vengano penalizzati dall'introduzione di una definizione di obiettivi. Nel migliore dei casi, le definizioni di obiettivi comportano che si farà un maggiore ricorso agli strumenti di contenimento dei costi nuovi esistenti;
- la definizione di obiettivi genererà un onere di esecuzione soprattutto per i partner tariffali (acquisizione ed elaborazione di dati) e per lo Stato (definizione di obiettivi di costo e misure correttive). Inoltre ci si attende un incremento delle controversie giuridiche. Nel complesso, l'onere supplementare previsto è piuttosto contenuto, e si può pertanto supporre un'elevata efficacia di questa misura: il beneficio economico complessivo e il potenziale di contenimento dei costi dovrebbero nettamente superare l'onere di esecuzione previsto.

L'attendibilità dei risultati è limitata, in quanto al momento della valutazione non era ancora del tutto chiaro come sarebbero stati impostati precisamente determinati punti della definizione di obiettivi. Ne derivano pertanto alcune incertezze in merito agli effetti definitivi di una misura del genere.

6.3.3 Attuazione

Spetta al Consiglio federale stabilire gli obiettivi di costo globali per i singoli Cantoni e l'intera Svizzera nonché delimitare le categorie di costi e formulare i valori indicativi relativi agli obiettivi di costo per ciascuna di queste categorie. Anche la verifica delle misure nelle categorie di costi che sottostanno alla responsabilità della Confederazione sono di sua competenza (cfr. art. 54 cpv. 1 lett. b D-LAMal). Per svolgere i suoi

compiti, il Consiglio federale istituisce una commissione consultiva. Potrà inoltre specificare a livello di ordinanza l'attuazione concreta dei suoi compiti, in particolare la fissazione degli obiettivi.

Si tratterà ad esempio di specificare come il Consiglio federale intenda stabilire obiettivi di costo differenziati per i Cantoni, in particolare considerando la relativa evoluzione demografica. Dovrà inoltre stabilire a livello di ordinanza il numero di membri della Commissione federale per gli obiettivi di costo. Questo numero non dovrà essere troppo elevato: gli organismi snelli lavorano infatti in modo più efficiente di quelli molto numerosi. Dovrà essere garantita un'adeguata rappresentanza dei principali attori. Gli interessi dei gruppi di pazienti e degli assicurati dovrebbero essere tutelati da rappresentanti indipendenti. È ipotizzabile, per esempio, una composizione di 11–13 membri.

Si dovrà inoltre precisare se gli obiettivi di costo debbano riferirsi ai fornitori di prestazioni di un determinato Cantone e includere tutti gli assicurati curati da tali fornitori, indipendentemente dal Cantone in cui sono domiciliati (principio del Cantone di ubicazione dei fornitori di prestazioni), o se debbano riferirsi agli assicurati domiciliati in un Cantone, indipendentemente dal Cantone in cui si fanno curare dai fornitori di prestazioni (principio del Cantone di domicilio degli assicurati).

Il principio del Cantone di domicilio degli assicurati è fondamentale per stabilire gli obiettivi di costo, in quanto essi vengono definiti dal punto di vista dell'assistenza. Il Cantone di domicilio ha la responsabilità di assicurare l'assistenza ai propri abitanti attraverso le prestazioni sanitarie. Le previsioni disponibili sull'evoluzione demografica si riferiscono al Cantone di domicilio. Anche i premi e il cofinanziamento derivante dalle imposte dipendono dal Cantone di domicilio, e i costi per ogni persona assicurata sono noti anch'essi per ogni Cantone di domicilio. La fissazione e la verifica degli obiettivi di costo si attuano più facilmente nella prassi con il principio del Cantone di domicilio e si riflettono nell'evoluzione dei premi.

Gli adeguamenti sussidiari eventualmente necessari delle strutture tariffali o dell'ammontare delle tariffe oppure un'istruzione corrispondente ai partner tariffali seguono le competenze vigenti. Le convenzioni tariffali valide soltanto in un determinato Cantone si riferiscono di norma a fornitori di prestazioni ubicati nel relativo Cantone. Di conseguenza il Cantone di ubicazione di questi fornitori di prestazioni è anche competente per l'approvazione di tale convenzione e può anche sollecitare i partner tariffali a effettuare correzioni se dovesse risultare che la tariffa non è più economica. Gli adeguamenti tariffali da parte del Cantone di domicilio potrebbero comportare in casi estremi che un fornitore di prestazioni debba fatturare in base a 26 tariffe differenti. Gli adeguamenti tariffali da parte di Cantoni diversi da quello di ubicazione potrebbero inoltre non essere conformi ai processi esistenti per l'accordo tariffale.

Gli obiettivi di costo da stabilire comprendono pertanto anche le prestazioni di fornitori di prestazioni con sede in un Cantone diverso da quello di domicilio dell'assicurato. Pertanto eventuali correzioni riguarderebbero solo i fornitori di prestazioni con sede nel Cantone di domicilio dell'assicurato, come di norma, ma anche le prestazioni offerte agli assicurati domiciliati in un altro Cantone. Gli obiettivi di costo ed eventuali misure correttive non coincidono quindi in caso di prestazioni e fornitori extra-

cantionali. Questo può essere giustificato dalle semplificazioni amministrative e corrisponde anche alla prassi vigente che indica che l'ammontare dei valori del punto tariffale di cui è responsabile un Cantone ha ripercussioni anche sui costi in altri Cantoni, nella misura in cui i loro abitanti ricorrono ai servizi di fornitori di prestazioni di tale Cantone. È importante che nella verifica delle misure i Cantoni tengano conto di questa circostanza. Se, per esempio, avviene un superamento dell'obiettivo dovuto principalmente a tariffe troppo elevate in un Cantone vicino, probabilmente non è opportuno un adeguamento tariffale nel proprio Cantone, ma è indicato invece un accordo tra i Cantoni.

Spetta ai Cantoni fissare gli obiettivi di costo cantonali (entro il margine di tolleranza stabilito dal diritto federale) ed esaminare eventuali misure correttive. A livello di ordinanza bisognerà stabilire il termine entro il quale i Cantoni devono comunicare all'UFSP gli obiettivi di costo nonché gli adeguamenti eventualmente richiesti o stabiliti.

L'obiettivo della presente revisione è di contenere l'aumento dei costi delle prestazioni a carico dell'AOMS e limitare in questo modo l'aumento dei premi pagati dagli assicurati. Le ripercussioni di una definizione di obiettivi sui premi non possono tuttavia essere quantificate esattamente poiché dipendono dall'attuazione concreta da parte degli attori interessati, in particolare da parte dei Cantoni. In generale bisogna partire dal presupposto che il controprogetto indiretto consentirà risparmi sostanziali a favore dei finanziatori dell'AOMS. I risparmi si rifletteranno nei premi in quanto gli assicuratori devono applicare i premi in modo da coprire i costi. Non appena saranno evidenti nei dati delle prestazioni degli assicuratori, i risparmi sui costi effettivamente sostenuti influiranno in maniera duratura sulle stime dei costi fondate su di essi. Nell'approvazione dei premi degli assicuratori, l'UFSP si basa proprio su queste stime nonché su altri fattori come la garanzia della solvibilità del singolo assicuratore. Il processo della definizione di obiettivi e quello della fissazione dei premi devono essere strettamente connessi tra loro, affinché l'obiettivo perseguito possa essere conosciuto tempestivamente e rappresentato nelle stime dei costi.

Ogni singolo assicuratore stabilisce i propri premi per ogni Cantone e li sottopone per l'approvazione all'UFSP. Nella valutazione dei premi stabiliti, l'UFSP deve tenere conto quindi non solo dell'evoluzione cantonale dei costi ma anche di tutti i fattori d'influenza che incidono sul premio del relativo assicuratore. Tra questi fattori rientrano tra l'altro la situazione finanziaria (è necessario eventualmente procedere a una costituzione o a una riduzione delle riserve) e la presa in considerazione dei redditi di capitale. Inoltre occorre tenere conto dell'evoluzione del portafoglio degli assicurati, che comporta oltre a una crescita positiva o negativa anche variazioni nella struttura di rischio, che si riflettono nelle valutazioni degli importi necessari per la compensazione dei rischi. Come termine di paragone per la definizione di obiettivi è rilevante l'evoluzione cantonale dei costi senza gli ulteriori fattori d'influenza sopra menzionati, il cosiddetto rincaro esogeno. Gli obiettivi per l'anno successivo vengono definiti dalla Confederazione nel mese di dicembre dell'anno precedente, mentre dai Cantoni a giugno prima di elaborare le stime dei costi, con l'aiuto delle quali gli assicuratori e i Cantoni valutano l'evoluzione dei costi. Il rincaro esogeno dovrebbe quindi corri-

spondere agli obiettivi definiti. L'assicuratore deve spiegare all'UFSP eventuali scostamenti. Inoltre nell'esaminare l'evoluzione dei premi deve essere considerato l'effetto base (esempio: il 3 % di 300 fr. è superiore al 3 % di 280 fr.).

