

11.439

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

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

del 31 maggio 2011

Onorevoli colleghi,

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

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

31 maggio 2011

In nome della Commissione:

Il presidente, Alex Kuprecht

¹ RS 832.10

Rapporto

1 Genesi del progetto

Nell'ambito di un'informazione sullo stato di attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero, e in particolare sull'introduzione dei DRG (Diagnosis Related Groups), il 5 maggio 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha deciso di elaborare un'iniziativa commissionale intesa a completare le disposizioni transitorie relative al nuovo finanziamento ospedaliero. Il 13 maggio 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha accolto l'iniziativa.

Il 31 maggio 2011 la CSSS-S ha adottato il progetto con 9 voti contro 2 a destinazione del Consiglio degli Stati per esame e del Consiglio federale per parere.

2 Punti essenziali del progetto

2.1 Finanziamento ospedaliero 2007

Il 21 dicembre 2007 le Camere federali hanno ridefinito il finanziamento ospedaliero in modo che favorisca un impiego il più efficiente e qualitativo possibile dei premi e delle entrate fiscali. Il nuovo ordinamento è entrato in vigore il 1° gennaio 2009 e persegue i seguenti *obiettivi*:

1. una remunerazione delle prestazioni ospedaliere dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) *che si rifà alle prestazioni* (art. 49 cpv. 1-3);
2. una *struttura tariffale uniforme* per remunerazioni che si rifanno alle prestazioni, di norma sotto forma di importi forfettari (DRG; art. 49 cpv. 1 e 2);
3. l'introduzione del *finanziamento mediante forfait per ogni singolo caso* al posto del finanziamento delle prestazioni per quanto concerne la quotaparte a carico dell'ente pubblico e la fissazione di una parte minima pari al 55 per cento;
4. la *parità di trattamento di tutti gli assicurati*, compresi i titolari di un'assicurazione complementare, per quanto riguarda la remunerazione delle cure prese a carico dall'AOMS (art. 49 e 49a);
5. la *libera scelta dell'ospedale* per gli assicurati (art. 41 cpv. 1^{bis});
6. l'ammissione dei gestori degli ospedali all'AOMS, indipendentemente dalla struttura degli enti responsabili, sulla base dei *criteri della qualità e dell'economicità* (art. 39 cpv. 2^{ter}).

Le disposizioni transitorie prevedono che

- i Cantoni, il cui premio medio è inferiore a quello a livello nazionale, possono fissare la loro quotaparte di finanziamento tra il 45 e il 55 per cento (cpv. 5);
- le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere le nuove esigenze al più tardi entro il 1° gennaio 2015 (cpv. 3).

2.2 Stato dell'attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero 2007

Attuare il nuovo finanziamento ospedaliero entro i termini previsti rappresenta una sfida per tutte le cerchie interessate. Nel primo trimestre 2011 i Cantoni hanno fissato la quotaparte per i loro rispettivi abitanti destinata a finanziare le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

I diversi partner del sistema sanitario svizzero membri di SwissDRG SA (Cantoni, ospedali, FMH, CTM, assicuratori) si sono impegnati al massimo per presentare in tempo utile la nuova struttura tariffale (DRG). In molti Cantoni sono state inoltre ottimizzate le strutture ospedaliere.

Secondo la legge, l'introduzione della remunerazione che si rifà alle prestazioni e delle nuove regole di finanziamento dovrebbe concludersi al più tardi entro il 31 dicembre 2011.

2.3 Aspetti da chiarire

Per garantire un'attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero conforme alla legge, la Commissione constata la necessità di chiarire due punti concernenti rispettivamente:

1. le conseguenze del cambiamento di sistema (art. 49 e 49a) sui premi e sui costi delle prestazioni e
2. i criteri di ammissione che gli ospedali devono rispettare per praticare a carico dell'AOMS finché i Cantoni non si sono dotati di una pianificazione ospedaliera ad hoc.

2.3.1 Conseguenze del cambiamento di sistema sui premi e sui costi delle prestazioni

a. Il passaggio dal finanziamento delle prestazioni a quello mediante forfait per ogni singolo caso previsto negli articoli 49 e 49a non inciderà sugli importi destinati dall'ente pubblico alla remunerazione delle cure ospedaliere.

Al momento del passaggio, il cambiamento di sistema non causerà un aumento né delle prestazioni remunerate né della qualità delle medesime: adottando le disposizioni sul nuovo finanziamento ospedaliero il legislatore è partito da questo principio, che la Commissione oggi condivide pienamente.

Il cambiamento di sistema come tale non giustifica perciò né un aumento dei costi delle prestazioni né un aumento dei premi.

Tuttavia, dato che nel corso del processo di attuazione è stato rilevato a più riprese che il cambiamento di sistema avrebbe comportato aumenti dei premi e/o dei costi delle prestazioni, occorre fare chiarezza.

In caso contrario si corre il rischio che, durante i prossimi negoziati sui premi e sulle tariffe, le cerchie interessate si appellino al cambiamento di sistema per giustificare un aumento dei costi – e di conseguenza delle tariffe e dei premi – invece di imputa-

re quest'ultimo a un'attuazione inefficace del nuovo sistema. In tal modo si mancherebbe l'obiettivo del nuovo finanziamento ospedaliero.

b. Nell'ambito del cambiamento di sistema, il legislatore ha fissato ad almeno il 55 per cento la quotaparte cantonale alle remunerazioni delle cure concedendo inoltre ai Cantoni, entro determinati limiti, di scostarsi da questa percentuale fino al 2015. Scopo di entrambe le disposizioni è di tener conto delle attuali quoteparti, diverse nei singoli Cantoni. In questo modo i Cantoni avranno il margine di manovra necessario perché la transizione risulti il più neutra possibile in termini di costi sia per gli assicurati che per i contribuenti nonostante le quoteparti cantonali di finanziamento, finora diverse.

