

00.079

**Messaggio
concernente la modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie**

del 18 settembre 2000

Onorevoli presidenti e consiglieri,

Con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

Contemporaneamente, vi proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | |
|----------------|--|
| 1997 P 96.3561 | Incentivazione di trattamenti ambulatoriali e semiospedalieri (N 21.3.97, Gysin Remo) |
| 1998 P 98.3344 | Spitex. Condizioni quadro (N 9.10.98, Vermot) |
| 1999 P 99.3007 | Soppressione del sussidio diretto agli ospedali da parte dei Cantoni (art. 49 cpv. 1 LAMal)
(S 15.3.99, Commissione della sicurezza sociale e della sanità) |
| 1999 P 96.3494 | Pianificazione ospedaliera a livello federale
(N 8.10.98, Gysin Remo; S 17.6.99) |
| 1999 P 99.3154 | Soppressione del sussidio diretto agli ospedali da parte dei Cantoni (art. 49 cpv. 1 LAMal)
(N 31.5.99, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN 98.302) |
| 2000 M 00.3003 | Soppressione dell'obbligo a contrarre
(N 8.3.00, S 15.3.00. Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN 98.058). |

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

18 settembre 2000 In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Adolf Ogi
La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) persegue i tre obiettivi seguenti: colmare le lacune del catalogo delle prestazioni, rafforzare la solidarietà tra gli assicurati e contenere i costi. Se il primo obiettivo, ossia quello di colmare le lacune del catalogo delle prestazioni, è già stato ampiamente raggiunto, i risultati relativi all'auspicato rafforzamento della solidarietà sono ancora insufficienti. Riguardo alle cure ospedaliere, la legge partiva dal principio che l'assicurazione malattie dovesse assumere soltanto una parte dei costi e che anche i Cantoni, in virtù della loro competenza in materia di servizi sanitari, sarebbero stati chiamati a contribuire finanziariamente. Ciò nonostante, anche dopo l'entrata in vigore della nuova legge, i sussidi cantonali al finanziamento ospedaliero sono costantemente diminuiti, riducendo in tal modo la portata della misura intesa a rendere il sistema più sociale. Nemmeno l'obiettivo del contenimento dei costi ha potuto essere raggiunto nella misura auspicata dal Consiglio federale: infatti, nel 1999 i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono ancora aumentati del 4,1 per cento.

Sin dall'entrata in vigore della legge sono emerse divergenze tra i Cantoni e gli assicuratori malattie in merito all'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal, relativo all'assunzione delle spese di ricovero ospedaliero fuori dal Cantone di domicilio su indicazione del medico. In due sentenze di principio del dicembre 1997, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha affermato che, in caso di degenza in ospedali extracantonali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, l'obbligo contributivo del Cantone esiste indipendentemente dal reparto in cui è avvenuto il ricovero. Questo obbligo di compensazione non si applica invece in caso di ospedali non sussidiati. Il TFA non si è pronunciato in merito all'obbligo dei Cantoni di versare contributi per le cure di pazienti aventi una copertura complementare anche in caso di trattamenti intracantonali. Siffatto obbligo contributivo può essere già dedotto dalla sistemica della legge, che distingue nettamente l'assicurazione obbligatoria di base finanziata da tutti gli assicurati e l'assicurazione complementare facoltativa. L'iniziativa depositata nel giugno 1997 «Per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» chiede che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i Cantoni siano tenuti a contribuire anche in caso di ricovero in istituti ospedalieri pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.

La presente revisione parziale intende dissipare in modo durevole le ambiguità sorte dopo l'entrata in vigore della nuova legge sull'assicurazione malattie. I principi sanciti nella legge devono essere applicati con coerenza, senza peraltro rimettere in discussione il sistema. Non si vuole tuttavia proporre un sistema di finanziamento monistico, in cui tutte le risorse finanziarie degli assicuratori vengono versate ai fornitori di prestazioni. Mancando le condizioni quadro e il consenso politico necessari al passaggio a un sistema monistico, il Consiglio federale ritiene che un sistema di remunerazione finanziato da un'unica fonte sia in ogni caso realizzabile soltanto a lungo termine. Per contro, le misure previste nella presente revisione parziale costituiscono un primo passo verso l'ipotesi di introdurre un sistema

monistico. Il Consiglio federale ritiene tuttavia impensabile intraprendere una revisione parziale con l'obiettivo di reintrodurre un disciplinamento simile alla previgente legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI). Qualsiasi riferimento dell'attuale sistema, seppur parziale, ai meccanismi della LAMI si oppone diametralmente alla volontà di giungere a un'assicurazione malattie a carattere sociale. L'idea di costituire, partendo da considerazioni puramente finanziarie, due o più categorie di assicurati anche nell'assicurazione obbligatoria di base conduce inevitabilmente alla rottura del sistema solidale nell'assicurazione malattie e a un incremento dei costi incontrollabile, perché sottratto ai meccanismi del mercato.

La partecipazione dei Cantoni al finanziamento degli istituti ospedalieri (comprese le spese d'investimento) ha subito una flessione dall'inizio degli anni Novanta, passando dal 35,5 per cento nel 1991 al 29,7 per cento nel 1998. Se nel 1998 l'ente pubblico si fosse fatto carico della stessa quota del 1991 per il finanziamento ospedaliero, avrebbe dovuto assumersi oneri supplementari dell'ordine di 1,4 miliardi di franchi. La presente revisione parziale mira ad arrestare questa lenta ritirata dell'ente pubblico dal finanziamento ospedaliero, al fine di evitare un ulteriore trasferimento dell'onere finanziario all'assicurazione malattie e il conseguente aumento dei premi pro capite. Per questo motivo, il Consiglio federale propone di passare a un sistema in cui il finanziamento venga ripartito in parti uguali tra i Cantoni e l'assicurazione malattie. Tale sistema permetterà di concentrarsi non più sul modo di trasferire i costi ad altri, bensì sul contenimento dei costi globali.

Il principio, implicitamente ripreso dalla LAMI, della copertura dei costi di gestione computabili è contrario a un sistema orientato verso il contenimento dei costi. I deficit globali d'esercizio degli ospedali pubblici sono per lo più a carico dell'ente pubblico, il che costituisce uno scarso incentivo ad agire in termini di economia aziendale. Con la presente revisione si intende distanziarsi completamente dal principio della copertura dei costi per passare al finanziamento delle prestazioni. Questo passaggio dal finanziamento istituzionale a quello prestazionale è, per principio, già ancorato nella nuova LAMal. Tuttavia, in futuro il finanziamento delle prestazioni dovrà fungere da riferimento per ospedali e assicuratori in materia di tariffazione e di modo di fatturazione. L'evoluzione della medicina fa sì che le prestazioni fornite in precedenza nell'ambito ospedaliero, segnatamente gli interventi chirurgici, si effettuano oggi nell'ambito semiospedaliero o ambulatoriale. Sono venute dunque a crearsi situazioni in continuo divenire, in cui settore ospedaliero da un lato, settori semiospedaliero e ambulatoriale dall'altro, coagiscono. Al fine di chiarire la situazione, la presente revisione propone che tutte le prestazioni fornite nell'ambito ospedaliero, comprese anche quelle semiospedaliere per le quali è necessaria un'infrastruttura ospedaliera, siano sottoposte allo stesso regime finanziario. Inoltre il settore semiospedaliero deve essere sottoposto, come quello ospedaliero, all'obbligo di pianificazione.

Il settore ospedaliero dispone di diversi strumenti per contenere i costi (competenza cantonale di introdurre un budget globale, pianificazione degli ospedali e delle cure di cura) e la pianificazione ospedaliera ha già sortito i primi effetti. Per contro,

nel settore ambulatoriale gli assicuratori malattie sono costretti di fatto a concludere una convenzione tariffale con tutti i fornitori di prestazioni legalmente autorizzati. In tal modo essi non dispongono per principio di alcun mezzo per impedire l'aumento del volume delle prestazioni legato al costante aumento dei fornitori di prestazioni autorizzati. Sulla scorta di una mozione approvata dal Parlamento nell'ambito dei dibattiti relativi alla prima revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale ha posto in consultazione una proposta volta a sopprimere – ma soltanto nel settore ambulatoriale – l'obbligo di stipulare convenzioni. Il modello proposto lasciava agli assicurati la possibilità di scegliere unicamente tra i fornitori di prestazioni ambulatoriali convenzionati con il loro assicuratore e pertanto autorizzati a esercitare la loro attività per quest'ultimo. I pareri pervenuti hanno chiaramente rilevato che in linea di massima molti ambienti interessati sono favorevoli a una maggiore competitività e pertanto anche all'idea di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni, mentre considerano discutibile il modello proposto o lo ritengono addirittura inadeguato e impossibile da attuare. Sulla scorta dei pareri pervenuti non è stato tuttavia possibile ideare un modello alternativo in grado di raccogliere un consenso maggiore. Il Consiglio federale rinuncia pertanto, nell'ambito della presente revisione parziale, a proporre un modello di convenzione aperto alla concorrenza nel settore ambulatoriale. La soppressione dell'obbligo di concludere una convenzione tariffale è prevista unicamente nel caso di fornitori di prestazioni che hanno compiuto i 65 anni.

Messaggio

1 Parte generale

1.1 Situazione iniziale

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) si basa sul principio della solidarietà tra persone malate e sane. Lo scopo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è di garantire a tutta la popolazione l'accesso a una copertura medica di alta qualità. Al riguardo, si intende sgravare finanziariamente le persone di condizioni economiche modeste e incentivare la riduzione dei costi della salute. Per quanto riguarda il finanziamento, la legge sull'assicurazione malattie riprende implicitamente le disposizioni della previgente legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni; per le prestazioni fornite nell'ambito ospedaliero, la legge prevede un finanziamento duale a carico dell'assicurazione malattie e dei Cantoni. Nel contempo la nuova legge sull'assicurazione malattie prevede una netta separazione tra la cosiddetta assicurazione di base, che costituisce un'assicurazione malattie a carattere sociale, e le assicurazioni complementari, che sono subordinate alle disposizioni del diritto in materia di assicurazioni private. Ne consegue che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresenta un sistema di assicurazione autonoma. La sovrapposizione del nuovo sistema al vecchio disciplinamento finanziario ha tuttavia comportato confusioni e divergenze in merito all'applicazione della legge, che dovrebbero essere chiarite nella presente revisione parziale. I principi ancorati nella legge sull'assicurazione malattie dovranno essere applicati con coerenza, ma in nessun caso saranno rimessi in discussione.

1.1.1 Finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono attualmente finanziate da più fonti. Per la riscossione e la distribuzione dei mezzi finanziari, sono rilevanti essenzialmente i seguenti elementi:

Premi pro capite degli assicurati

Tutti gli assicurati sono tenuti a versare un premio il cui ammontare dev'essere uguale, all'interno di un assicuratore e di un ramo assicurativo, per tutti gli adulti di uno stesso Cantone e di una stessa regione (premio unico). Sono previsti premi più bassi per i bambini e i giovani adulti.

Partecipazione degli assicurati alle spese

Gli assicurati partecipano alle spese in triplice modo: pagando una franchigia fino a un importo stabilito, a cui si aggiunge un'aliquota del 10 per cento dell'ammontare della fattura fino a un limite massimo. A seconda dello statuto personale, la persona assicurata deve assumersi, in caso di ospedalizzazione, un contributo supplementare per le spese di degenza di 10 franchi al giorno. La partecipazione ai costi deve costituire un incentivo per gli assicurati a limitare allo stretto necessario il ricorso alle prestazioni sanitarie.