Per i loro compiti di attuazione, la Confederazione e i Cantoni godono di un ampio margine di manovra nel quadro delle disposizioni della LAMal. La legge concede loro abbastanza tempo per preparare l'esecuzione. Gli obiettivi di costo devono essere stabiliti di nuovo ogni anno, il che presuppone una ripetizione annuale di questo processo. A livello tecnico però gli obiettivi possono essere preparati dai Cantoni già in anticipo per più anni, in quanto si riferiscono a fattori a lungo termine, relativamente stabili come la crescita di prezzi e salari al netto della congiuntura, l'evoluzione demografica e il progresso tecnico. Il Consiglio federale sostiene la preparazione dei Cantoni a livello tecnico, stabilendo provvisoriamente, oltre all'obiettivo di costo per l'anno successivo, anche gli obiettivi provvisori per altri tre anni. Inoltre, per gli obiettivi di costo non rispettati non sussiste alcun termine temporale per verificare se sono necessari adeguamenti. Il mancato raggiungimento degli obiettivi di costo indica alle autorità competenti che l'evoluzione dei costi avviene al di sopra di un livello spiegabile dal punto di vista medico e induce a esaminare maggiormente l'economicità e l'appropriatezza di tariffe, strutture tariffali e prezzi nonché a verificare se l'autorizzazione di fornitori di prestazioni è gestita in maniera adeguata. Eventuali adeguamenti in questi settori non sono però vincolati in termini di tempo agli obiettivi di costo e sono possibili anche a prescindere dal mancato rispetto degli obiettivi.

6.4 Commento alle singole disposizioni

Art. 21 cpv. 2 e 4

Secondo la legge federale del 19 marzo 2021⁴⁵ sulla trasmissione di dati degli assicuratori nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori sono tenuti a trasmettere regolarmente all'UFSP i dati necessari per l'adempimento dei compiti attribuitigli dalla LAMal. In linea di principio i dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può tuttavia prevedere che per determinati scopi debbano inoltre essere trasmessi i dati di ogni assicurato, qualora i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei compiti menzionati e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo.

Con la nuova lettera *d* dell'articolo 21 capoverso 2, anche la definizione degli obiettivi di costo rientrerà tra questi possibili scopi. Nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per stabilire gli obiettivi di costo e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo, il Consiglio federale può prevedere che gli assicuratori debbano trasmettere all'UFSP i dati di ogni assicurato.

Inoltre il capoverso 4 prevede espressamente che l'UFSP mette a disposizione dei Cantoni i dati rilevati dagli assicuratori. Nella legge federale del 19 marzo 2021 sulla

⁴⁵ FF 2021 664, approvata dal Parlamento ma non ancora entrata in vigore.

trasmissione di dati degli assicuratori nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i Cantoni sono inclusi come destinatari unicamente nel termine più ampio di «pubblico».

L'adeguamento di legge proposto crea una base legale per garantire l'attuazione delle misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi di cui agli articoli 54–54e D-LAMal. A livello di ordinanza occorrerà precisare quali categorie di dati possono essere interessate dalla trasmissione di dati.

Art. 46a

Ai sensi del diritto vigente una tariffa deve essere stabilita secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturata (art. 43 cpv. 4 LAMal) nonché consentire cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal). L'adempimento di tali condizioni è verificato anche dall'autorità che approva (art. 46 cpv. 4 LAMal). A livello di ordinanza è fissato l'obbligo per i partner tariffali di verificare regolarmente le tariffe e di adeguarle se il rispetto delle esigenze stabilite non è più garantito (art. 59c cpv. 2 OAMal). Se i partner tariffali non osservano questo obbligo e non riescono ad accordarsi su una revisione, nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali il Consiglio federale può adeguare in via sussidiaria la struttura tariffale inadeguata (art. 43 cpv. 5^{bis} LAMal). Finora però l'autorità competente non aveva la possibilità di adeguare in via sussidiaria una struttura tariffale non più adeguata nel settore stazionario (cfr. art. 49 cpv. 2^{bis} D-LAMal) o tariffe non più adeguate ed economiche (l'ammontare della tariffa e non la struttura tariffale), né di incaricare i partner tariffali di rinegoziarle, se essi non riescono ad accordarsi autonomamente su una revisione. Il presente disegno intende colmare questa lacuna.

Se una tariffa non adempie più i requisiti dell'articolo 46 capoverso 4 LAMal, l'autorità competente per l'approvazione della convenzione tariffale può incaricare i partner tariffali di adeguare la tariffa in modo che soddisfi nuovamente tali requisiti. Se entro un anno i partner tariffali non stipulano una convenzione tariffale adeguata, l'autorità che approva, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa. In quest'ultimo caso, la procedura corrisponde quindi alla disposizione concernente il mancato accordo dei partner tariffali e l'assenza di una convenzione tariffale (art. 47 LAMal). In questo modo si supera anche l'incongruenza per cui, sebbene una nuova tariffa necessiti in ogni caso dell'approvazione dell'autorità competente, la stessa autorità non aveva finora la possibilità di richiedere un adeguamento se nel frattempo le circostanze erano cambiate e le condizioni per l'approvazione non erano più soddisfatte. La possibilità sancita ora di richiedere la correzione di tariffe che non sono più economiche sussiste indipendentemente dal rispetto o dal superamento degli obiettivi di costo di cui agli articoli 54–54e D-LAMal.

La responsabilità della verifica delle misure correttive spetta all'autorità competente per l'approvazione di una convenzione tariffale, per l'emanazione di una tariffa o di disposizioni sull'ammontare della remunerazione o per l'elaborazione di listini prezzi. Nel caso di convenzioni tariffali che disciplinano l'ammontare della remunerazione (ammontare della tariffa) di uno o più fornitori di prestazioni, tale responsabilità spetta per lo più ai Cantoni. I governi cantonali decidono autonomamente in che modo e in che misura intendono intervenire con misure correttive in caso di superamento degli

obiettivi di costo. Sono ad ogni modo tenuti a garantire l'accesso alle prestazioni assicurate. Inoltre le misure adottate devono essere idonee a ripristinare le condizioni di applicazione di una tariffa che non sono più soddisfatte, in particolare l'economicità. Analogamente alla procedura generale per l'elaborazione di convenzioni tariffali (art. 46 e 47 LAMal), in una prima fase i partner tariffali devono inoltre concordare tra di loro le misure necessarie per rispettare gli obiettivi di costo nelle convenzioni tariffali e sottoporle per approvazione al governo cantonale. Solo se i partner tariffali non adempiono questo obbligo, spetta al governo cantonale stabilire una tariffa.

Nel caso specifico di prestazioni per le quali i partner tariffali hanno stipulato convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera secondo l'articolo 46 capoverso 4 LAMal, che prevedono un ammontare della remunerazione uniforme per tutta la Svizzera (ammontare della tariffa; sono quindi escluse le convenzioni valide a livello nazionale relative alla struttura tariffale, come per esempio SwissDRG o TARPSY, che non prevedono un ammontare della tariffa uniforme per tutta la Svizzera), il Consiglio federale ha la competenza di verificare costantemente l'adeguatezza della tariffa. Se giunge alla conclusione che le condizioni per l'approvazione non sono più soddisfatte, può incaricare i partner tariffali di adeguare la tariffa in modo che i requisiti previsti dall'articolo 46 capoverso 4 LAMal siano nuovamente adempiuti. Se i partner tariffali non stipulano entro il termine impartito una nuova convenzione tariffale, l'autorità che approva (in questo caso il Consiglio federale) può revocare l'approvazione da essa rilasciata in precedenza. Contro questa revoca, così come contro la precedente approvazione della convenzione tariffale da parte del Consiglio federale, non è previsto nessun rimedio giuridico. In seguito intervengono le disposizioni applicabili in caso di assenza di convenzione tariffale (art. 47 LAMal), secondo cui la competenza per la fissazione di nuove tariffe adeguate torna ai Cantoni. In questo caso specifico quindi il Consiglio federale non stabilirà adeguamenti tariffali.

Art. 49 cpv. 2^{bis}

Il Consiglio federale potrà ora adeguare le strutture tariffali per le cure stazionarie in ospedale se esse si rivelano inadeguate e se le parti alla convenzione non riescono ad accordarsi su una revisione. Si tratta di una competenza sussidiaria analoga alla regolamentazione vigente per le strutture tariffali per singola prestazione e all'estensione della competenza sussidiaria del Consiglio federale alle strutture tariffali forfettarie per paziente per le cure ambulatoriali, decisa con la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1a)⁴⁶.