Talvolta i Cantoni hanno interpretato il margine di manovra anche come la possibilità di trasferire gli oneri tra contribuenti e assicurati, favorendo di regola i primi.

La Commissione resta dell'avviso che il cambiamento di sistema, e in particolare il disciplinamento legale inerente alla fissazione della quotaparte cantonale, non intendeva trasferire gli oneri né vuole farlo in futuro.

Riconosce tuttavia il margine di manovra concesso ai Cantoni dall'articolo 49a capoversi 2 e 5, che non deve essere in alcun modo modificato.

Si tratta di chiarire in sostanza che, nel calcolare i premi e le tariffe, non si può prendere come pretesto il cambiamento di sistema (art. 49 e 49a) per giustificare aumenti dei premi. Per spiegare detti aumenti occorre piuttosto illustrare e quantificare i trasferimenti di oneri effettuati dai Cantoni.

Nella procedura di fissazione dei premi si possono inoltre invocare i motivi qualitativi e quantitativi previsti in generale dalla legge sull'assicurazione malattie per giustificare eventuali aumenti.

c. In base a quanto menzionato in precedenza la Commissione propone perciò una disposizione transitoria completiva secondo cui il nuovo ordinamento previsto negli articoli 49 e 49a non giustifica né aumenti tariffali né aumenti dei premi nell'ambito delle procedure d'approvazione e di ricorso .

Il disciplinamento non implica in alcun caso un congelamento delle tariffe e dei premi, ma vuole precisare chiaramente che le richieste di aumentare i costi delle prestazioni o i premi non possono essere motivate con il cambiamento di sistema (art. 49 e 49a).

2.3.2 Criteri di autorizzazione per gli ospedali

L'autorizzazione degli ospedali a praticare a carico dell'AOMS è retta dall'articolo 39.

Con l'articolo 39 capoverso 2^{ter} il legislatore ha incaricato il Consiglio federale di emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità.

La legge ritiene pertanto determinanti i due criteri della qualità e dell'economicità (oltre ai criteri di cui all'art. 39 cpv. 1 lett. a–c).

Nell'ambito dell'attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero rimaneva da chiarire se i Cantoni ancora sprovvisti di una pianificazione ospedaliera vincolante

5 Rapporto con il diritto europeo

Per quanto riguarda gli aspetti toccati dall'iniziativa, il diritto europeo non fissa ancora alcuna normativa.

6 Aspetti giuridici

6.1 Costituzionalità e legalità

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

6.2 Delega di competenze legislative

La delega di competenze legislative non è prevista.

6.3 Freno alle spese

Il progetto non ha alcuna ripercussione sul freno alle spese.

6.4 Forma dell'atto

Le disposizioni proposte saranno emanate come complemento delle disposizioni transitorie relative alla modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 adottate dalle Camere federali nell'ambito del finanziamento ospedaliero.

Quoteparti di finanziamento nei Cantoni

Cantoni	Quotaparte*	Quoteparti di finanziamento 2005 (investimenti dei Cantoni inclusi)**				
		Cantoni		Assicuratori		Totale
		2012	mio. fr.	%	mio. fr.	%
Zurigo	51 %	1 093.4	59.6 %	741.0	40.4 %	1 834.4
Berna	55 %	907.2	54.0 %	773.6	46.0 %	1 680.8
Lucerna	50 %	213.9	52.4 %	194.2	47.6 %	408.1
Uri	52 %	21.9	54.2 %	18.5	45.8 %	40.4
Svitto	50 %	96.2	57.1 %	72.4	42.9 %	168.7
Obvaldo	47 %	19.4	55.7 %	15.4	44.3 %	34.8
Nidvaldo	45 %	23.6	57.8 %	17.3	42.2 %	40.9
Glarona	52 %	24.6	55.1 %	20.1	44.9 %	44.6
Zugo	47 %	72.1	56.8 %	54.7	43.2 %	126.8
Friburgo	47 %	178.7	54.4 %	149.9	45.6 %	328.6
Soletta	50 %	218.3	57.7 %	160.3	42.3 %	378.6
Basilea Città	55 %	290.3	63.1 %	169.8	36.9 %	460.1
Basilea Campagna	55 %	208.4	53.1 %	184.5	46.9 %	392.9
Sciaffusa	53 %	67.4	60.8 %	43.4	39.2 %	110.7
Appenzello Esterno	47 %	44.5	61.5 %	27.8	38.5 %	72.3
Appenzello Interno	49 %	7.0	49.1 %	7.2	50.9 %	14.2
San Gallo	50 %	278.4	51.8 %	259.1	48.2 %	537.5
Grigioni	55 %	173.7	62.2 %	105.7	37.8 %	279.4
Argovia	47 %	298.4	46.2 %	347.3	53.8 %	645.8
Turgovia	48 %	87.6	35.4 %	159.5	64.6 %	247.1
Ticino	55 %	215.2	44.2 %	271.7	55.8 %	486.9
Vaud	55 %	620.0	59.0 %	430.0	41.0 %	1 050.1
Vallese	52,5 %	228.7	58.8 %	160.0	41.2 %	388.7
Neuchâtel	55 %	236.3	65.6 %	123.8	34.4 %	360.1
Ginevra	55 %	819.5	73.4 %	296.5	26.6 %	1 115.9
Giura	55 %	69.8	60.7 %	45.2	39.3 %	115.0
Svizzera		6 514.5	57.3 %	4 848.9	42.7 %	11 363.5

* santésuisse, comunicato stampa del 3 maggio 2011, www.santesuisse.ch

** Ufficio federale di statistica: Calcul du coût de l'hospitalisation LAMal 2005, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/lex/0.topic.1.html