Sussidi federali e cantonali destinati alla riduzione dei premi

La Confederazione e i Cantoni riducono i premi degli assicurati di condizioni economiche modeste. I Cantoni dispongono di ampia libertà per quanto attiene alle modalità d'esecuzione. L'ammontare annuo dei sussidi federali e cantonali viene stabilito mediante decreto federale valevole per quattro anni (ora per il periodo 2000-2003). La legge fissa l'importo mediante il quale i Cantoni devono integrare i sussidi federali. I Cantoni hanno la possibilità di ridurre al massimo del 50 per cento il contributo che devono assumersi. In tal caso, il sussidio federale concesso è ridotto in misura corrispondente.

Proventi da capitale e altre entrate

Gli assicuratori malattie investono sul mercato dei capitali i fondi di cui non hanno bisogno a breve termine. Grazie agli interessi maturati, gli assicuratori dispongono pertanto, in aggiunta ai premi, di ulteriori entrate.

Allestimento di infrastrutture da parte di Cantoni e Comuni

I Cantoni e i Comuni finanziano in parte direttamente la costruzione di ospedali e installazioni di cura. Si assumono inoltre in parte anche le spese delle maggiori acquisizioni infrastrutturali correnti.

Sovvenzionamento delle prestazioni ospedaliere da parte dei Cantoni

I Cantoni sono tenuti a coprire, mediante introiti fiscali, almeno il 50 per cento delle spese di gestione correnti per i pazienti del reparto comune di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. In seguito a due decisioni del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) pronunciate nel dicembre 1997, essi sono tenuti a versare tale contributo anche per gli abitanti del Cantone che hanno sottoscritto un'assicurazione per il reparto privato o semiprivato, i quali per ragioni mediche (fra cui rientrano anche i casi di emergenza) sono ricoverati fuori dal Cantone di domicilio. L'obiettivo di questo disciplinamento finanziario è tra l'altro quello di fare in modo che i Cantoni si assumano in modo coerente l'obbligo di pianificare e coordinino la pianificazione, il finanziamento e l'occupazione degli ospedali, contribuendo ad ottimizzare l'utilizzazione delle risorse e, di conseguenza, a contenere i costi.

Compensazione dei rischi

Tra gli assicuratori malattie esiste una compensazione dei rischi finanziata mediante i premi riscossi dai diversi assicuratori. In tal modo, i costi sono ripartiti tra gli assicuratori malattie che presentano un effettivo di assicurati ad alto rischio superiore alla media e coloro che si trovano nella situazione inversa. Per la redistribuzione è importante unicamente la suddivisione degli assicurati per classi d'età e sesso. Le modalità di calcolo della compensazione dei rischi implica che la somma dei contributi versati al fondo di compensazione corrisponda ai contributi versati da quest'ultimo.

I dati statistici (allegato, tavola 1) mostrano che, in merito al finanziamento dei costi a carico dell'assicurazione malattie, la maggior parte del finanziamento, ossia poco più di due terzi, è garantita dai premi pro capite e dalla partecipazione degli assicurati ai costi. Si constata inoltre una diminuzione dei sussidi erogati dai Cantoni. Benché nel 1998 la quota versata dagli enti pubblici sia lievemente aumentata, non si può attualmente stabilire se si tratti di un'inversione di tendenza. Dato che i cambiamenti avvenuti sono anzitutto dovuti all'aumento dei sussidi destinati alla ridu-

zione dei premi, se i premi continueranno a salire ci si dovrà attendere un aumento della quota finanziata dalle economie domestiche.

1.1.2 **Legislazione vigente**

In virtù della ripartizione delle competenze sancita nell'articolo 3 della Costituzione federale (Cost.; RS 101), l'assistenza sanitaria è un compito pubblico dei Cantoni. Da parte sua, la Confederazione si assume in ultima istanza la responsabilità affinché la popolazione possa assicurarsi contro i rischi di malattia e infortuni a condizioni sopportabili (art. 117 Cost.) e che l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni conservi il suo carattere sociale (su tutta questa problematica cfr. GAAC 48 (1984) p. 492 segg.). In riferimento agli obiettivi sociali sanciti nella Costituzione federale, nel messaggio relativo all'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili» del 31 maggio 2000 (cfr. n. 1.2.1), il nostro Consiglio ha rilevato che, per quanto riguarda il disciplinamento dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, Confederazione e Cantoni non si adoperano soltanto a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private, com'è fatto espressamente salvo nella Costituzione per altri settori sociali (art. 41 cpv. 1 Cost.). L'impegno di Confederazione e Cantoni affinché ognuno sia assicurato contro le conseguenze economiche di malattia e infortunio fa espressamente eccezione alla riserva restrittiva formulata all'inizio del capoverso 1 in forza della disposizione specifica contenuta nell'articolo 41 capoverso 2 Cost. (Prof. Dr. Hans Peter Tschudi, *Die Sozialziele der neuen Bundesverfassung*, *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge* 43/1999, p. 364 segg., d; Prof. Dr. René Rhinow, *Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung*, da: *Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft*, Berna 2000, d).

Le disposizioni federali e cantonali in materia sanitaria non potrebbero quindi esistere indipendentemente le une dalle altre e occorre pertanto che siano tra loro armonizzate. Nel caso dell'assicurazione malattie, la competenza dei Cantoni nel settore ospedaliero è stata rafforzata per il fatto che negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico gli assicuratori si assumono al massimo il 50 per cento dei costi computabili (art. 49 cpv. 1 LAMal). Inoltre spetta ai Cantoni il compito di pianificare la cura ospedaliera e di allestire un elenco degli ospedali ammessi all'attività a carico dell'assicurazione malattie (art. 39 cpv. 1 LAMal).

Le disposizioni in materia di finanziamento corrispondono alla ripartizione delle competenze tra l'assicurazione malattie e i Cantoni. L'assicurazione malattie è un'assicurazione che copre le conseguenze economiche del rischio «malattia» per quanto riguarda le cure mediche; la soluzione concernente l'assicurazione sociale è piuttosto legata all'aspetto della previdenza obbligatoria. I premi sono riscossi quali premi pro capite a prescindere dal reddito (vedi n. 1.1.1). I Cantoni sono competenti in materia di cure sanitarie ed hanno un influsso, segnatamente con la loro politica di investimenti, sui costi della salute a carico dei residenti nel Cantone. La partecipazione dei Cantoni ai costi di gestione degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico risponde al principio secondo cui la competenza in materia fiscale deve coincidere con l'obbligo di finanziamento. Dato che i costi del settore ospedaliero sono in parte finanziati mediante le imposte – la cui aliquota è progressiva in funzione del reddito e della sostanza –, la ripartizione degli oneri finanziari è socialmente più equa in un sistema finanziato esclusivamente da premi pro capite indipendenti dal reddito.

Oltre al rafforzamento della solidarietà e alla garanzia dell'accesso di tutta la popolazione a una copertura medica di alta qualità, fra gli obiettivi prioritari della legge sull'assicurazione malattie figura il contenimento dei costi. La partecipazione ai costi mira a incentivare un consumo responsabile delle prestazioni sanitarie. Per i Cantoni, la legge prevede diversi strumenti intesi a contenere l'aumento dei costi nel settore ospedaliero, quali per esempio lo stanziamento globale di bilancio e, in particolare, l'obbligo di allestire una pianificazione ospedaliera. Per contro, la legge lascia un margine di manovra ristretto agli assicuratori. Il divieto dei cartelli esplicitamente introdotto nella legge sull'assicurazione malattie permette loro, oltre a particolari forme di assicurazione, di concludere convenzioni speciali a tariffe diverse, permettendo così la libera concorrenza tra i fornitori di prestazioni. A causa del divieto di esclusività, ossia della possibilità esplicitamente sancita nella legge vigente (art. 46 cpv. 3 LAMal) che altri assicuratori o fornitori di prestazioni aderiscano alle convenzioni, ai singoli assicuratori è praticamente impossibile trarre vantaggi concorrenziali. Una possibilità per incentivare la concorrenza (a livello di tariffe) fra fornitori di prestazioni potrebbe essere la soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni. Questo tema verrà ripreso nell'ambito della presente revisione (cfr. n. 2.3).

Fin dalla prima fase di applicazione della nuova legge, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, si sono delineati diversi problemi inerenti alla sua applicazione. Le diverse interpretazioni in merito alla questione dell'assunzione dei costi in caso di ospedalizzazione fuori dal Cantone di domicilio e l'allestimento di elenchi di ospedali fondato su queste interpretazioni hanno comportato innumerevoli ricorsi al nostro Consiglio (art. 53 LAMal). Tali ricorsi contestavano per lo più gli elenchi di ospedali e di case di cura che i Cantoni sono tenuti a compilare in virtù della competenza loro attribuita nell'articolo 39 LAMal. Un numero più esiguo di ricorsi ha messo in discussione le tariffe applicate da ospedali, case di cura, organizzazioni di cure e di aiuto a domicilio, nonché da altri fornitori di prestazioni ambulatoriali (medici, levatrici).

Nel settore delle tariffe ospedaliere, le divergenze si sono rivelate soprattutto a proposito dell'ammontare del grado di copertura dei costi negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Si è potuto constatare che, all'entrata in vigore della nuova legge, la quota dei costi assunti dagli assicuratori malattie ammontava nella maggioranza degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico tra il 40 e il 50 per cento, in pochi altri superava addirittura il 50 per cento. Le lacune concernenti la trasparenza dei costi constatate in occasione di diverse procedure di ricorso hanno inoltre impedito, in molti casi, di determinare con precisione un parametro per i costi computabili, motivo per cui il nostro Consiglio ha agito con grande cautela nell'approvare aumenti tariffari.

Dopo l'entrata in vigore della LAMal esisteva inoltre, tra i Cantoni e gli assicuratori malattie, una divergenza d'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal concernente la prestazione contributiva per ospedalizzazioni fuori Cantone per motivi d'ordine medico. Si poneva la questione di sapere se il Cantone dovesse versare il suo contributo per cure prestate in un altro Cantone, indipendentemente dal genere di reparto in cui fosse effettuato il trattamento.

In due sentenze di principio (DTF 123 V 290 segg., 310 segg.) pronunciate nel dicembre 1997, il TFA è giunto alla conclusione che l'obbligo contributivo del Can-

tone in caso di degenza extracantonale esiste indipendentemente dal tipo di reparto in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. Ha infatti considerato che, in caso di degenza in un reparto privato o semiprivato, i costi dovevano essere assunti conformemente alle tariffe stabilite per il reparto comune dell'ospedale in questione, come se l'assicurato fosse stato ricoverato nel reparto comune. Se l'ospedale non dispone di reparto comune, si applica una tariffa di riferimento. Dato che l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie non dipende dal fatto che un assicurato sia effettivamente ricoverato nel reparto comune, a parità di condizioni non vi è alcun motivo per cui il Cantone rifiuti un contributo della stessa natura. Il TFA si è basato sul fatto che i lavori preparatori non contenessero altre indicazioni e che il concetto di reparto comune non fosse menzionato nell'articolo 41 capoverso 3 LAMal. Ma soprattutto ha preso in considerazione l'obiettivo perseguito da tale disposizione: la ripartizione degli oneri tra i Cantoni e il potenziamento del coordinamento intercantonale. Ha ritenuto che una compensazione sia opportuna tra i (piccoli) Cantoni che, per motivi di politica sanitaria, non offrono determinate prestazioni ospedaliere e i Cantoni che dispongono di infrastrutture ospedaliere sviluppate, cofinanziate dalle imposte dei domiciliati nel Cantone. Nel contempo, il TFA ha però anche deciso che questa disposizione non può essere applicata agli ospedali non sussidiati poiché, secondo il chiaro disposto della legge, il Cantone di domicilio ha un obbligo di compensazione soltanto in caso di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, mentre in caso di ospedali non sussidiati le tariffe applicate ai pazienti extracantonali sono di regola uguali a quelle applicate ai residenti. I costi fatturati dovrebbero quindi corrispondere alle tariffe dell'ospedale interessato, per cui la questione dell'obbligo di compensazione non si pone nemmeno. Il TFA non si è pronunciato in merito alla questione di sapere se i Cantoni devono dare un contributo anche per il trattamento dispensato all'interno del Cantone agli assicurati che hanno sottoscritto un'assicurazione per il reparto privato o semiprivato. Al fine di disciplinare la questione del finanziamento delle cure ospedaliere fuori Cantone per le persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata è stata conclusa una convenzione tra i Cantoni e gli assicuratori malattie. Tale convenzione è valida fino al 31 dicembre 2000 e può essere prorogata di un anno. La presente revisione dovrà chiarire definitivamente la situazione.