In questo modo il Consiglio federale dispone per tutte le strutture tariffali per le prestazioni secondo la LAMal delle stesse competenze sussidiarie, che possono essere applicate soltanto se i partner tariffali non riescono a garantire autonomamente l'aggiornamento e l'adeguamento delle strutture tariffali. Come per le competenze sussidiarie già esistenti o previste nell'ambito delle strutture tariffali per le prestazioni ambulatoriali, la possibilità di esercitare la competenza sussidiaria sussiste indipendentemente dal rispetto o dal superamento degli obiettivi di costo di cui agli articoli 54–54e D-LAMal.

⁴⁶ FF 2021 1496

Art. 53 cpv. 1

Premessa: coordinamento con l'oggetto 19.046 «LAMal. Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1»

Nel messaggio del Consiglio federale del 21 agosto 2019⁴⁷ concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1) è stata proposta una modifica dell'articolo 53 capoverso 1 LAMal. Le Camere federali hanno approvato il 18 giugno 2021 la modifica della LAMal con il pacchetto 1a⁴⁸, delle cui disposizioni il presente disegno tiene conto (con la menzione del nuovo art. 47b cpv. 2 LAMal come decisione di un governo cantonale impugnabile dinanzi al Tribunale amministrativo federale).

L'articolo 53 capoverso 1 LAMal elenca le decisioni dei governi cantonali riguardanti l'attuazione della LAMal contro le quali può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale. Con il disegno sulla definizione di obiettivi, anche le decisioni dell'autorità cantonale che approva concernenti gli adeguamenti delle tariffe come risultato delle verifiche in seguito al superamento degli obiettivi di costo (art. 46a D-LAMal) saranno impugnabili dinanzi al Tribunale amministrativo federale; esse vanno pertanto menzionate qui. Le misure del Consiglio federale secondo l'articolo 46a D-LAMal per le prestazioni di cui all'articolo 54 capoverso 1 lettera b D-LAMal nonché gli adeguamenti delle strutture tariffali ospedaliere (art. 49 cpv. 2^{bis} D-LAMal) non sono invece impugnabili, così come gli adeguamenti vigenti delle strutture tariffali ambulatoriali secondo l'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMal.

*Art. 54**Cpv. 1*

L'articolo 54 D-LAMal stabilisce i punti principali relativi alla definizione di obiettivi. Il Consiglio federale ha il compito di stabilire un obiettivo per la crescita massima dei costi delle prestazioni secondo la LAMal rispetto all'anno precedente. Il rimando alle «prestazioni secondo la presente legge» significa che l'obiettivo di costo comprende, oltre alle «prestazioni nette» degli assicuratori, anche la partecipazione ai costi degli assicurati come pure il cofinanziamento dei Cantoni per le prestazioni stazionarie e il finanziamento residuo dei Cantoni per le prestazioni di cura.

Sono da una parte definiti obiettivi per tutta la Svizzera in relazione a tutte le prestazioni (*lett. a*). Per determinate categorie di costi di sua competenza, il Consiglio federale stabilisce inoltre obiettivi di costo a livello nazionale (*lett. b*); per queste categorie di costi i Cantoni non possono stabilire obiettivi di costo propri. Si tratta di analisi, medicamenti, mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici nonché di prestazioni per le quali i partner tariffali hanno stipulato convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4 LAMal, che sono state approvate dal Consiglio federale e che prevedono un ammontare della remunerazione uniforme a livello svizzero (ammontare della tariffa). Non si tratta quindi di convenzioni relative alla struttura tariffale uniforme a livello nazionale, che contengono (senza valore del punto

⁴⁷ FF 2019 4981

⁴⁸ FF 2021 1496

tariffale o valore analogo) le valutazioni relative delle prestazioni rispetto ad altre. Se l'ammontare della tariffa (del valore del punto tariffale o valore analogo) non è fissato in modo uniforme a livello nazionale, come per esempio per le convenzioni tariffali riguardanti TARMED, SwissDRG o TARPSY, la prestazione non rientra nella categoria menzionata all'articolo 54 capoverso 1 lettera b numero 4.

Cpv. 2

D'altra parte, il Consiglio federale stabilisce un obiettivo individuale per ogni Cantone. Questi obiettivi di crescita massima variano da un Cantone all'altro e sono adeguati alla situazione economica e demografica di ognuno di essi. Riguardano la somma delle categorie di costi di competenza dei Cantoni (*lett. a*). Il Consiglio federale è vincolato al principio di proporzionalità. Stabilisce un margine di tolleranza verso l'alto uniforme per tutti i Cantoni, entro il quale essi sono autorizzati a discostarsi dall'obiettivo di costo individuale che è stato fissato per loro e a fissare un proprio obiettivo (*lett. b*). Inoltre stabilisce valori indicativi per l'aumento dei costi nelle singole categorie di costi di competenza dei Cantoni (*lett. c*). Queste raccomandazioni non corrispondono alla situazione specifica dei singoli Cantoni, ma si riferiscono alla media di tutti i Cantoni. Tutti gli obiettivi vengono pubblicati.

Gli obiettivi di costo definiti dal Consiglio federale corrispondono al tasso di aumento massimo dei costi dell'AOMS (percentuale rispetto all'anno precedente) che non può essere superato.

Cpv. 3

Gli obiettivi di costo devono essere stabiliti partendo dal fabbisogno medico e dalle prestazioni considerate economiche. Criteri importanti a tal fine sono gli sviluppi che incidono sui volumi e sui prezzi. Di conseguenza, la definizione degli obiettivi non può essere slegata da criteri economici (quali l'evoluzione economica, l'evoluzione dei salari e dei prezzi) e da altri criteri come la demografia e il progresso medico. Anche il potenziale di miglioramento dell'efficienza esistente è considerevole, con una quota stimata tra il 16 e il 19 per cento dei costi per le prestazioni secondo la LAMal. Tale potenziale sarà preso in considerazione anche nella definizione degli obiettivi di costo e dei margini di tolleranza⁴⁹. L'elenco non esaustivo permette di tener conto di altri criteri importanti.

Cpv. 4

Il Consiglio federale istituisce a proprio sostegno una Commissione consultiva per gli obiettivi di costo in cui saranno adeguatamente rappresentati anche i Cantoni, i fornitori di prestazioni, gli assicuratori, gli assicurati e gli specialisti (cfr. art. 54e D-LAMal). Inoltre, prima di stabilire gli obiettivi di costo e le categorie di costi, sente i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

⁴⁹ Cfr. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW e INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Progetti di revisione in corso > Modifica della LAMal: misure di contenimento dei costi – pacchetto 2.

Cpv. 5

Il diritto degli assicurati all'assunzione dei costi delle prestazioni assicurate è in ogni caso garantito. Ciò significa in particolare che gli obiettivi di costo devono essere definiti facendo attenzione che siano calcolati a un livello sufficientemente elevato in modo che gli assicurati possano accedere alle prestazioni assicurate considerate economiche. Eventuali misure correttive non devono essere così incisive da non rendere più accessibili le prestazioni assicurate per gli assicurati, per esempio perché i fornitori di prestazioni che interrompono la propria attività sono talmente numerosi che l'accesso non è più garantito.

Cpv. 6

Gli effetti degli obiettivi di costo sull'evoluzione dei costi e della qualità sono verificati regolarmente, in modo da garantire, da un lato, la trasparenza sul raggiungimento degli obiettivi nell'ambito dei costi e sulle misure correttive (cfr. art. 54d D-LAMal) eventualmente adottate dai singoli Cantoni e, dall'altro, il riconoscimento tempestivo di eventuali effetti indesiderati nell'ambito della qualità e l'adozione di possibili contromisure.

L'articolo 54 LAMal vigente può essere riscritto, in quanto la possibilità per gli assicuratori ivi menzionata di chiedere al Cantone di stabilire un importo complessivo (stanziamento globale di bilancio) per finanziare gli ospedali o le case di cura è rimasta irrilevante nella prassi. Con l'articolo 51 LAMal i Cantoni continuano a essere liberi di fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura, dopo aver sentito dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori. Questa possibilità degli assicuratori, finora mai sfruttata come misura straordinaria di contenimento dell'evoluzione dei costi, può essere sostituita dall'introduzione della definizione di obiettivi. L'obiettivo di costo quale strumento efficace per verificare l'evoluzione dei costi ai fini di valutare la necessità di misure correttive è concepito come misura permanente e non straordinaria di contenimento dei costi.