Oltre al finanziamento degli ospedali, recentemente sono state sollevate questioni relative al disciplinamento dell'assicurazione malattie per i richiedenti l'asilo, la cui soluzione richiederà pure adeguamenti della LAMal. Tali adeguamenti verranno effettuati nel quadro della prossima revisione della legge sull'asilo. Il relativo messaggio sarà presentato al Parlamento nel primo semestre del 2001.

1.1.4 Primi risultati relativi all'analisi degli effetti della nuova legge sull'assicurazione malattie

Durante la fase preparatoria dell'introduzione della nuova legge sull'assicurazione malattie era già possibile prevedere che la legge avrebbe comportato cambiamenti concernenti tutti gli attori interessati. Al fine di poter valutare in modo preciso questi effetti molteplici e complessi, nell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) è stato sancito l'obbligo dell'analisi scientifica degli effetti. Secondo l'articolo 32 OAMal, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), in collaborazione con assicuratori, fornitori di prestazioni, Cantoni e rappresentanti del campo scientifico procede a studi scientifici sull'esecuzione e

gli effetti della legge. L'analisi dei diversi aspetti della revisione legislativa è stata suddivisa in vari progetti, di cui una parte è già conclusa. In particolare, i risultati dei progetti parziali riportati qui di seguito hanno permesso di trarre conclusioni interessanti in merito a taluni temi che sono oggetto della presente revisione parziale.

Gli effetti della nuova LAMal sul finanziamento del settore sanitario e dell'assicurazione malattie

L'ampliamento del catalogo delle prestazioni, l'assunzione delle prestazioni di cura illimitata nel tempo, la descrizione della copertura dei costi in caso di degenza ospedaliera, la parità del settore ambulatoriale con quello ospedaliero in relazione all'aliquota percentuale pagata dagli assicurati nonché il cambiamento del sistema di versamento dei sussidi hanno comportato un cambiamento dei flussi e delle quote di finanziamento. Sulla base dei dati esistenti, l'Ufficio federale di statistica ha condotto un primo studio (S. Greppi, R. Rossel, W. Strüwe: Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Berna 1998 d/f) destinato all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, il quale ha evidenziato le modifiche osservate durante il primo anno dell'entrata in vigore della nuova LAMal rispetto ai due anni precedenti. In un secondo studio (N. Siffert, R. Rossel, S. Greppi, H. Ritzmann: Analyse der Wirkungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und andere Bereiche der sozialen Sicherheit, Berna 2000, d/f), i dati sono stati aggiornati per approfondirne l'analisi. Al riguardo è stato rilevato che i costi supplementari legati all'introduzione della nuova legge nel corso del primo anno sono stati un po' sopravvalutati, mentre le stime effettuate per gli anni 1997 e 1998 erano più vicine alla realtà. La partecipazione ai costi da parte degli assicurati è stata tuttavia superiore alle stime. La continua ritirata dei Cantoni dal finanziamento degli ospedali è proseguita anche dopo l'entrata in vigore della nuova legge (allegato, tavola 1).

Modifiche nel settore dell'assicurazione complementare

La separazione tra assicurazione obbligatoria di base e assicurazione complementare facoltativa introdotta con la nuova LAMal costituisce un primo passo verso una maggiore concorrenza nel settore sanitario. Per quanto riguarda i settori interessati dalla presente revisione, l'analisi dei cambiamenti nell'ambito dell'assicurazione complementare (Dr. W. Stürmer et. al., Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, Berna 2000, d) ha rilevato che gli assicuratori consultati hanno soddisfatto completamente, ed entro i termini, l'esigenza legale di presentare conti separati per l'assicurazione di base e quella complementare. Per quanto concerne gli ospedali, è invece rimasto tutto come prima: rilevano separatamente soltanto il finanziamento, ma non i costi degli assicurati coperti dall'assicurazione di base e di quelli che beneficiano di un'assicurazione complementare poiché – oltre alla mancanza di disposizioni uniformi a livello federale – la maggior parte degli ospedali non dispone di una contabilità adeguata che comprenda con una contabilità per centri di costo e per unità finali d'imputazione. Inoltre, i costi fatturati agli assicurati e agli assicuratori non si differenziano secondo gli oneri effettivi: nella maggior parte dei casi la fatturazione viene effettuata in funzione delle somme che contribuiscono alla copertura. Con le strutture decisionali e finanziarie attualmente esistenti negli istituti ospedalieri, la maggior parte degli ospedali cerca di compensare i contributi di copertura mancanti con entrate più elevate evitando di ridurre l'offerta delle loro prestazioni, un atteggiamento che a lungo termine non è sosteni-

bile. Si raccomanda di abbandonare questa idea di trasferimento dei costi e di passare da un finanziamento oggettivo a uno soggettivo, lasciando totalmente libera la concorrenza tra istituti ospedalieri, ad eccezione dei settori riservati, che dovranno continuare ad essere gestiti mediante mandati di prestazioni.

L'efficacia sociopolitica della riduzione dei premi

La nuova legge sull'assicurazione malattie ha comportato un cambiamento nel sistema di sovvenzionamento dei premi dell'assicurazione malattie: il sistema della generale riduzione dei premi per tutti gli assicurati è stato sostituito mediante riduzioni individuali dei premi, concesse ad assicurati che si trovano in condizioni economiche modeste. L'esecuzione della riduzione dei premi avviene a livello cantonale. Partendo dal criterio che abbiamo formulato nel messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, secondo cui l'ammontare dei premi di una famiglia non dovrebbe superare una determinata percentuale del reddito imponibile (FF 1992 I 65, in part. 247), è stata determinata, per tre casi esemplificativi e per tutti i Cantoni, la quota del reddito disponibile che dev'essere dovuta al premio d'assicurazione malattie restante dopo la deduzione delle riduzioni dei premi (Dr. A. Balthasar, Interface Institut für Politikstudien: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Berna 1998, d/f). Da questo studio sono emersi risultati comparabili a livello nazionale in merito all'efficacia della riduzione dei premi dal profilo della politica sociale nonché le differenze esistenti tra l'effetto della riduzione dei premi nei Cantoni e sul modello delle economie domestiche considerate.

Analisi degli effetti della compensazione dei rischi

Una compensazione dei rischi tra assicuratori malattie è già stata introdotta nel 1991 quale misura transitoria contro la desolidarizzazione nell'assicurazione malattie, nell'articolo 2 del decreto federale concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione nell'assicurazione contro le malattie (RU 1991 2607 segg.). Con l'entrata in vigore della LAMal nel 1996, la compensazione dei rischi è stata trasferita nel diritto ordinario per una durata massima di dieci anni. La compensazione dei rischi serve, da una parte, a garantire una compensazione tra gli assicuratori che, in virtù della loro struttura assicurativa favorevole, hanno potuto offrire premi bassi e, dall'altra, gli assicuratori che, avendo una struttura dei rischi sfavorevole, presentano premi elevati. Lo scopo dell'introduzione della compensazione dei rischi era di far sì che aumentassero i premi degli assicuratori con strutture favorevoli e diminuissero quelli di coloro che presentano una struttura dei rischi sfavorevole. Questa misura, legata al libero passaggio degli assicurati, anch'esso introdotto nella LAMal, avrebbe dovuto avere come conseguenza di equilibrare le strutture dei rischi degli assicuratori; la compensazione dei rischi avrebbe dovuto sia incentivare la concorrenza tra gli assicuratori, con una conseguente diminuzione dei costi, sia eliminare la selezione dei rischi da parte degli assicuratori. Un primo rapporto di ricerca sul tema della compensazione dei rischi (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Berna 1999, d) aveva lo scopo di determinare se le prime esperienze maturate nell'ambito della compensazione dei rischi corrispondessero alle aspettative, quali difficoltà fossero emerse e quali fossero le possibilità di ottimizzare il sistema. In un secondo lavoro di ricerca, il medesimo esperto ha proposto diverse varianti di miglioramento, analizzandone gli effetti sulla selezione dei rischi e la rettificazione delle differenze esistenti nella struttura dei rischi degli assicuratori (lic. rer.

pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Der Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung, Berna 2000, d). L'esperto propone segnatamente la compensazione prospettiva delle strutture del rischio, la cui determinazione dovrà considerare diversi altri fattori determinanti.

Conseguenze nel settore delle tariffe

La nuova legge sull'assicurazione malattie comprende un misto di misure interventistiche e nel contempo intese a promuovere la concorrenza. In merito al settore delle tariffe, vi è anzitutto l'obiettivo della concorrenza che deve essere promossa mediante misure di diritto dei cartelli. Con la possibilità dei Cantoni di stanziare budget globali, la legge prevede tuttavia anche uno strumento di controllo statale che influenza il settore delle tariffe. Lo studio relativo agli sviluppi nel settore delle tariffe (S. Hammer, INFRAS: Die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, Berna 2000, d) presenta gli effetti della LAMal sulla struttura e l'ammontare delle tariffe, nonché le trattative e i ricorsi in atto in materia di tariffe. Costituisce inoltre una base per valutare in che misura il divieto dei cartelli ha contribuito a una maggiore diversità delle tariffe e a una maggiore concorrenza, e quindi anche al contenimento dei costi. Indica altresì come le modifiche legislative potrebbero contribuire a meglio raggiungere gli obiettivi prefissi. Gli autori sono giunti alla conclusione che la panoramica delle tariffe è rimasta sostanzialmente immutata dopo l'entrata in vigore della nuova legge e che, in particolare, non si sono rivelate fondate le ipotesi formulate nell'ambito dei lavori preparatori della nuova legge per quanto concerne la conclusione di contratti speciali con tariffe più favorevoli e lo sviluppo di forme d'assicurazione alternative. Ciò è dovuto alle disposizioni relative alle tariffe e soprattutto all'obbligo di stipulare convenzioni, che disincentivano gli assicuratori a concludere contratti speciali. Il rapporto tra le parti alla convenzione è senz'altro cambiato, nel senso che le trattative sono diventate più difficili, ponendo un freno all'evoluzione delle tariffe. Complessivamente però, non si constata che una maggiore concorrenza in ambito tariffale eserciti alcun influsso sull'evoluzione dei costi.

Valutazione della pianificazione ospedaliera

La pianificazione ospedaliera introdotta nella LAMal intende contribuire a un miglior coordinamento dei fornitori di prestazioni e, pertanto, a un'utilizzazione ottimale delle risorse e al contenimento dei costi. Su mandato del segretariato centrale della Conferenza dei direttori cantonali della sanità sono stati effettuati due studi. Il primo offre una panoramica sullo stato della pianificazione un anno dopo la scadenza del termine fissato per l'allestimento delle pianificazioni ospedaliere (M. Rothenbühler: Evaluation der Spitalplanungen und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG, Berna 1999, d). Dallo studio emerge che una pianificazione esiste in tutti i Cantoni e che le misure a breve termine introdotte dai Cantoni dal 1996 hanno avuto effetti tangibili: sono stati soppressi letti acuti, chiusi istituti ospedalieri acuti o adibiti ad altro uso e soppressi posti, realizzando un risparmio netto di circa 215 milioni di franchi all'anno (stato: febbraio 1999). Sono stati espressi dubbi in merito all'idoneità della pianificazione ospedaliera e degli elenchi di ospedali quali strumenti di controllo efficaci a medio e lungo termine per quanto concerne le cure sanitarie: da una parte, perché la pianificazione ospedaliera non comprende le cure del settore ambulatoriale e semiospedaliero e, dall'altra, perché non esistevano accordi relativi al contenuto delle pianificazioni ospedaliere né a livello regionale né a livello na-

zionale. Un importante motivo al riguardo sarebbe, secondo l'autore, la mancanza di una politica sanitaria a livello nazionale.

In un secondo studio sono stati valutati i metodi di pianificazione dei Cantoni (O. Biersack, Wirtschaftswissenschaftliche Zentrum der Universität Basel: die Planungsmethoden der Kantone, Basilea 2000, d), in cui si opera una distinzione tra i Cantoni che, per pianificare il fabbisogno, si basano unicamente sulla necessità di posti letto calcolata in base alla popolazione e i Cantoni che si avvalgono anche di altri fattori. Secondo l'esperta è difficile paragonare il fabbisogno di posti letto nei singoli Cantoni a causa delle differenze esistenti tra i Cantoni quando si tratta di importazioni o esportazioni di pazienti, nonché dei diversi livelli di servizi sanitari esistenti, il che rende difficile, per non dire impossibile, effettuare una stima globale.

1.2 Richieste di revisione

1.2.1 Iniziative popolari

Iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero»

Il 23 giugno 1997 è stata depositata l'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» con 134 015 firme valide (FF 1997 IV 1297). Essa chiede di aggiungere un terzo capoverso all'articolo 117 Cost., in cui venga sancito il diritto dei pazienti di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni all'interno di tutta la Svizzera e che i costi vengano assunti dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e gli infortuni.

Nell'ambito delle anzidette decisioni del TFA, è già stata chiarita la questione dell'obbligo contributivo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dei Cantoni in caso di degenza fuori Cantone in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Dato che il TFA vi ha dato una risposta affermativa, la richiesta dell'iniziativa è in gran parte soddisfatta. Un obbligo contributivo più esteso dell'assicurazione sociale malattie, ossia un contributo a tutte le cure ospedaliere, indipendentemente dal fatto che un ospedale corrisponda o meno alla pianificazione, comporterebbe costi supplementari, ma renderebbe anche lo strumento della pianificazione ospedaliera praticamente inefficace. Per questi motivi il nostro Consiglio ha raccomandato, nel messaggio del 14 giugno 1999 (FF 1999 7607), di respingere l'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero». Il Consiglio nazionale vi ha dato seguito raccomandando a sua volta di respingere l'iniziativa, mentre la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati ha deciso di rinviare il dibattito sull'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», affinché possa essere discussa nell'ambito della presente revisione parziale.

Iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi»

L'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» è stata depositata il 10 settembre 1998 con 106 776 firme valide (FF 1998 3930). Essa chiede di modificare l'articolo 117 capoverso 2 Cost. Come indica il titolo, l'iniziativa mira a ridurre i costi ospedalieri in Svizzera. Per realizzare questo obiettivo, propone essenzialmente di limitare il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie soltanto alla copertura delle spese d'ospedalizzazione e che gli assicurati abbiano la possibilità di concludere un'assicurazione per la degenza ospedaliera nel quadro della legge fede-

rale sull'assicurazione malattie oppure, indipendentemente da quest'ultima, presso un istituto d'assicurazione di diritto privato. I Cantoni devono avere l'obbligo di provvedere, se necessario in collaborazione con altri Cantoni, affinché i loro residenti dispongano di un numero sufficiente di posti letto nei tre reparti (comune, semiprivato e privato). Gli assicurati devono essere esentati dall'obbligo di partecipare ai costi. Per gli assicurati ricoverati nel reparto comune, l'assicurazione malattie o l'assicuratore privato è tenuto a versare al Cantone un importo di 250 franchi al giorno e pro capite, indicizzato secondo l'indice dei prezzi al consumo. Tale contributo comprende tutte le prestazioni dell'ospedale (quali operazioni, medicinali, radiografie, trasporto del paziente all'ospedale).

L'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» compromette i due principali obiettivi della legge sull'assicurazione malattie, ossia il rafforzamento della solidarietà e il contenimento dei costi. L'accettazione di questa l'iniziativa inferirebbe un duro colpo all'attuale politica sociale, che mira a garantire cure sanitarie adeguate e di alta qualità e a coprire il fabbisogno di cure di tutta la popolazione. Nel messaggio dell'8 settembre 1999, abbiamo pertanto raccomandato di respingere l'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» (FF 1999 8571). Sia il Consiglio nazionale che il Consiglio degli Stati hanno accolto questa raccomandazione.

Iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili»

L'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» del Partito socialista svizzero (PSS) è stata depositata il 9 giugno 1999 con 108 081 firme valide (FF 1997 IV 1142). Essa chiede la riformulazione dell'articolo 117 Cost. e un riordinamento finanziario dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sancito nella Costituzione. Il finanziamento sarebbe assicurato da introiti a destinazione vincolata provenienti dall'imposta sul valore aggiunto e, in misura almeno equivalente, dai contributi versati dagli assicurati, che sarebbero stabiliti in funzione del reddito e della sostanza e prendendo in considerazione gli oneri familiari dell'assicurato. Dovrebbe inoltre essere sancito nella Costituzione il principio secondo cui la Confederazione e i Cantoni provvedono a contenere efficacemente i costi nel settore sanitario. A tal fine la Confederazione disciplina la medicina di punta e coordina le pianificazioni sanitarie dei Cantoni, determinando il prezzo massimo delle prestazioni a carico dell'assicurazione, emanando disposizioni concernenti le autorizzazioni concesse ai fornitori di prestazioni e procedendo altresì a un efficace controllo della qualità. Il nostro Consiglio ha respinto l'iniziativa «La salute a prezzi accessibili. (Iniziativa sulla salute)» nel messaggio del 31 maggio 2000 (FF 2000 3707) senza controproposta. Intendiamo infatti conservare il sistema dei premi pro capite in cui la compensazione avviene mediante la riduzione dei premi. A nostro avviso diverse richieste avanzate dall'iniziativa sulla salute hanno già potuto e potranno ancora essere soddisfatte nel quadro di progetti di modifica della legislazione pendenti che vanno nella direzione auspicata, fra cui figura anche la presente revisione parziale.

1.2.2 Interventi parlamentari

Mozione (Hochreutener) Raggenbass «Finanziamento degli ospedali. Revisione»

La mozione relativa al finanziamento ospedaliero (98.3012) depositata il 21 gennaio 1998, in seguito ripresa dal Consigliere nazionale Raggenbass, propone una radicale

revisione del finanziamento ospedaliero. L'autore della mozione chiede una modifica della legge sull'assicurazione malattie: occorre anzitutto intensificare la concorrenza tra istituti ospedalieri pubblici e privati su basi eque; in secondo luogo, le cure ambulatoriali, semiospedaliere e ospedaliere devono essere trattate alla stessa stregua e infine le incidenze sociali del cambiamento di sistema devono essere attenuate, affinché non ne consegua un'impennata dei premi. Il nostro Consiglio deve quindi procedere alle necessarie modifiche della LAMal. Al riguardo occorre dare ai Cantoni la possibilità, nel caso in cui adempiano a talune condizioni legate a obblighi legali e finanziari, di rinunciare al finanziamento degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico e di applicare la regola del finanziamento dei costi totali. L'intervento è stato tolto di ruolo il 24 marzo 2000. Dato che la mozione chiedeva una riforma del finanziamento ospedaliero, oggetto della presente revisione parziale, le proposte dell'autore della mozione possono essere analizzate in questo contesto.

Postulati delle Commissioni della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati e del Consiglio nazionale per la soppressione dei sussidi diretti da parte dei Cantoni

In un'iniziativa depositata il 9 settembre 1998 (98.302), il Cantone di Soletta chiedeva che la legge sull'assicurazione malattie fosse modificata in modo tale che la gestione degli ospedali non potesse più essere sussidiata dai Cantoni. La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati ha proposto di non dar seguito a questa iniziativa, ma di trasmettere la questione sotto forma di postulato. Detta Commissione era del parere che l'iniziativa del Canton Soletta presentasse un interesse nel quadro della revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie concernente il finanziamento degli istituti ospedalieri; la Commissione riteneva positivo il rafforzamento della concorrenza derivante dall'obbligo di procedere al calcolo dei costi totali legato alla soppressione dei sussidi diretti. Era pure favorevole alla parità di trattamento, auspicata dall'iniziativa, tra gli ospedali pubblici e privati, nonché alla parità di trattamento tra i pazienti residenti nel Cantone e i pazienti extracantonali. La Commissione ha depositato, il 1° febbraio 1999, un postulato in cui ci chiede di esaminare, in vista della seconda revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie, le ripercussioni di una soppressione dei sussidi diretti agli ospedali erogati dai Cantoni sul sistema sanitario e se sia possibile proporre un'eventuale modifica in tal senso dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal. L'8 marzo 1999 il nostro Consiglio si è dichiarato disposto ad accettare il postulato (99.3007); quest'ultimo è stato trasmesso dal Consiglio degli Stati il 15 marzo 1999 (BU 1999 S 176). Il 26 marzo 1999, la Commissione della sicurezza e della sanità del Consiglio nazionale ha trasmesso un postulato (99.3154) sulla stessa questione e con i medesimi obiettivi. Da parte nostra ci siamo dichiarati disposti, il 19 aprile 1999, ad accogliere il postulato; quest'ultimo è stato approvato dal Consiglio nazionale il 31 maggio 1999 (BU 1999 N 808).

Mozione Gysin «Incentivazione di trattamenti ambulatoriali e semiospedalieri»

La mozione depositata il 25 novembre 1996 volta a incentivare i trattamenti ambulatoriali e semiospedalieri (96.3561) chiede che le cure ambulatoriali e semiospedaliere dispensate negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico siano sovvenzionate almeno nella misura del 50 per cento; occorrerebbe inoltre disciplinare mediante ordinanza che i trattamenti ospedalieri che avrebbero potuto essere dispensati sotto forma di trattamenti ambulatoriali o semiospedalieri siano definiti come parte delle spese di gestione derivanti da una capacità in esubero. Da parte nostra,

nella presa di posizione del 19 febbraio 1997 ci siamo dichiarati disposti ad esaminare la richiesta dell'autore della mozione – che potrebbe anzitutto essere considerata come stimolo a migliorare il coordinamento tra le cure ambulatoriali e le cure ospedaliere – e a prendere in considerazione eventuali misure. Abbiamo raccomandato di trasformare la mozione in postulato. L'intervento è stato trasmesso dal Consiglio nazionale sotto forma di postulato il 21 marzo 1997 (BU 1997 N 514).

Mozione Vermot «Spitex. Condizioni quadro»

In una mozione depositata il 26 giugno 1998 (98.3344), l'autore ci invita a modificare, nel quadro della prima revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie, diverse condizioni quadro da applicarsi al settore Spitex. Chiede inoltre che siano fissati criteri di qualità ed economicità delle prestazioni nonché criteri per la formazione del personale, che sia elaborata una pianificazione cantonale anche per le organizzazioni di cure a domicilio e che il finanziamento avvenga in modo analogo al modello dei reparti comuni degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico. La soluzione proposta dall'autore della mozione comporterebbe una modifica sostanziale del sistema di finanziamento che il nostro Consiglio non voleva proporre poco tempo dopo l'entrata in vigore della legge; nel parere del 2 settembre 1998 abbiamo pertanto rinunciato a tenere conto della mozione nel quadro della prima revisione parziale. A nostro avviso la proposta può tuttavia essere esaminata nel quadro del progetto relativo al finanziamento ospedaliero, motivo per cui abbiamo proposto che la mozione sia trasformata in postulato. La mozione è stata trasmessa sotto forma di postulato dal Consiglio nazionale il 9 ottobre 1998 (BU 1998 N 2174).