*Art. 54a**Cpv. 1*

Il Consiglio federale attribuisce ogni singolo settore di prestazioni a una categoria di costi. L'attribuzione deve essere stabilita in modo uniforme per tutta la Svizzera ed essere il più possibile stabile, in modo da permettere di confrontare l'aumento dei costi sull'arco di più anni e tra i Cantoni. In linea di principio si prevede di distinguere almeno tra fornitori di prestazioni ambulatoriali, ospedaliere ambulatoriali e stazionarie. Inoltre il Consiglio federale può procedere a ulteriori distinzioni: se per esempio in futuro le reti di cure coordinate dovessero essere definite per legge come una categoria di fornitori di prestazioni a sé stante, il Consiglio federale potrebbe attribuire loro una categoria di costi separata. Il Consiglio federale può però anche riunire in una categoria di costi vari tipi di fornitori di prestazioni e stabilire categorie di costi separate per le prestazioni mediche ambulatoriali a seconda della specialità o del gruppo di specialità e del tipo di fornitore di prestazioni (p. es. prestazioni ambulatoriali in ospedale o in studio medico). I Cantoni devono adottare le categorie di costi

definite a livello federale. Prima di stabilire le categorie di costi, il Consiglio federale sente i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

Cpv. 2

Determinate prestazioni per le quali la definizione di obiettivi di costo compete solo alla Confederazione (art. 54 cpv. 1 lett. b) costituiscono categorie di costi distinte. Le prestazioni di cui all'articolo 54 capoverso 1 lettera b numero 4 possono essere ripartite su più categorie di costi.

Cpv. 3

Il Consiglio federale può rinunciare ad attribuire a una categoria di costi i settori di prestazioni che hanno un influsso minimo sull'evoluzione globale dei costi. I settori di prestazioni con un piccolo volume possono però registrare una forte evoluzione dei costi. Occorre pertanto tener conto non solo del volume, bensì anche della sua evoluzione. Anche spese amministrative sproporzionate rispetto al volume corrispondente possono pesare sulla decisione di prevedere un'eccezione.

Art. 54b

Cpv. 1

L'articolo 54b D-LAMal disciplina la procedura e i criteri che i Cantoni devono rispettare nello stabilire gli obiettivi di costo. Spetta ai Cantoni stabilire concretamente gli obiettivi di costo per il Cantone e per le singole categorie di costi di loro competenza. In linea di principio, nello stabilire i loro obiettivi di costo i Cantoni devono attenersi agli stessi criteri della Confederazione. A tal fine beneficiano di un ampio margine di manovra.

Cpv. 2

I Cantoni possono derogare ai valori indicativi fissati dal Consiglio federale per le singole categorie di costi, purché a livello cantonale l'obiettivo di costo globale e la somma dei singoli obiettivi per le categorie di costi non superino l'obiettivo di costo stabilito dalla Confederazione per il Cantone, incluso il margine di tolleranza. Ciò offre ai Cantoni la possibilità di tener conto di condizioni cantonali specifiche e di potenziali di efficienza diversi nei vari settori. È così possibile tenere conto, per esempio, del fatto che in un Cantone il trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale è in gran parte già avvenuto, mentre in un altro è al contrario ancora da attuare.

Cpv. 3

Considerata l'autonomia organizzativa dei Cantoni, essi non hanno l'obbligo di istituire una commissione consultiva analogamente a quella prevista a livello federale (cfr. art. 54e D-LAMal). Sono però tenuti a coinvolgere i fornitori di prestazioni e gli assicuratori nel processo decisionale riguardante gli obiettivi di costo.

Cpv. 4

I Cantoni hanno un obbligo di comunicazione: comunicano gli obiettivi di costo stabiliti all'UFSP che vengono pubblicati. L'UFSP accerta in che misura gli obiettivi

stabiliti dai Cantoni (come pure quelli stabiliti dalla Confederazione) per l'evoluzione dei costi sono stati rispettati. Nel caso delle prestazioni di cura, l'UFSP valuta, nel quadro dell'attuale disciplinamento sul finanziamento, anche l'entità e l'evoluzione dei contributi delle persone assicurate nonché il finanziamento residuo da parte dei Cantoni. In base alle informazioni disponibili, l'UFSP comunica in dettaglio ai Cantoni se gli obiettivi da essi fissati sono stati superati e, nell'affermativa, in che misura e in quali settori. In questo modo i Cantoni hanno una base decisionale per valutare l'adozione di misure eventualmente necessarie (cfr. art. 54d D-LAMal). L'UFSP pubblica inoltre i risultati relativi al raggiungimento degli obiettivi di costo nei vari Cantoni e nelle varie categorie di costi, in modo da rafforzarne la trasparenza e il carattere vincolante.

Art. 54c

Cpv. 1

Il Consiglio federale deve stabilire gli obiettivi di costo al più tardi 12 mesi prima dell'inizio dell'anno civile per il quale sono applicabili. In un'ottica di pianificazione continua, stabilisce parallelamente anche gli obiettivi di costo provvisori, ma non ancora vincolanti, per i tre anni successivi. Questo consente a tutte le parti interessate di prepararsi agli obiettivi previsti a medio termine. Se emergono nuove conoscenze, per esempio dalla verifica periodica degli effetti sull'evoluzione dei costi e della qualità (cfr. art. 54 cpv. 6 D-LAMal), nel fissare gli obiettivi definitivi per i tre anni successivi il Consiglio federale può derogare ai valori previsti e comunicati provvisoriamente in precedenza, a condizione che lo reputi necessario, per esempio per evitare un aumento dei costi ingiustificato o una riduzione indesiderata delle prestazioni e della qualità.

Cpv. 2

Gli obiettivi di costo vincolanti stabiliti a livello federale per le prestazioni di cui all'articolo 52 LAMal, così come quelli dei Cantoni, devono essere stabiliti al più tardi sei mesi prima della loro entrata in vigore. Lo stesso vale per gli obiettivi di costo delle altre categorie di costi di competenza federale (cfr. art. 54a cpv. 3 D-LAMal).

Cpv. 3

I Cantoni devono stabilire i propri obiettivi di costo entro il margine di tolleranza al più tardi sei mesi prima dell'inizio dell'anno per il quale sono applicabili. I Cantoni sono liberi di comunicare anche gli obiettivi perseguiti per i tre anni successivi, in modo che le parti interessate possano prepararsi all'evoluzione prevista e la definizione a livello tecnico possa avvenire in maniera coordinata per più anni.

Cpv. 4

Se i Cantoni non stabiliscono tempestivamente gli obiettivi di costo sono applicabili gli obiettivi di costo definiti dal Consiglio federale e i valori indicativi ai sensi dell'articolo 54 capoverso 2 lettera c senza margine di tolleranza. Sarebbero quindi applicati l'obiettivo di costo del Consiglio federale per l'intero Cantone e il valore indicativo stabilito dal Consiglio federale per la ripartizione tra le singole categorie di costi, sempre partendo dall'obiettivo di costo globale per il Cantone.

*Art. 54d**Cpv. 1*

Gli obiettivi di costo sono calcolati a partire dal fabbisogno medico e dai costi necessari per coprirlo (cfr. art. 54 D-LAMal). Pertanto il superamento degli obiettivi di costo indica che probabilmente l'evoluzione dei costi non è legata solo a prestazioni e costi giustificati dal punto di vista medico, ma che si assiste anche a un aumento quantitativo non motivato sul piano medico, che i fornitori di prestazioni autorizzati sono troppi oppure che le tariffe, le strutture tariffali e i prezzi sono troppo elevati o altrimenti non appropriati né economici. Secondo l'articolo 54d, il Consiglio federale e i Cantoni sono tenuti ad accertare le possibili cause del superamento degli obiettivi di costo nei loro settori di competenza rispettivi e a verificare se siano necessarie misure regolatorie.

Tra le misure regolatorie rientrano gli strumenti che la LAMal attribuisce alle autorità competenti e che sono propri a limitare le cause di un'eccessiva evoluzione dei costi non legata al fabbisogno medico. Le misure vanno quindi adeguate alla struttura del problema identificato e alla causa del superamento degli obiettivi. È fondamentale inoltre che il diritto degli assicurati alle prestazioni assicurate possa essere sempre soddisfatto. Le misure correttive non devono quindi essere così incisive da non rendere più accessibili determinate prestazioni per gli assicurati, per esempio perché troppi fornitori di prestazioni interrompono la loro attività o si ricusano ai sensi dell'articolo 44 capoverso 2 LAMal.

Si potrebbe per esempio rivedere la definizione delle prestazioni assicurate considerate economiche e la regolamentazione dell'offerta ai fornitori di prestazioni e correggere gli squilibri tariffali o l'ammontare della tariffa o del prezzo. Le autorità competenti dovranno verificare in particolare se le tariffe concordate dai partner tariffali e approvate successivamente dalla rispettiva autorità, o fissate dalle autorità che approvano in caso di mancato accordo tra i partner tariffali, continuano a soddisfare i requisiti legali, segnatamente i criteri dell'articolo 46 capoverso 4 LAMal. In questa verifica le autorità competenti non sono vincolate a limiti di tempo. Questo permette di tenere conto anche del differente orizzonte temporale necessario per gli adeguamenti regolatori nei diversi settori (per esempio cicli di pianificazione ospedaliera).

Cpv. 2

L'autorità competente per la verifica delle misure deve tenere conto dell'evoluzione dei costi e dei risultati delle misure adottate negli anni precedenti nonché di eventi straordinari. Infatti, le misure possono mostrare i loro effetti solo in un momento successivo, gli sviluppi straordinari possono cambiare l'entità dell'evoluzione dei costi giustificabile dal punto di vista medico rispetto agli obiettivi di costo fissati in precedenza e le quantità di prestazioni possono oscillare casualmente da un anno all'altro, specialmente in Cantoni e categorie di costi con un esiguo volume dei costi.

In caso di eventi straordinari, la competenza primaria rimane ai Cantoni. Nell'ambito del loro obbligo di verifica delle misure, essi possono rinunciare del tutto o in parte a misure correttive. Se per esempio la salute pubblica è minacciata dal protrarsi di un periodo di canicola, ciascun Cantone può decidere autonomamente se prendere misure o meno. Poiché la minaccia posta da eventi straordinari varia da regione a regione, è

opportuno lasciare tale competenza ai Cantoni. Per gli eventi straordinari che richiedono una risposta unitaria per l'intera Svizzera, come nel caso di un'epidemia, il Consiglio federale può, nel quadro della situazione straordinaria ai sensi della legge del 28 settembre 2012⁵⁰ sulle epidemie (LEp), ordinare i provvedimenti necessari per tutto il Paese o per talune regioni.

Per evento straordinario ai sensi dell'articolo 54d capoverso 2 D-LAMal s'intende principalmente una minaccia acuta per la salute pubblica della popolazione svizzera. Nel suo rapporto sui rischi⁵¹, l'Ufficio federale della protezione della popolazione (UFPP) offre una panoramica sistematica del potenziale pericolo posto da possibili catastrofi e situazioni di emergenza che potrebbero avere conseguenze anche sulla salute pubblica. Si tratta di un ampio spettro di eventi di origine naturale, tecnologica e sociale. Per la definizione di obiettivi sono rilevanti in particolare gli eventi che causerebbero un elevato carico di malattia nella popolazione e che non sono definiti come infortuni ai sensi dell'articolo 4 della legge federale del 6 ottobre 2000⁵² sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali. Fra questi rientrano avarie e limitazioni prolungate di infrastrutture critiche (approvvigionamento di elettricità, acqua potabile, medicinali), pericoli naturali (canicola) e altri rischi sociali (ondata di profughi). Si considerano infortuni eventi quali pericoli naturali gravitativi (inondazioni, slavine, frane), incidenti in impianti di produzione, distribuzione e stoccaggio (centrale nucleare) o altri pericoli di origine sociale (terrorismo e cibercriminalità).

Cpv. 3

I Cantoni sottostanno a un obbligo di comunicazione: analogamente agli obiettivi di costo fissati, comunicano le misure adottate all'UFSP, che le pubblica. In questo modo le misure rivelatesi efficaci in singoli Cantoni possono essere conosciute rapidamente anche in altri Cantoni.

Cpv. 4

Allo stesso scopo, i Cantoni sono tenuti a elaborare periodicamente un rapporto di confronto tra l'evoluzione dei costi e gli obiettivi fissati e a descrivere le misure eventualmente adottate. La periodicità sarà definita a livello di ordinanza; è ipotizzabile per esempio una pubblicazione ogni quattro anni.

Art. 54e

Cpv. 1

Il Consiglio federale istituisce una Commissione per gli obiettivi di costo. L'articolo 57b della legge sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione del 21 marzo 1997⁵³ (LOGA) definisce le condizioni in base alle quali possono essere istituite le commissioni extraparlamentari. Nel caso in esame sono soddisfatte tutte le condizioni elencate all'articolo 57b lettere a–c LOGA. La definizione degli obiettivi

⁵⁰ RS 818.101

⁵¹ Rapporto sull'analisi nazionale dei rischi (Catastrofi e situazioni di emergenza in Svizzera 2020). Il rapporto è disponibile all'indirizzo: www.babs.admin.ch. > Altri campi d'attività > Rischi e pericoli > Analisi nazionale dei rischi.

⁵² RS 830.1

⁵³ RS 172.010

di costo richiede conoscenze specialistiche particolari di cui l'Amministrazione federale non dispone a sufficienza. Il coinvolgimento precoce dei Cantoni e di altri attori del settore sanitario è fondamentale e le raccomandazioni per la definizione degli obiettivi non devono essere vincolate a istruzioni. Il compito della Commissione non può essere adempiuto più adeguatamente da un'unità dell'Amministrazione federale centrale. Allo stesso tempo l'organizzazione non deve essere esterna all'Amministrazione federale, affinché disponga delle risorse necessarie e sia garantito un orientamento verso i bisogni della LAMal. In questo modo vengono adempite anche le condizioni dell'articolo 57c LOGA.

Cpv. 2

La Commissione consiglia il Consiglio federale nello stabilire gli obiettivi di costo, le categorie di costi e il margine di tolleranza uniforme per tutti i Cantoni.

Cpv. 3

La Commissione è composta da rappresentanti dei Cantoni, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati come pure da specialisti indipendenti, in particolare nel campo della medicina e dell'economia.

Il Consiglio federale può concretizzare ulteriormente questa disposizione. Per il resto si applicano le disposizioni generali sulle commissioni extraparlamentari della LOGA e dell'ordinanza del 25 novembre 1998⁵⁴ sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione (OLOGA). Le spese per il finanziamento della Commissione per gli obiettivi di costo sono assunte dalla Confederazione, in quanto la Commissione ha il compito di prestare consulenza al Consiglio federale. Risulta quindi superfluo prevedere disposizioni separate sul finanziamento e si applicano i principi generali dell'articolo 57a segg. LOGA.

Disposizione transitoria

Gli obiettivi di costo sono stabiliti per la prima volta per l'anno che inizia dopo due anni dall'entrata in vigore della presente modifica della LAMal. Pertanto, se per esempio la modifica entrasse in vigore il 1° gennaio 2023, gli obiettivi di costo sarebbero stabiliti per la prima volta per il 2025. Considerati i termini previsti all'articolo 54c D-LAMal, questo significherebbe che il Consiglio federale dovrebbe istituire nel 2023 la Commissione per gli obiettivi di costo (art. 54e D-LAMal) che lo consiglierebbe nel definire gli obiettivi di costo. Entro il 31 dicembre 2023 il Consiglio federale dovrebbe stabilire il margine di tolleranza e gli obiettivi di costo per il 2025 (nonché gli obiettivi di costo provvisori per gli anni 2026, 2027 e 2028) per tutte le prestazioni in Svizzera e per i singoli Cantoni nonché emanare i valori indicativi per la ripartizione sulle singole categorie di costi (art. 54 cpv. 1 lett. a, art. 54 cpv. 2 e art. 54c cpv. 1 D-LAMal). Entro il 30 giugno 2024 i Cantoni e il Consiglio federale dovrebbero stabilire gli obiettivi di costo per le categorie di costi di loro competenza (art. 54 cpv. 1 lett. b, art. 54b cpv. 1 e art. 54c cpv. 2 e 3 D-LAMal). Dopo il 2025 l'UFSP accerterebbe il grado di raggiungimento degli obiettivi nella prima metà del 2026 e lo comunicerebbe ai Cantoni (art. 54b cpv. 4 D-LAMal).

⁵⁴ RS 172.010.1

6.5 Ripercussioni

6.5.1 Ripercussioni per la Confederazione

Ripercussioni finanziarie

L'obiettivo delle presenti nuove disposizioni è di contenere l'aumento dei costi delle prestazioni a carico dell'AOMS e limitare in questo modo l'aumento dei premi pagati dagli assicurati. La misura dovrebbe quindi anche contribuire a frenare l'incremento dei sussidi concessi dalla Confederazione ai Cantoni secondo l'articolo 66 capoverso 2 LAMal per ridurre i premi degli assicurati di condizione economica modesta. Questo contributo grava sul bilancio della Confederazione con circa 2,8 miliardi di franchi ed essendo vincolato percentualmente (7,5 %) ai costi lordi dell'AOMS, nei prossimi anni crescerà ulteriormente.