Mozione Gysin Remo «Pianificazione ospedaliera a livello federale»

Depositata il 3 ottobre 1996, la mozione (96.3494) chiede che le pianificazioni ospedaliere cantonali e regionali siano inserite in una visione globale sul piano svizzero e che sia elaborata una pianificazione della medicina di punta e dei grandi centri ospedalieri a livello federale.

Riteniamo che, nell'attuale sistema di ripartizione delle competenze e dei compiti tra Confederazione e Cantoni, questi ultimi dispongono di strumenti adeguati per realizzare una pianificazione. Temiamo che una pianificazione ospedaliera a livello federale si opponga alla responsabilità effettiva e a una collaborazione concreta tra fornitori di prestazioni, Cantoni e assicuratori, motivo per cui abbiamo proposto di trasformare la mozione in postulato. Dato che una valutazione delle pianificazioni ospedaliere non era possibile, segnatamente a causa dei numerosi ricorsi concernenti le pianificazioni ospedaliere allora pendenti presso il nostro Collegio, l'autore ha mantenuto la mozione. Quest'ultima è stata trasmessa su decisione del Consiglio nazionale l'8 ottobre 1998 (BU 1998 N 2127). Dopo aver sentito la Conferenza dei direttori cantonali della sanità, da cui risulta che non è necessaria alcuna misura supplementare da parte della Confederazione, in considerazione della forte pressione finanziaria attualmente in atto per sopprimere le capacità in eccesso e in vista della collaborazione intercantonale nonché in riferimento agli elementi della pianificazione a livello nazionale nel settore della medicina di punta proposti nel quadro della Nuova perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni (cfr. n. 6), la Commissione della sicurezza e della sanità del Consiglio degli Stati è giunta alla conclusione, in occasione della seduta del 30 marzo 1999, che si sta operando a tutti i livelli nel senso di una collaborazione regionale e cantonale. L'intervento è stato trasmesso sotto forma di postulato il 17 giugno 1999 (BU 1999 S 568).

Raccomandazione Plattner «LAMal. Disgregazione della pianificazione ospedaliera»

Il consigliere agli Stati Plattner ha depositato, il 7 ottobre 1999, una raccomandazione (99.3530) in seguito a diverse decisioni su ricorso del nostro Consiglio concernenti la pianificazione ospedaliera dei Cantoni Basilea Città e Basilea Campagna, in cui ci chiede di ritornare sulle decisioni concernenti il diritto inalienabile di accogliere negli elenchi degli ospedali cantonali le offerte di istituti privati o semiprivati, di esporre ai Cantoni e all'opinione pubblica la politica che intendiamo perseguire, nonché di portare a termine le future procedure entro pochi mesi. Nella presa di posizione relativa alla raccomandazione, abbiamo ribadito che provvediamo regolarmente a rivedere e, se necessario, a correggere la nostra prassi in materia di ricorsi; abbiamo inoltre rilevato che le diverse pratiche esistenti nei Cantoni in materia di pianificazione potrebbero eventualmente necessitare in futuro di altre direttive federali. Con riferimento alla pubblicazione delle nostre decisioni già in corso e alle costrizioni materiali che spesso prolungano le procedure, il nostro Collegio si è dichiarato disposto ad accogliere la raccomandazione il 23 febbraio 2000; quest'ultima è stata approvata dal Consiglio degli Stati l'8 marzo 2000 (Boll. uff. S 2000 p. 48).

1.2.3 Prima revisione parziale della LAMal

Il 21 settembre 1998 il nostro Consiglio ha adottato il messaggio concernente la prima revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie. Gli elementi centrali del progetto concernono il contenimento dei costi e la solidarietà. Il principio di solidarietà dovrebbe essere rafforzato facilitando il cambiamento di assicuratore da parte degli assicurati. Secondo la nostra proposta, occorrerebbe promuovere il contenimento dei costi ampliando le competenze dei Cantoni a introdurre budget globali: d'ora in poi i Cantoni dovrebbero poter stanziare, in caso di necessità, bilanci globali per tutte le categorie di fornitori di prestazioni, sia nel settore ospedaliero sia in quello ambulatoriale. Questo ampliamento delle competenze non è stato discusso in modo definitivo in Parlamento; questo punto della revisione è stato rinviato e sarà quindi trattato nella presente revisione parziale (cfr. n. 2.1.2).

Il Consiglio nazionale ha accolto unicamente una proposta del consigliere nazionale Ragenbass che mirava a migliorare il contenimento dei costi e a contenere l'aumento del volume delle prestazioni. Il nostro Collegio dovrà fissare criteri di qualità ed economicità delle prestazioni che dovranno soddisfare i fornitori di prestazioni per poter aderire a una convenzione tariffale. La domanda approvata dal Consiglio nazionale è stata respinta in occasione della procedura d'eliminazione delle divergenze. La domanda della maggioranza della Commissione, che mirava ad abilitare il nostro Consiglio a subordinare l'autorizzazione dei medici all'assicurazione sociale malattie alla prova della necessità, è stata infine accolta (art. 55a LAMal). In virtù degli articoli 36-38 LAMal possiamo pertanto limitare, per un periodo massimo di tre anni, l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni ad esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; sarà nostro compito fissare i relativi criteri.

In seguito, ambedue le Camere hanno trasmesso una mozione (00.3003) della Commissione della sicurezza e della sanità in cui chiedono al nostro Consiglio di esaminare la soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel settore ambulatoriale, semiospedaliero e ospedaliero e di presentare le modifiche della LAMal nel

disegno relativo al finanziamento ospedaliero. La questione della soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni è pertanto ripresa nell'ambito della presente revisione parziale (cfr. n. 1.4 e 2.3).

1.2.4 Politica nazionale svizzera della salute

Il 5 luglio 2000 il nostro Consiglio ha preso atto del documento interlocutorio del Dipartimento federale dell'interno concernente la politica nazionale in materia di salute. Uno dei tre temi da trattare contenuto in tale documento è l'elaborazione di criteri intesi a pianificare l'offerta in relazione alla pianificazione e al coordinamento della medicina di punta. Un altro tema riguarda il conferimento della responsabilità (empowerment) alla popolazione, di particolare importanza nel contesto della soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni. Il terzo tema concerne la salute mentale in senso più ampio. Benché due dei tre temi trattati nell'ambito della politica nazionale della salute siano in relazione con la presente revisione, per l'adozione del presente messaggio non si attenderanno i risultati del progetto relativo alla politica nazionale svizzera della salute. Il nostro Collegio si assume il coordinamento dei lavori.

1.3 Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale concernente una revisione parziale della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero

Nella primavera del 1999 è stata posta in consultazione la nostra proposta concernente la revisione parziale della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Essa prevedeva essenzialmente i seguenti elementi: contrariamente al sistema vigente, occorre remunerare le prestazioni e non più coprire unicamente i costi. In un primo momento ciò può avvenire per esempio mediante costi forfettari per caso o per reparto. Questi forfait legati alle prestazioni sono assunti dagli assicuratori malattie e dai Cantoni dopo essersi accordati su una modalità di ripartizione dei costi previamente definita. Si vuole così fare in modo che le parti alla convenzione tariffale non cerchino di spostare quote di finanziamento, bensì di ridurre i costi globali. Questo genere di remunerazione deve essere indipendente dalla classe in cui il paziente è ricoverato e dalla categoria in cui è assicurato, a condizione che un trattamento ospedaliero sia dispensato su prescrizione medica in un ospedale che figura nell'elenco e che corrisponde alla pianificazione. Tale remunerazione deve coprire anche i costi d'investimento. Le prestazioni fornite nell'ambito semiospedaliero, ossia le cure che hanno generalmente una durata inferiore a 24 ore e che richiedono un'infrastruttura ospedaliera, devono essere equiparate alle prestazioni ospedaliere. Il settore semiospedaliero deve, come quello ospedaliero, essere sottoposto a una pianificazione da parte di uno o più Cantoni.

Le prese di posizione scaturite dalla procedura di consultazione sono divergenti e rivelano i rispettivi interessi finanziari in gioco. I Cantoni, in particolare, vogliono evitare un ulteriore aggravio finanziario mediante il nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero. Diversi Cantoni hanno proposto che il finanziamento ospedaliero sia di nuovo elaborato sulla base della previgente legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Gli ospedali potrebbero in tal modo conti-

nuare a conseguire altre entrate tramite le assicurazioni complementari. Desiderano tuttavia mantenere il sistema di pianificazione ospedaliera, che permette loro di gestire l'autorizzazione degli ospedali ad esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di limitarla. L'estensione dell'obbligo di pianificare al settore semiospedaliero non ha accolto grandi favori e sono state emesse riserve in merito alla proposta di sopprimere il concetto di «reparto comune». Nemmeno le modifiche proposte in merito alla contabilità analitica e alle statistiche hanno avuto un'accoglienza positiva.

Il cambiamento di sistema proposto, ossia il passaggio a un finanziamento delle prestazioni in sostituzione della copertura dei costi attualmente in vigore ha riscontrato i maggiori consensi. Questo passaggio da un finanziamento per stabilimento a un finanziamento delle prestazioni è tuttavia stato respinto da alcuni partecipanti alla consultazione. Alcune organizzazioni hanno peraltro chiesto un radicale cambiamento del sistema, esigendo che in futuro gli ospedali non siano più cofinanziati da Cantoni e assicuratori malattie, ma che tutti i mezzi finanziari passino soltanto – eventualmente attraverso un pool – dagli assicuratori malattie ai fornitori di prestazioni (sistema monistico).

1.4 Soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni

Nella mozione menzionata al numero 1.2.3 si chiede al nostro Consiglio di esaminare la soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nei settori ambulatoriale, semiospedaliero e ospedaliero, e di presentare le relative modifiche nel quadro della presente revisione della LAMal.

In base alla normativa vigente, secondo cui gli assicuratori malattie sono di fatto obbligati a concludere una convenzione tariffale con tutti i fornitori di prestazioni legalmente autorizzati, gli assicuratori malattie non dispongono per principio di alcun mezzo per arrestare l'estensione del volume delle prestazioni legato al costante aumento dei fornitori di prestazioni autorizzati. Il nostro Consiglio ha posto in consultazione il 14 giugno 2000 una proposta volta a sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni. Tale proposta prevedeva un modello inteso a limitare la soppressione di tale obbligo al settore ambulatoriale, dato che in quello ospedaliero già esistono diversi strumenti (competenza cantonale di introdurre uno stanziamento globale di bilancio, pianificazione ospedaliera e delle case di cura) per controllare il volume delle prestazioni e contenere i costi. Allo scopo di evitare che la distinzione tra settore ospedaliero e settore ambulatoriale arrechi svantaggi ai fornitori di prestazioni indipendenti rispetto agli ospedali, il settore ambulatoriale degli ospedali dovrebbe invece sottostare alle disposizioni relative alla soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni.

Secondo tale modello, gli assicurati potrebbero scegliere, nel settore ambulatoriale, soltanto fra i fornitori di prestazioni che hanno concluso una convenzione tariffale con il loro assicuratore e che sono pertanto abilitati ad esercitare per quest'ultimo. Ad assicuratori e fornitori di prestazioni incomberebbe l'obbligo, per i rispettivi settori, di informare gli assicurati. Oltre a beneficiare di una più ampia libertà contrattuale, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni sarebbero liberi di scegliere i loro partner contrattuali a condizione che garantiscano le cure e rispettino i criteri, che devono essere definiti dal nostro Consiglio, di economicità e di garanzia della qualità delle prestazioni. I Cantoni dovrebbero avere un margine di manovra tale da

permettere loro, in caso di insufficiente approvvigionamento delle cure, di adottare le misure del caso per assicurare quest'ultimo.

I risultati scaturiti dalla procedura di consultazione hanno evidenziato che un gran numero di partecipanti alla consultazione sono in linea di massima favorevoli a rafforzare la nozione di concorrenza nella LAMal e quindi anche all'idea di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni. Tuttavia il modello proposto ha suscitato scetticismo quando non è stato addirittura giudicato inadeguato e impossibile da attuare. È stato in particolare criticato il fatto che si stesse delineando un trasferimento di potere eccessivo agli assicuratori e che i criteri di selezione dei fornitori di prestazioni fossero troppo imprecisi. I Cantoni si sono opposti con fermezza a una definizione di garanzia delle cure da parte della Confederazione. È stato inoltre espresso il timore che aumentasse l'onere amministrativo dovuto all'obbligo di informare gli assicurati e si verificasse una mole di ricorsi in seguito alla possibilità di presentare al governo cantonale una domanda d'adesione a una convenzione tariffale. Alcuni fautori dell'introduzione di un modello di contratto aperto alla concorrenza volevano estenderlo anche al settore ospedaliero e semiospedaliero. Per questi ultimi motivi, soprattutto i fornitori di prestazioni e alcune organizzazioni di assicurati e di consumatori hanno respinto il modello, criticando segnatamente la soppressione della libera scelta del medico e la mancanza di trasparenza a proposito della scelta dei fornitori di prestazioni. Alcuni partecipanti alla consultazione hanno inoltre chiesto un'armonizzazione e un controllo delle norme a livello federale. Riassumendo si può constatare che, benché l'idea e il modello siano stati in parte accettati, nessuno dei punti proposti, ad eccezione dell'obbligo degli assicuratori di informare gli assicurati, è stato accettato senza restrizioni. Al contrario, sono state emesse molte riserve in merito all'attuazione del modello e alla sua efficacia dal profilo dei costi.

1.5 Ulteriori punti della revisione

Il nostro Consiglio coglie l'occasione di introdurre, nel quadro del presente disegno, alcuni punti che necessitano di un disciplinamento. Possono concernere problemi d'applicazione o ambiguità sorti dopo l'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattie che devono essere risolti rapidamente. Possono altresì essere in relazione con una sentenza emessa dall'istanza giudiziaria suprema, la quale ha rilevato l'assenza di basi legali per una disposizione d'ordinanza rendendone necessaria l'istituzione.

In occasione della procedura di consultazione menzionata al numero 1.4, il nostro Consiglio ha sottoposto a discussione due di questi punti, vale a dire gli obblighi finanziari degli assicurati e la pretesa di regresso dei Cantoni di domicilio nei confronti di terzi responsabili. La maggioranza dei partecipanti alla procedura si è dichiarata in linea di massima favorevole a tali proposte. Per quanto riguarda la pretesa di regresso dei Cantoni di domicilio, gli assicuratori privati sono stati gli unici a mostrarsi critici, facendo notare che una pretesa di regresso non è lecita quando si tratta di sussidi, motivo per cui hanno respinto tale disposizione. Alcuni Cantoni hanno fatto notare che questa misura non doveva fare del Cantone un coassicuratore. Come spiegheremo più avanti, in futuro non si parlerà più di sussidi erogati all'oggetto «ospedale», bensì il Cantone sarà considerato come un sostenitore di costi alla stessa stregua dell'assicuratore (cfr. n. 3). In merito agli obblighi finanziari degli assicurati, tutti hanno riconosciuto l'esistenza del problema. Diversi Cantoni e orga-

nizzazioni si sono tuttavia pronunciati, giudicandola controproducente, contro la sospensione delle prestazioni in caso di mancato pagamento dei premi. Anche la procedura di notificazione alle autorità di assistenza sociale è stata oggetto di critiche.

1.6 Rapporti peritali: proposte di riforma

In relazione alla decisione di respingere l'iniziativa sulla salute presentata dal PSS (cfr. n. 1.2.1), il 17 novembre 1999 il nostro Consiglio ha incaricato il Dipartimento federale degli interni (DFI) di vagliare modelli intesi a migliorare il sistema finanziario dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, premettendo che il principio dell'attuale sistema dei premi pro capite e di riduzione dei premi fosse mantenuto. Di conseguenza, due esperti (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Berna; Prof. Dr. R. E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut dell'Università di Berna, d) hanno ricevuto l'incarico di stilare, in collaborazione, un breve rapporto che presenti diverse alternative per il finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e per il finanziamento degli ospedali, che conservino il principio dell'attuale sistema dei premi pro capite e della riduzione dei premi, permettendo nel contempo di meglio realizzare gli obiettivi della LAMal (solidarietà, contenimento dei costi, elevata qualità). Il nostro Consiglio si è basato su questo rapporto peritale per decidere in merito ai principi di finanziamento da adottare.

Riassumendo, gli esperti propongono – tenuto conto delle condizioni formulate nel mandato – una riforma a tappe che riguarda i seguenti settori:

Settore «Rafforzamento della solidarietà tra ricchi e poveri»

Se la solidarietà tra ricchi e poveri deve essere rafforzata, la soluzione più semplice consiste, secondo gli esperti, nel migliorare l'attuale sistema di riduzione dei premi o, eventualmente, nel potenziarlo. La Confederazione potrebbe per esempio prescrivere imperativamente che l'onere dei premi non superi l'8 per cento del reddito imponibile. Questo valore potrebbe essere ulteriormente ridotto nei prossimi anni, eventualmente a tappe. Si potrebbero altresì colmare le lacune esistenti (a livello di applicazione).

Se si intende rafforzare la solidarietà tra ricchi e poveri in notevole misura, occorrerebbe adottare un sistema di finanziamento monistico. Un fondo alimentato dai sussidi che i Cantoni versavano finora per le degenze ospedaliere svolgerebbe un ruolo fondamentale. Potrebbero inoltre confluire in questo fondo entrate fiscali supplementari al fine di aumentare la quota delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I versamenti del fondo agli assicuratori malattie dovrebbero avvenire in maniera prospettiva e neutra dal punto di vista della concorrenza.

Si potrebbe inoltre immaginare l'istituzione di un pool per i rischi elevati finanziato mediante il gettito fiscale. In questo pool sarebbero accolti gli assicurati il cui trattamento provoca spese particolarmente elevate.

Settore «Rafforzamento della solidarietà tra sani e malati»

Per motivi di politica della concorrenza, gli esperti ritengono che sia impellente procedere a una riforma della compensazione dei rischi che, a loro avviso, attualmente funziona in modo insufficiente. Una simile riforma metterebbe tutti gli assicurati sullo stesso piano e aumenterebbe la concorrenza con una conseguente riduzione dei costi. Nel contempo si rafforzerebbe la solidarietà tra sani e malati, dato che una migliore compensazione dei rischi comporta il fatto che gli assicuratori che presentano un numero di assicurati «costosi» superiore alla media ricevono somme più importanti. Dato che questi cosiddetti «cattivi rischi» cambiano più raramente d'assicuratore, indirettamente beneficerebbero anche loro di una migliore compensazione.

Settore «Rafforzamento del contenimento dei costi, della concorrenza e maggiore efficienza»

Oltre a migliorare la compensazione dei rischi, in un cambiamento del sistema di finanziamento degli ospedali gli esperti vedono il giro di volta necessario per aumentare il grado d'efficacia economica del finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il filo conduttore della riforma deve essere l'esigenza (a) di una parità di trattamento tra le prestazioni ospedaliere e semiospedaliere e le prestazioni ambulatoriali e (b) di eliminare le distorsioni della concorrenza tra gli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico e gli ospedali privati.

Parallelamente al cambiamento delle regole di finanziamento, gli esperti ritengono importanti altre riforme a breve e medio termine, al fine di aumentare l'impatto economico degli obiettivi della LAMal, fra cui rientra la soppressione dell'obbligo di stipulare una convenzione tariffale.

Riforma in due fasi

Le tappe della riforma proposta dagli esperti richiedono un ampio consenso tra i diversi attori della politica sanitaria. Ritenendo che al momento tale consenso non esista, hanno suddiviso la riforma in due fasi: da una parte, le misure che possono essere attuate a breve o media scadenza e, dall'altra, quelle che potrebbero entrare in considerazione a più lungo termine.

Nel primo gruppo rientrano le seguenti misure:

- la fissazione di un valore limite obbligatorio per la riduzione dei premi che si inserisce nel quadro della politica sociale;
- la fissazione di uno scadenario per eventuali riduzioni di questo valore limite;
- la modifica della compensazione dei rischi;
- la modifica del finanziamento degli ospedali conformemente alla proposta posta in consultazione dal nostro Collegio nella primavera del 1999;
- la soppressione dell'obbligo di concludere convenzioni.

Gli esperti ritengono che le seguenti misure potrebbero essere realizzate a più lungo termine:

- l'istituzione di un sistema di finanziamento monistico con la costituzione di un fondo;
- il trasferimento in tale fondo dei sussidi cantonali destinati alle degenze ospedaliere e semiospedaliere;

- un eventuale finanziamento del fondo tramite gettito fiscale;
- la costituzione di un pool per i rischi elevati.

Il nostro Consiglio ha preso atto, nella seduta del 6 marzo 2000, delle proposte formulate dagli esperti.

2 Linee direttrici del progetto

2.1 Obiettivi

Principi di base

In merito ai principi di base e ai motivi a favore di una revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie, rinviamo al nostro messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687) che verte sulla fissazione dei sussidi federali nell'assicurazione malattie e su una revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie.

È necessario, invece, sottolineare nuovamente l'obiettivo della revisione parziale proposta nell'ambito del finanziamento degli ospedali: esso non consiste in una modifica dei meccanismi fondamentali della legge nel senso di un cambiamento del sistema, che sarebbe prematuro. I nuovi meccanismi, infatti, non riuscirebbero a spiegare tutti i loro effetti a causa del breve lasso di tempo disponibile dalla loro entrata in vigore e in particolare del termine provvisorio concesso nel caso della pianificazione ospedaliera. In tal senso la revisione parziale mira, del resto, a conseguire cambiamenti a seguito dei quali i diversi elementi del sistema riescano a funzionare senza troppe difficoltà. Oltre a creare maggiore trasparenza, è necessario orientare con maggiore coerenza soprattutto gli incentivi verso l'obiettivo del contenimento dei costi. Questo comporta un distacco dal principio della copertura dei costi contenuto implicitamente nella legge che sarà sostituito dal finanziamento delle prestazioni. Sul tema finanziamento degli ospedali e contenimento dei costi, del resto, sono stati presentati diversi interventi parlamentari. Nelle nostre risposte abbiamo sempre affermato che, prima di prendere in considerazione una modifica sostanziale del sistema come per esempio la completa soppressione dei sussidi agli ospedali, il sistema della LAMal debba spiegare i suoi effetti.

Eliminazione delle ambiguità

L'obiettivo primario di questa revisione parziale consiste nel trovare una soluzione duratura alle ambiguità, menzionate nel numero 1.1.3, emerse dopo l'entrata in vigore della nuova legge sull'assicurazione malattie. Come alternativa a un ulteriore disciplinamento mirato ai sensi di un proseguo dell'accordo concluso tra Cantoni e assicuratori entro un termine più lungo di quanto convenuto oggi, nel quadro della presente revisione parziale sarà proposto un disciplinamento definitivo che comprenda anche la questione, ancora aperta, relativa agli assicurati privati o semiprivati che si sottopongono a cure intracantonali.