In generale, il Consiglio federale parte dal presupposto che le misure proposte consentiranno di frenare l'aumento dei costi in tutte e quattro le grandi categorie di costi. Ritiene, in particolare, che la definizione di obiettivi sia uno strumento adeguato per utilizzare il potenziale di efficienza esistente nel settore sanitario, frenando così l'evoluzione dei costi nell'AOMS. In base alle stime attuali, tale potenziale dovrebbe essere compreso tra il 16 e il 19 per cento dei costi delle prestazioni secondo la LAMal⁵⁵. L'AIR giudica elevato il potenziale di risparmio per l'intera economia ma, a causa delle eccessive incertezze, non può prevedere esattamente in che modo le definizioni di obiettivi possano incidere sull'evoluzione dei costi. Una previsione dei risparmi basata sulle valutazioni dell'Amministrazione federale delle finanze (AFF) sui futuri costi della sanità mostra in una prospettiva di lungo termine (30 anni) un potenziale effetto di contenimento dei costi nell'ordine di grandezza dello 0,7 per cento del PIL. Queste previsioni però sono incerte e si basano su supposizioni che potrebbero non avverarsi.

L'effetto di contenimento dei costi dipenderà in particolare da come sarà attuata la misura dagli attori, soprattutto dai singoli Cantoni, e da come reagiranno i fornitori di prestazioni e i pazienti. Per il momento non è pertanto possibile quantificare in modo attendibile le conseguenze finanziarie concrete per la Confederazione di buona parte delle misure. L'AIR menziona, partendo dalle cifre per il 2017, un ordine di grandezza dei possibili risparmi con la definizione di obiettivi fino al 2047, rispetto a uno scenario di riferimento senza la definizione di obiettivi⁵⁶. Tuttavia queste previsioni a lungo termine sono incerte e dipendono da così tante supposizioni che non è possibile una vera previsione quantitativa.

⁵⁵ Cfr. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW e INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, rapporto finale, consultabile all'indirizzo: www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Progetti di revisione in corso > Revisione della LAMal: misure di contenimento dei costi – pacchetto 2.

⁵⁶ A partire da un volume di costi per le prestazioni secondo la LAMal di 45 mia. fr. nel 2017, l'AIR prevede un aumento dei costi entro il 2047 a 90 mia. fr. all'anno nello scenario di riferimento senza la definizione di obiettivi e a 81 mia. fr. all'anno in uno scenario con la definizione di obiettivi. I costi previsti nel 2047 in uno scenario con la definizione di obiettivi sono quindi di 9 mia. fr. inferiori rispetto allo scenario di riferimento.

Indipendentemente dal fatto che non sia possibile calcolare con esattezza il potenziale di risparmio, il Consiglio federale presume un effetto di contenimento dei costi complessivamente percettibile. La definizione di obiettivi è intesa come uno strumento che nel lungo termine dovrebbe ridurre il tasso di crescita dei costi incrementando la trasparenza sui costi e sui volumi, con ripercussioni finanziarie positive anche per la Confederazione.

Ripercussioni sull'effettivo del personale

A livello federale l'attuazione della definizione di obiettivi comporta innanzitutto ulteriori compiti esecutivi legati alla fissazione degli obiettivi di costo (compresa la segreteria della Commissione per gli obiettivi di costo), all'accertamento del raggiungimento degli obiettivi e all'eventuale attuazione di misure in caso di superamento degli obiettivi di costo in settori per i quali è competente la Confederazione. Inoltre ci si aspetta un certo onere supplementare connesso a eventuali controversie giuridiche (pareri in procedure di ricorso). In generale quindi bisogna partire dal presupposto che nella Confederazione l'attuazione degli obiettivi richiede presumibilmente ulteriori risorse di personale. L'AIR ha stimato l'onere supplementare a livello federale in tre-quattro posti di lavoro a tempo pieno.

Il 28 marzo 2018, in occasione dell'adozione del programma di contenimento dei costi, il Consiglio federale ha già stanziato delle risorse per il primo pacchetto di misure. In merito a eventuali risorse supplementari nel settore del personale necessarie per attuare le misure proposte con il presente disegno di legge e il loro finanziamento, bisognerà decidere al momento dell'entrata in vigore, in funzione dell'esito del dibattito parlamentare.

6.5.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

In linea di principio, un contenimento dell'evoluzione dei costi farà sì che gli assicurati dovranno pagare meno premi e i Cantoni dovranno concedere meno riduzioni dei premi.

I Cantoni svolgeranno un ruolo centrale nell'ambito dell'attuazione della definizione di obiettivi. Per tener conto del loro compito attuale di garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione residente, è adottato un approccio sostanzialmente decentrato, che lascia ai Cantoni la libertà necessaria per fissare e mettere in atto la definizione di obiettivi e, in caso di superamento, per verificare le misure correttive eventualmente necessarie. Per far questo, ai Cantoni servono ulteriori risorse di personale⁵⁷.

In linea di principio è presumibile che una definizione di obiettivi avrà un effetto positivo sulle finanze cantonali e comunali. I Cantoni sono, assieme agli assicuratori, i

⁵⁷ L'AIR ha stimato l'onere supplementare in termini di personale per ogni Cantone in meno di due posti di lavoro a tempo pieno. Tale valutazione si è basata tuttavia sull'avanzato progetto che, soprattutto considerando l'onere amministrativo dei Cantoni, è stato chiaramente semplificato in modo che sia ipotizzabile un onere supplementare in termini di personale per ogni Cantone nettamente inferiore.

principali finanziatori dei costi per le prestazioni dispense secondo la LAMal. Con la definizione di obiettivi, ai Cantoni è offerto uno strumento di gestione supplementare. Beneficiano di un ampio margine di manovra per decidere come intendono applicare tale strumento e quante risorse destinarvi.

6.5.3 Ripercussioni sull'economia

Il settore sanitario, nel quale vengono spesi annualmente oltre 80 miliardi di franchi, riveste una notevole importanza economica. L'incremento dell'efficienza in questo settore accresce il potere di acquisto della popolazione attraverso il contenimento dell'aumento dei premi.

Tutti gli attori della sanità sono chiamati in causa: i partner tariffali, gli assicurati nonché la Confederazione e i Cantoni sono congiuntamente responsabili dell'evoluzione dei costi nel settore sanitario. Le ripercussioni possono essere distinte tra i singoli attori, come tra i diversi gruppi di fornitori di prestazioni, per esempio in funzione del potenziale di efficienza esistente.

Il potenziale di efficienza nel settore sanitario dipende tra l'altro dall'asimmetria dell'informazione più marcata rispetto ad altri settori economici e dalla domanda indotta dall'offerta che ne consegue, da remunerazioni o tariffe e prezzi eccessivi per le prestazioni e i dispositivi medici, da incentivi sbagliati nella remunerazione (p. es. remunerazioni di singole prestazioni), da inefficienze produttive e dalla domanda potenziata dalla copertura assicurativa (*moral hazard* o aumento quantitativo indotto dalla domanda).

Da un lato, la definizione di obiettivi dovrebbe aumentare la trasparenza. La definizione di un ordine di grandezza, calcolato in base a indicatori, per una crescita dei costi delle prestazioni assicurate considerate economiche giustificabile con il fabbisogno medico renderà trasparente quale parte di tale crescita è giustificata e quale è riconducibile presumibilmente ad aumenti quantitativi dovuti a tariffe e prezzi eccessivi o non adeguati, il che aumenterà la pressione ad agire e ridurrà il margine per gli interessi particolari. Di conseguenza, la prosperità dell'intera economia è destinata ad aumentare.

Dall'altro, la definizione di obiettivi cambia gli incentivi per i partner tariffali. La disponibilità a negoziare, in particolare da parte dei fornitori di prestazioni, aumenterà dal momento che, se non saranno adottate tariffe e strutture tariffali economiche e adeguate, vi sarà la minaccia di interventi sulle tariffe da parte della Confederazione e dei Cantoni. Le innovazioni adottate dai partner tariffali saranno più interessanti di un aumento quantitativo indotto dall'offerta e del mantenimento dello status quo delle tariffe, il che ravviverà il partenariato tariffale rispetto alla situazione attuale. La misura potenzierà quindi anche l'effetto del primo pacchetto di misure di contenimento dei costi, in particolare dell'obbligo per i partner tariffali di concordare misure di gestione dei costi. Il fatto che i partner tariffali adottino disciplinamenti che prevedono remunerazioni adeguate per i volumi necessari per garantire l'assistenza, mobilitando a tal fine, nelle trattative, anche le loro conoscenze decentrate per ridurre le inefficienze, avrà conseguenze positive per l'intera economia.