Mantenimento del sistema duale del finanziamento degli ospedali

Con la presente revisione parziale s'intendono realizzare in modo coerente i principi ancorati nella legge senza, però, per principio mettere in discussione il sistema. Alternative quali, per esempio, l'autonomia imprenditoriale o addirittura la privatizzazione degli ospedali pubblici non sono quindi considerate in questo contesto. Inoltre, si tratta in primo luogo di una questione relativa alla forma organizzativa

prevista a livello cantonale e comunale. A questo punto non si deve proporre nemmeno un sistema di finanziamento monistico nel quale tutti i mezzi – se del caso tramite un fondo – passino dagli assicuratori ai fornitori di prestazioni. Dato che la creazione sia delle condizioni quadro che del consenso politico – che dovrebbero essere adempiuti al momento di passare a un sistema monistico – non è possibile a breve o medio termine, riteniamo realizzabile sul lungo termine, d'accordo con gli esperti, un eventuale sistema di remunerazione finanziata da un'unica fonte. Fratanto le misure previste nella presente revisione parziale contribuiscono a considerare possibile, in futuro, l'introduzione di un sistema monistico.

Non si ritorna alla legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni del 1911

Dalla procedura di consultazione condotta nella primavera del 1999 in merito alla proposta del nostro Consiglio di una revisione parziale dell'assicurazione malattie nell'ambito del finanziamento degli ospedali è emerso che diversi Cantoni vogliono evitare in primo luogo un aggravio finanziario causato dalla riorganizzazione del finanziamento degli ospedali. I Cantoni propongono di strutturare il finanziamento degli ospedali sull'esempio di quello della precedente legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. In questo modo gli ospedali continuerebbero a conseguire ulteriori guadagni mediante le assicurazioni complementari, cosa che tornerrebbe a tutto vantaggio dei Cantoni per quanto riguarda la copertura dei deficit. Essi desiderano, invece, mantenere l'elemento del finanziamento degli ospedali introdotto con la nuova legge sull'assicurazione malattie perché avrebbero la possibilità di indirizzare e limitare l'autorizzazione a esercitare l'attività a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. In un sistema di questo tipo, tuttavia, aumenterebbe ulteriormente l'importanza che già hanno le assicurazioni complementari. Il modello ci sembra problematico perché continuerebbero a persistere le ambiguità, già esistenti, in merito al finanziamento delle prestazioni: la «non trasparenza» diventerebbe (ancora) più grande. Ogni ripristino, anche solo parziale, dell'attuale sistema sul modello dei meccanismi propri della vecchia assicurazione contro le malattie e gli infortuni è diametralmente opposto agli obiettivi di un'assicurazione sociale malattie menzionati all'inizio del numero 1.1.3. Le idee, frutto di riflessioni di natura puramente finanziaria, di istituire anche nell'assicurazione di base obbligatoria due o più categorie di assicurati comportano inevitabilmente la spaccatura del sistema della solidarietà nell'assicurazione malattie e aumenti dei costi incontrollabili perché oramai slegati dalla logica dei meccanismi di mercato.

Fissazione di una quota di finanziamento fissa per Cantoni e assicuratori nel settore ospedaliero

Con il regime obbligatorio (art. 3 LAMal) e un relativo catalogo delle prestazioni obbligatorie (art. 24 LAMal) la legge sull'assicurazione malattie garantisce a tutte le persone domiciliate in Svizzera un'ampia gamma di prestazioni mediche. Inoltre non è più possibile limitare la durata delle prestazioni nel caso di cure ospedaliere. In questo modo si garantisce a tutti gli assicurati, senza riserva alcuna, lo stesso accesso alle stesse prestazioni. Ulteriori prestazioni dovrebbero essere assicurate a titolo facoltativo a parte e con le corrispondenti conseguenze sui premi secondo le regole del diritto delle assicurazioni private. Questo principio è applicabile sia alle cure ambulatoriali e semiospedaliere che a quelle mediche degli ospedali.

I nuovi disciplinamenti si ripercuotono anche sul finanziamento del settore ospedaliero. Nel 1998 l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha risarcito

le prestazioni di cura effettuate in ambito ospedaliero con 3,6 miliardi di franchi, somma che corrisponde al 25,5 per cento delle spese dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le prestazioni previste dalla legge (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Berna 1999, p. 47; d/f). Dell'importo che complessivamente confluisce nel settore ospedaliero pari a circa 10,8 miliardi di franchi, 2,8 miliardi sono a carico delle assicurazioni complementari e 4,3 miliardi (spese di investimento incluse) a carico del settore pubblico. Dalla tavola 1 in allegato si evince che la quota di partecipazione dell'ente pubblico al finanziamento degli ospedali diminuisce dall'inizio degli anni 90 dato che la parte finanziata dai Cantoni (costi di investimento inclusi) è passata dal 35,5 per cento nel 1991 al 29,7 per cento nel 1998 (N. Siffert, R. Rosset et al.: Analyse der Wirkungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, Berna 2000, tavola 5.4.1; dato che il valore iniziale di questi dati si fonda su una stima, rispetto alla statistica menzionata all'inizio le differenze che ne risultano sono minime). Se nel 1998 l'ente pubblico avesse ripreso la quota del 1991 al finanziamento degli ospedali, avrebbe registrato uscite supplementari dell'ordine di 1,4 miliardi di franchi. Con la presente revisione parziale si intende porre un freno al ritiro strisciante dell'ente pubblico dal finanziamento degli ospedali per evitare che un trasferimento continuo dell'onere finanziario all'assicurazione malattie e il conseguente passaggio ai premi pro capite non finisca per avere, pian piano, serie ripercussioni sulla ridistribuzione. Per questa ragione proponiamo di cambiare adottando un sistema che preveda un finanziamento diviso a metà il cui fulcro non è più il trasferimento delle spese all'altro partner, bensì il contenimento dei costi complessivi. Un disciplinamento di questo tipo, inoltre, disinnesci i conflitti di interesse dei Cantoni che insorgono a causa della funzione di questi ultimi di gestori degli ospedali e, contemporaneamente, di autorità preposte all'approvazione delle tariffe. Venendo a cadere il grado di copertura dei costi quale fattore determinante per fissare una tariffa, si riduce il lavoro dell'autorità che approva incaricata di valutare l'economicità e i limiti entro i quali possono essere supportate le convenzioni tariffali. L'approvazione delle tariffe, inoltre, non è più caratterizzata da motivazioni politiche.

2.1.1 Argomenti non inclusi nella revisione

Stanziamiento globale di bilancio nel settore ambulatoriale

Nel messaggio del 21 settembre 1998 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (FF 1999 687) abbiamo proposto di introdurre lo stanziamento globale di bilancio nel settore ambulatoriale sia come misura ordinaria (tramite i Cantoni) che straordinaria (su richiesta degli assicuratori) per contenere i costi. Nel dibattito parlamentare il Consiglio degli Stati e il Consiglio nazionale erano concordi nel ritenere che acconsentire all'introduzione di budget globali nel settore ambulatoriale o semiospedaliero a livello cantonale fosse prematuro a causa, tra l'altro, del modo di funzionamento piuttosto oscuro e delle basi statistiche ancora insufficienti. Per questi motivi la misura straordinaria menzionata sarà presa in considerazione appena in una tappa posteriore della revisione.

Il Parlamento concorda con il nostro Consiglio sul fatto che debbano essere fatti ulteriori sforzi nel settore del contenimento dei costi e che, a questo scopo, sono necessari nuovi strumenti e misure. Nell'ambito delle deliberazioni sulla prima revisione parziale il Parlamento si è dichiarato contrario all'introduzione dello stan-

ziamento globale di bilancio nel settore ambulatoriale e ha deciso invece a favore della discussione incentrata sulla soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel quadro del presente progetto. Abbiamo preso atto di questa decisione e dell'indicazione sull'insufficienza delle basi statistiche. Per questo motivo, conformemente al mandato del Parlamento, nel presente progetto proponiamo di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni; com'è stato finora, ci impegneremo, nell'ambito delle nostre possibilità, a promuovere lo sviluppo delle statistiche necessarie – soprattutto nel settore ambulatoriale – in modo da ottenere cifre affidabili che, più tardi, potranno fungere da base all'introduzione di budget globali nei settori ambulatoriale o semiospedaliero.

Compensazione dei rischi

Con la vecchia legge federale del 13 giugno 1911 (CS 8 273) sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI) si era potuto assistere a una crescente desolidarizzazione nell'assicurazione sociale contro le malattie, in quanto gli assicurati più giovani passavano alle casse malati più vantaggiose dal profilo dei costi. In seguito i collettivi di rischio delle casse malati iniziarono a suddividersi in giovani e anziani. Per questa ragione, con le misure urgenti contro la desolidarizzazione nell'assicurazione malattie (DF del 13 dicembre 1991), è stata introdotta per il 1° gennaio 1993 la compensazione dei rischi fra le casse malati. Nel nostro messaggio del 6 novembre 1991 (FF 1992 I 65) concernente la revisione dell'assicurazione malattia avevamo proposto una compensazione dei rischi limitata a 10 anni con la quale si intendeva, da un lato, migliorare la solidarietà fra gli assicurati e, dall'altro, impedire la selezione dei rischi. La base legale corrispondente per la compensazione dei rischi è data dall'articolo 105 LAMal.

La compensazione dei rischi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie serve a compensare i diversi costi causati dagli assicurati secondo l'età e il sesso. Gli assicuratori con un numero superiore alla media di assicurati giovani e di sesso maschile (leggi «non a rischio») dovrebbero sostenere gli assicuratori con un effettivo di assicurati più anziani e di sesso femminile (leggi «a rischio»). In questo modo si livella la diversa struttura dei rischi e si combatte una selezione mirata degli stessi.

Nel nostro messaggio del 21 settembre 1998 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (FF 1999 687) abbiamo proposto modifiche intese a creare maggiore trasparenza nella LAMal e ad introdurre incentivi che ne migliorino il modo di funzionare. In questo senso, quindi, nell'ambito della compensazione dei rischi abbiamo proposto la base legale per l'obbligo di pagare l'interesse di mora e un termine di perenzione in relazione al nuovo calcolo della compensazione dei rischi fondato su un'indicazione successiva in merito a dati errati.

Nel dibattito parlamentare i miglioramenti procedurali della compensazione dei rischi summenzionati non sono stati contestati. Il Consiglio nazionale, tuttavia, ha chiesto di aggiungere nuovi criteri (p. es. il rischio di ospedalizzazione) per calcolare la compensazione dei rischi in modo da riuscire a evitare un'ulteriore desolidarizzazione nell'assicurazione di base. Nell'ambito dell'eliminazione delle divergenze si è imposta però l'opinione che sia ancora prematuro modificare o integrare la compensazione dei rischi non essendo sufficientemente chiaro quali potrebbero essere le ripercussioni di tali interventi.

Nella prima analisi degli effetti sulla compensazione dei rischi (vedi n. 1.1.4) si è constatato che quest'ultima, essendo anche piuttosto semplice da realizzare, ha dimostrato di essere valida. Nell'analisi degli effetti si è tuttavia raccomandato di ancorare la compensazione dei rischi a tempo indeterminato nella legge e di verificare un adeguamento della formula di compensazione. L'UFAS ha seguito la raccomandazione conferendo il mandato di effettuare una seconda analisi degli effetti con la quale si dovrebbe accertare se e - se del caso - in quale modo sia possibile migliorare ulteriormente l'effetto della compensazione dei rischi.