L'introduzione di una definizione di obiettivi comporterà un certo onere di esecuzione iniziale e successivamente un onere amministrativo regolare per i servizi e gli attori coinvolti (in particolare la Confederazione, i Cantoni, i partner tariffali). L'onere dipende anche da quanto la definizione di obiettivi e la verifica delle misure saranno attuate in modo differenziato nei singoli Cantoni. In linea di principio, quanto più la definizione di obiettivi sarà attuata e verificata in modo differenziato nei Cantoni, tanto maggiore sarà l'onere per le parti coinvolte.

L'AIR giunge alla conclusione che, rispetto ai benefici per l'economia nazionale o al prevedibile contenimento dei costi, i costi di esecuzione legati alle definizioni di obiettivi risultano pressoché irrilevanti. Visto il notevole potenziale di risparmio che deriva dalla definizione di obiettivi, i costi per la sua attuazione possono essere quindi senz'altro giustificati dal punto di vista economico.

6.5.4 Ripercussioni sulla società

La Svizzera vanta un buon sistema sanitario e un'elevata soddisfazione dei pazienti riguardante la sua qualità e la sua utilità. Nel raffronto internazionale, lo stato di salute della popolazione si colloca su un livello elevato e l'accesso al sistema sanitario è garantito. Ciò va mantenuto. Meno buona, invece, è la situazione sul piano dell'equità del finanziamento. Con una crescita media dei premi dell'assicurazione malattie del 4 per cento all'anno, oggi per buona parte della popolazione svizzera i premi rappresentano un onere finanziario non indifferente. A essere colpito è in particolare il ceto medio, che non beneficia di alcuna riduzione dei premi. La limitazione dell'aumento dei costi della sanità deve essere quindi un obiettivo cogente della politica sociale della Confederazione. La normativa proposta mira a contenere la crescita dei volumi e dei costi non giustificata dal punto di vista medico – e di conseguenza l'aumento dei costi a carico dell'AOMS e dei premi – nonché a migliorare la qualità e rafforzare la sicurezza dell'assistenza medica. Ad approfittare di premi più bassi saranno gli assicurati e quindi direttamente l'intera società.

Poiché alla definizione di obiettivi non sono connesse prescrizioni vincolanti sulla limitazione dell'offerta, appaiono improbabili conseguenze negative per la qualità o per l'accesso alle prestazioni mediche. Le misure accompagnatorie, come un monitoraggio della qualità in tempo reale, devono assicurare che la qualità dell'assistenza medica resti per lo meno invariata e la sicurezza garantita. Eventuali effetti negativi sulla sicurezza dell'assistenza e sull'accesso ad essa devono poter essere riconosciuti precocemente onde adottare eventuali misure correttive.

6.6 Aspetti giuridici

6.6.1 Costituzionalità

Secondo l'articolo 117 capoverso 1 Cost., la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Si tratta di una competenza federale estesa, che lascia al legislatore un ampio margine di manovra. Spetta al legislatore

federale disciplinare segnatamente il finanziamento delle prestazioni a carico dell'AOMS⁵⁸.

Per quanto riguarda l'introduzione di una definizione di obiettivi, in relazione ai fornitori di prestazioni occorre rilevare che l'assicurazione sociale in quanto tale è ampiamente sottratta alla libertà economica. Nei settori in cui non vige per principio una concorrenza economica privata, come la fissazione delle tariffe e dei prezzi delle prestazioni remunerate dall'assicurazione sociale (co)finanziata dallo Stato, sono ammesse prescrizioni. La libertà economica non dà in particolare alcun diritto di generare prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie in quantità arbitrarie⁵⁹. La LAMal mira a garantire un'assicurazione malattie socialmente sostenibile e non ad assicurare una crescita economica dei fornitori di prestazioni libera da prescrizioni⁶⁰.

In relazione agli assicurati occorre precisare che il diritto costituzionale svizzero non contempla alcun «diritto fondamentale alla salute»⁶¹. Secondo l'articolo 117a capoverso 1 Cost., nell'ambito delle loro competenze la Confederazione e i Cantoni provvedono affinché tutti abbiano accesso a cure mediche di base sufficienti e di qualità. Si tratta di una norma programmatica, che non determina alcun diritto a prestazioni⁶². Diritti individuali a determinate prestazioni e ad accedervi possono tuttavia scaturire da altre disposizioni costituzionali. Il diritto all'aiuto in situazioni di bisogno (art. 12 Cost.) può giustificare per esempio un obbligo statale di garantire un'assistenza sanitaria minima in funzione del bisogno⁶³.

La modifica di legge proposta si situa nell'ambito di quanto permesso dall'articolo 117 Cost.. L'introduzione di una definizione di obiettivi non pregiudica l'assunzione dei costi delle prestazioni assicurate (art. 54 cpv. 5 D-LAMal). La regolamentazione proposta lascia sufficiente spazio di manovra alle autorità competenti per la sua applicazione, in modo da poter prestare attenzione a un'applicazione conforme alla Costituzione, in particolare per garantire l'accesso degli assicurati alle prestazioni assicurate e a una sufficiente assistenza medica di base di alta qualità ai sensi dell'articolo 117a capoverso 1 Cost. Ciò implica segnatamente che gli obiettivi di costo stabiliti e le misure correttive da verificare non devono essere così rigorosi da avere come conseguenza di non rendere più accessibili a tutti determinate prestazioni obbligatorie previste dalla legge, per esempio in seguito alla cessazione dell'attività di fornitori di prestazioni indispensabili o al loro rifiuto di fornire prestazioni secondo l'articolo 44 capoverso 2 LAMal. In linea di principio, le misure correttive in caso di superamento degli obiettivi di costo influenzano tuttavia solo l'ammontare della remunerazione

⁵⁸ Gächter/Renold-Burch, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 117 n. marg. 4–6.

⁵⁹ Cfr. DTF 143 V 369, consid. 5.4.3 in fine; DTF 132 V 6, consid. 2.5.2; DTF 130 I 26, consid. 4.3.

⁶⁰ Cfr. TAF C-1966/2014, consid. 4.3.

⁶¹ Eugster, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2016, E. n. marg. 14, 15.

⁶² Gächter/Renold-Burch, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 117a n. marg. 21, 25.

⁶³ Cfr. Eugster, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2016, E. n. marg. 14, 15; Gächter/Werder, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 12 n. marg. 2–5, 25, 34; Tschentscher, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 10 n. marg. 17.

delle prestazioni per i fornitori di prestazioni e non l'accesso degli assicurati alle loro prestazioni. Inoltre eventuali effetti della definizione di obiettivi sulla qualità delle prestazioni sono valutati regolarmente, in modo da poter adottare contromisure, se necessario (art. 54 cpv. 6 D-LAMal).

I dubbi riguardanti la costituzionalità della normativa proposta, espressi nel corso della consultazione e corroborati da una perizia giuridica, non sono giustificati. La Costituzione federale conferisce al legislatore un ampio margine di manovra e quindi anche la possibilità di limitare il catalogo delle prestazioni o di inasprire le condizioni per l'accesso alle prestazioni assicurate, ma anche di stabilire obiettivi concernenti i costi complessivi massimi che devono essere assunti dall'assicurazione e di prendere misure correttive se questi obiettivi non sono raggiunti. La disposizione costituzionale sull'assicurazione malattie non esclude nemmeno che il legislatore tenga conto di determinati criteri di natura economica, di politica sanitaria o d'altro genere nell'emanazione di disposizioni in materia di diritto delle assicurazioni malattie. La giurisprudenza ha del resto riconosciuto che nell'adeguamento di una struttura tariffale possono essere considerati talvolta anche aspetti politici⁶⁴.

Nella definizione di misure correttive in seguito al superamento degli obiettivi, le autorità competenti dovranno vigilare affinché vengano rispettati i principi definiti nella Costituzione, in particolare il principio di proporzionalità. Occorre pertanto distinguere tra superamenti temporanei, non sistematici o giustificabili da un lato, e superamenti che evidenziano problemi strutturali, dall'altro. In caso di superamenti temporanei, non sarebbe proporzionato un adeguamento permanente di tariffe o strutture tariffali sulla base dell'articolo 46a D-LAMal per la riduzione dei costi futuri, tranne se sussistono altri fattori che indicano che i requisiti dell'articolo 46 capoverso 4 non sono rispettati (cfr. art. 54d cpv. 3 D-LAMal).

6.6.2 **Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera**

Le modifiche di legge proposte non devono essere contrarie agli impegni internazionali della Svizzera. Devono essere compatibili, in particolare, con l'Accordo del 21 giugno 1999⁶⁵ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) e con la Convenzione del 4 gennaio 1960⁶⁶ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Convenzione AELS). In virtù dell'allegato II ALC e dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS, nelle relazioni con gli Stati dell'UE o

⁶⁴ Cfr. DTF 144 V 138, consid. 6.2.

⁶⁵ RS **0.142.112.681**

⁶⁶ RS **0.632.31**

dell'AELS in Svizzera si applica il diritto europeo relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, per esempio il regolamento (CE) n. 883/2004⁶⁷ e il regolamento (CE) n. 987/2009⁶⁸. In relazione alla garanzia della libera circolazione delle persone, tale diritto non mira però ad armonizzare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati parte alle Convenzioni sono sostanzialmente liberi di determinare l'impostazione concreta, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione di tali sistemi. Devono tuttavia attenersi ai principi di coordinamento, come per esempio il divieto di discriminazione, il computo dei periodi di assicurazione e la fornitura transfrontaliera delle prestazioni, disciplinati nel regolamento (CE) n. 883/2004 e nel relativo regolamento di applicazione (CE) n. 987/2009.

L'introduzione della definizione di obiettivi persegue prevalentemente uno scopo interno alla Svizzera (il contenimento dei costi nell'AOMS) e riguarda soprattutto attori in Svizzera (Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori e assicurati). Le disposizioni proposte relative alla definizione di obiettivi sono compatibili con gli impegni internazionali della Svizzera descritti sopra e le disposizioni del diritto europeo relativo al coordinamento.

Rappresentano tutt'al più un caso particolare le situazioni con prestazioni fornite all'estero secondo l'articolo 34 capoverso 2 LAMal (in combinato disposto con gli art. 36–37 OAMal), per esempio in caso di programmi di cooperazione transfrontaliera (art. 36a OAMal). Se in futuro dovessero emergere conflitti nell'ambito di tali situazioni, il Consiglio federale avrebbe la possibilità di eccettuare determinati settori di prestazioni dall'attribuzione a una categoria di costi (cfr. art. 54a cpv. 3 D-LAMal).

6.6.3 Forma dell'atto

Secondo l'articolo 164 Cost., tutte le disposizioni importanti che contengono norme di diritto sono emanate sotto forma di legge federale. Il presente disegno di legge soddisfa questa condizione. Le leggi federali sono soggette a referendum facoltativo conformemente all'articolo 141 capoverso 1 lettera a Cost. Il presente disegno prevede espressamente il referendum facoltativo.

6.6.4 Subordinazione al freno alle spese

Allo scopo di limitare le spese, l'articolo 159 capoverso 3 lettera b Cost. prevede che le disposizioni in materia di sussidi, i crediti d'impegno e le dotazioni finanziarie implicanti nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di

⁶⁷ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1. Una versione consolidata non vincolante del regolamento è pubblicata nella RS con il numero **0.831.109.268.1**.

⁶⁸ Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1. Una versione consolidata non vincolante del regolamento è pubblicata nella RS con il numero **0.831.109.268.11**.

oltre 2 milioni di franchi richiedano il consenso della maggioranza dei membri di ciascuna Camera. Siccome non contiene né disposizioni in materia di sussidi né decisioni di finanziamento, il presente progetto non sottostà al freno alle spese.

6.6.5 Rispetto del principio di sussidiarietà e del principio dell'equivalenza fiscale

Il disegno non comporta modifiche sostanziali nella ripartizione o nell'adempimento dei compiti da parte della Confederazione e dei Cantoni. Gli adeguamenti normativi non implicano un trasferimento sostanziale di competenze. Piuttosto la ripartizione vigente delle competenze sarà modificata il meno possibile.

L'impostazione della definizione di obiettivi, che mira a ravvivare e rafforzare il partenariato tariffale, fa propria la ripartizione delle competenze dello Stato federale. Il diritto degli assicurati a vedersi assumere i costi delle prestazioni assicurate resta garantito in ogni caso.

Da un lato nell'ambito della definizione di obiettivi sono conferite competenze al Consiglio federale: questi stabilisce un obiettivo di costo globale nazionale, obiettivi di costo per i singoli Cantoni e le singole categorie di costi nonché un margine di tolleranza uniforme. Definisce inoltre categorie di costi uniformi. Per le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi (art. 52 LAMal) nonché le prestazioni per le quali i partner tariffali hanno stipulato convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera secondo l'articolo 46 capoverso 4 LAMal (escluse le convenzioni che prevedono soltanto una struttura tariffale unitaria a livello nazionale), il Consiglio federale stabilisce gli obiettivi di costo e, in caso di superamento, verifica se sono necessarie misure correttive. Dall'altro ai Cantoni è assegnato un ruolo importante nell'ambito dell'attuazione della definizione di obiettivi: fissano l'obiettivo di costo globale cantonale nonché gli obiettivi di costo cantonali per le singole categorie di costi e hanno un ampio margine di manovra nel verificare, in caso di superamento degli obiettivi di costo, se siano necessarie misure correttive e, se del caso, nel decidere quali adottare. Tale attribuzione di competenze corrisponde al principio di sussidiarietà: la Confederazione assume infatti unicamente i compiti che superano la capacità dei Cantoni e/o richiedono un disciplinamento uniforme a livello di diritto federale.

L'effetto di contenimento dei costi dell'introduzione della definizione di obiettivi e della sua attuazione andrà a beneficio sia degli assicuratori e degli assicurati sia dei Cantoni in quanto importanti finanziatori dei costi per le prestazioni fornite secondo la LAMal. Con l'introduzione della definizione di obiettivi, ai Cantoni è offerto uno strumento di gestione supplementare. Beneficiano di un ampio margine di manovra per decidere come intendono applicare tale strumento e quante risorse destinarvi. Il principio dell'equivalenza fiscale è pertanto rispettato.

6.6.6 Delega di competenze legislative

L'articolo 96 LAMal conferisce al Consiglio federale la competenza generale di emanare disposizioni di esecuzione nel settore dell'assicurazione sociale malattie. Il presente disegno autorizza il Consiglio federale a emanare disposizioni nei seguenti settori:

- fissazione di obiettivi di costo: obiettivo di costo globale nazionale, obiettivi di costo per i Cantoni e categorie di costi nonché margini di tolleranza; obiettivi di costo per le prestazioni di cui all'articolo 52 LAMal nonché per quelle per le quali i partner tariffali hanno stipulato convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera secondo l'articolo 46 capoverso 4 LAMal (art. 54 D-LAMal);
- attribuzione di singoli settori di prestazioni alle categorie di costi (art. 54a D-LAMa);
- istituzione di una commissione (art. 54e D-LAMal);
- adeguamenti delle strutture tariffali per le cure ospedaliere, se le parti alla convenzione tariffale non riescono ad accordarsi su una revisione (art. 49 cpv. 2^{bis} D-LAMal).

6.6.7 Protezione dei dati

La legge federale del 19 marzo 2021⁶⁹ sulla trasmissione di dati degli assicuratori nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie obbliga gli assicuratori a trasmettere regolarmente all'UFSP i dati necessari per l'adempimento dei suoi compiti secondo la LAMal. In linea di principio i dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Tuttavia il Consiglio federale può prevedere che per determinati scopi debbano essere trasmessi i dati di ogni assicurato, nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei compiti menzionati e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo. Anche la definizione di obiettivi di costo rientrerà ora tra questi scopi (art. 21 cpv. 2 lett. d D-LAMal).

La presente modifica di legge rientra nel campo d'applicazione della legge federale del 19 giugno 1992⁷⁰ sulla protezione dei dati (LPD), applicabile quando organi federali e persone private trattano dati di persone fisiche e giuridiche (art. 2 cpv. 1 LPD). Per trattamento s'intende qualsiasi operazione relativa a dati personali, segnatamente la raccolta, la conservazione, l'utilizzazione, la modificazione, la comunicazione, l'archiviazione o la distruzione di dati (art. 3 lett. e LPD). I dati concernenti la salute costituiscono dati personali degni di particolare protezione (art. 3 lett. c LPD). Di conseguenza, il loro trattamento deve essere previsto in una legge in senso formale (art. 17 cpv. 2 LPD per il trattamento di dati da parte di organi federali nonché art. 12 cpv. 2 lett. c e 13 cpv. 1 LPD per quello da parte di persone private). L'adeguamento di legge

⁶⁹ FF 2021 664

⁷⁰ RS 235.1

previsto crea la base legale necessaria per attuare le misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi di cui agli articoli 54–54e D-LAMal.

Nell'ambito del trattamento di dati personali necessari, da parte sia di organi federali sia di persone private, occorre osservare come di consueto le disposizioni generali di protezione dei dati, segnatamente la proporzionalità, il vincolo di scopo e la sicurezza dei dati (art. 4 segg. LPD).