La seconda analisi degli effetti della compensazione dei rischi (vedi n. 1.1.4) ha ora mostrato che esistono diverse possibilità di ottimizzare – se del caso – la compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattie. Diverse sono state le proposte formulate: per esempio uno sviluppo prospettivo, l'aggiunta di ulteriori criteri di calcolo, ma anche l'istituzione di un pool per i rischi elevati.

Al momento attuale riteniamo che la compensazione dei rischi, nella sua forma odierna e con i miglioramenti procedurali apportati a seguito della prima revisione parziale della LAMal, di per sé funzioni molto bene. Siamo anche dell'opinione che sia meglio non effettuare anzitempo un'eventuale modifica della compensazione dei rischi. Ora, perciò, rinunciamo a proporre un'integrazione della compensazione dei rischi ovvero di aggiungere nuovi criteri. Proponiamo, invece, di sopprimere la limitazione della durata della compensazione dei rischi (per i dettagli vedi n. 3).

Finanziamento delle prestazioni nel settore delle cure

Il 6 marzo 1997 il consigliere nazionale Rychen ha presentato un'iniziativa parlamentare (97.402) con la quale si chiedevano misure a tempo determinato contro l'aumento dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Un decreto federale urgente prevederà limitazioni delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie previste nella legge sull'assicurazione malattie nell'ambito delle cure a domicilio e nelle case di cura nonché una moratoria nel caso di autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni. Con decreto del Consiglio nazionale del 20 giugno 1997 si è dato seguito all'iniziativa (BU 1997 N 1441). Nel febbraio 1999 l'autore dell'iniziativa ha ritirato la proposta di assumere parte dei costi nel caso delle cure a domicilio poiché, secondo il suo parere, l'obiettivo era già stato raggiunto con l'adeguamento, in vigore dal 1° gennaio 1998, dell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31). Per quanto riguarda le cure nelle case di cura, l'autore dell'iniziativa ha insistito sulla soppressione dell'obbligo di assumere i costi da parte dell'assicurazione malattie: secondo la proposta, modificata dall'autore dell'iniziativa, del 4-5 febbraio 1999, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve fornire ancora solo un contributo ai costi delle cure per un importo pari alla metà dei costi stabiliti per convenzione tariffale.

La proposta di finanziare la metà dei costi delle cure medico-sanitarie nelle case di cura stabiliti per contratto non si può paragonare alla soluzione che abbiamo proposto nell'ambito della revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie sottoposta a una procedura di consultazione nel febbraio 1999. La proposta, infatti, prevede che la parte che assume i costi sia fissa e, di regola, si faccia carico della metà del finanziamento del forfait riferito alle prestazioni in caso di degenza ospedaliera. Dato che le prestazioni di cura effettuate nelle case di cura oppure in ospedale non rientrano nello stesso contesto perché soddisfano obiettivi di tipo diverso e, di con-

seguenza, le istituzioni sono finanziate anche in modo diverso, siamo dell'idea di rifiutare il versamento di un contributo pari alla metà dei costi, stabiliti per convenzione tariffale, delle case di cura. Non consideriamo nemmeno opportuno, nel contesto attuale, disciplinare analogamente il finanziamento delle prestazioni degli ospedali e delle case di cura. Su proposta della Commissione del Consiglio nazionale l'iniziativa parlamentare è stata quindi tolta di ruolo il 24 marzo 2000 (BU 2000 N 439), ma parallelamente il nostro Consiglio ha ricevuto il mandato di elaborare entro un anno una proposta di finanziamento del settore delle cure. Il punto di partenza di un piano di questo genere consiste nel separare nettamente i compiti dell'assicurazione malattie, dei Cantoni e dei Comuni e, su questa base, di verificare la questione del finanziamento. Riteniamo opportuno che, in vista di un simile piano di cure, si debbano includere nelle considerazioni pertinenti le prestazioni complementari all'AVS e all'AI e la prestazione di assistenza prevista nel quadro della quarta revisione dell'AI. Lo stesso vale per il risarcimento delle cure extraospedaliere, un tema sollevato nella mozione Vermot (98.3344). Un piano di cure dovrebbe comprendere sia le cure in una casa di cura che quelle a domicilio.

2.2 **Rettifica di elementi che si oppongono al contenimento dei costi**

I costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie continuano ad aumentare anche dopo l'entrata in vigore della legge. Ciononostante, dopo l'anno di transizione 1996 – nel corso del quale si sono fatti sentire gli effetti delle modifiche apportate al sistema e in particolare nel catalogo delle prestazioni le cui lacune sono state colmate – si può constatare una fase tranquilla che, stando alle stime degli assicuratori, sarebbe destinata a durare:

Anno	Variazione dei costi nell'assicurazione di base (% lordo)
1995	+ 4,6
1996	+10,2
1997	+ 5,5
1998	+ 6,7
1999	+ 4,1
2000	+ 3,1

Fonte: 1996-1999: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Statistik über die Krankenversicherung, p. 47 (d/f); 2000: secondo le previsioni medie degli assicuratori malattie per il calcolo dei premi 2000.

L'aumento dei costi nel settore delle prestazioni ospedaliere è molto inferiore a quello illustrato nella tavola e riferito ai costi complessivi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Tra il 1997 e il 1998 i costi nel settore ospedaliero sono aumentati dell'1,2 per cento (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Statistik über die Krankenversicherung, 1998, Berna 1999, p. 48; d/f); per il periodo precedente, sulla base dei dati degli assicuratori malattie si suppone persino che le spese per le cure ospedaliere abbiano registrato un lieve regresso. Non si deve tuttavia partire dal fatto che tutte le spese che non figurano più alla voce costi ospedalieri siano effettivamente state risparmiate: in parte sono state trasferite nei settori ambulatoriale e ambula-

toriale in ambito ospedaliero e nel settore delle case di cura. Dato che i due ultimi settori sono meno costosi del settore ospedaliero, lo sviluppo ha avuto effetti positivi sull'evoluzione dei costi della salute nel loro complesso ma, a causa del sovvenzionamento delle prestazioni ospedaliere da parte dei Cantoni, non sulle spese dell'assicurazione malattie.

Dato che, a seguito dell'evoluzione dei metodi meno invasivi, in medicina esiste la tendenza generale a effettuare le cure sempre più spesso in ambulatorio invece che in ospedale, un numero crescente di letti d'ospedale è diventato superfluo. I Cantoni, inoltre, in base alla nuova legge sull'assicurazione malattie, dovevano elaborare entro il 1° gennaio 1998 una pianificazione per un approvvigionamento ospedaliero conforme ai bisogni e, di conseguenza, un elenco di ospedali; le pianificazioni ospedaliere dovevano contenere anche la soppressione di capacità in eccesso. Sono stati soprattutto questi due fattori a causare la summenzionata evoluzione dei costi nel settore ospedaliero. Dato che le pianificazioni ospedaliere si riferiscono, a seconda dei Cantoni, a un orizzonte temporale che va fino agli anni 2000, 2005 o 2010, le misure introdotte con le pianificazioni intese ad abbattere le attuali capacità in eccesso non hanno potuto ancora spiegare tutti i loro effetti.

Nella presente revisione parziale - pur mantenendo l'elemento statalistico della pianificazione ospedaliera - assumerà maggiore importanza, tra l'altro, la caratteristica economica degli incentivi mirati a contenere i costi. Ciò comporta, da un lato, che la competenza decisionale e l'onere finanziario siano assunti e, quindi, espletati dallo stesso organo e, dall'altro, che nel settore ospedaliero prevalgano sempre di più criteri imprenditoriali. L'organo decisionale avrà quindi una maggiore responsabilità, ma dovrà sopportare anche un rischio più elevato. Il finanziamento, oggi differenziato, dei costi di investimento (per la maggior parte a carico dei Cantoni) e dei costi di esercizio (finanziamento duale) è in contraddizione con questo obiettivo e non lo si può giustificare dal punto di vista economico aziendale: gli investimenti non sono mai indipendenti dall'azienda e hanno anche sempre un'influenza sui costi di esercizio (offerta di prestazioni, ammortamenti). Con l'insorgere di nuove forme di investimento, in particolare il leasing, il passaggio tra costi di investimento e di gestione è diventato inoltre fluido. Questo giustifica una visione complessiva e significa che ai costi di gestione e di finanziamento dev'essere applicato lo stesso disciplinamento in materia di finanziamento. Del resto, per applicare maggiormente criteri imprenditoriali alla gestione degli ospedali si devono promuovere anche i relativi strumenti di gestione e, in particolare, una contabilità analitica estesa.

È in contraddizione con un sistema mirato a contenere i costi il principio, ripreso implicitamente dalla vecchia legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, della copertura generale dei costi di gestione computabili: per lo più è l'ente pubblico a far fronte alla totalità dei deficit d'esercizio degli ospedali pubblici. Simili condizioni quadro non rappresentano propriamente un incentivo a pensare in termini di economia aziendale. Con la presente revisione parziale s'intende distanziarsi completamente dal principio della copertura dei costi per passare al finanziamento delle prestazioni. Il passaggio dal finanziamento degli istituti a quello delle prestazioni è già ancorato, per principio, nel disciplinamento della nuova LAMal. Tariffazione e sistema di conteggio di ospedali e assicuratori malattie si orienteranno, in futuro, con coerenza al finanziamento delle prestazioni.

Soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel settore ambulatoriale

In conformità al mandato del Parlamento abbiamo esaminato la soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni e, come esposto al numero 1.2, abbiamo inviato in consultazione un disegno di legge concernente il modello contrattuale aperto alla concorrenza richiesto dal Parlamento stesso. I risultati della procedura di consultazione hanno confermato il nostro scetticismo in merito alla praticabilità e all'adeguatezza delle misure proposte. Durante la procedura di consultazione abbiamo fatto verificare la praticabilità del modello proposto e accertare se esistono criteri affidabili e comunemente accettati in base ai quali scegliere i fornitori di prestazioni. In sede d'esame abbiamo preso in considerazione anche altri Paesi.

Excursus: autorizzazione e rimborso dei medici nel sistema dell'assicurazione malattie di Germania e Francia

Per quanto riguarda l'aumento della quantità di medici, quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale devono confrontarsi con la stessa situazione. Qui di seguito sono illustrate in breve le modalità di autorizzazione di due Paesi in cui vige un sistema di assicurazione e non un servizio statale di sanità pubblica.

L'accesso dei medici al sistema francese «Sécurité sociale» è strutturato in modo liberale. Un medico deve innanzitutto annunciarsi presso la società dei medici che rilascia l'autorizzazione a esercitare previo esame delle qualifiche professionali, dopodiché deve annunciarsi presso la «Sécurité sociale» affinché le sue prestazioni vengano prese a carico dall'assicurazione. Non vi sono altre condizioni. Un medico non può essere respinto dalla «Sécurité sociale», deve però ovviamente sottostare ai regimi convenzionali inerenti fatturazione e trasmissione di informazioni. Il rimborso delle prestazioni da parte della «Sécurité sociale» avviene secondo il tariffario nazionale. È consentito fatturare una tariffa più elevata all'assicurazione complementare dei pazienti. In Francia la quasi totalità dei medici esercitanti sono medici riconosciuti dalla «Sécurité sociale».

In Germania, il sistema del rimborso dei medici delle casse è stato progressivamente sottoposto a revisione. Il principio rimane tuttora quello del rimborso per singola prestazione. Le singole prestazioni sono stabilite secondo il «criterio di qualità unitario» della struttura tariffaria. La procedura di calcolo dell'onorario di questi medici si divide in due tempi. In un primo tempo le associazioni centrali degli assicuratori malattie e dei medici si accordano sull'importo totale che è rimborsato per l'anno in corso. L'ulteriore distribuzione è di competenza dell'associazione dei medici che in un secondo tempo distribuisce l'importo totale ai singoli medici. La distribuzione ai medici delle casse è regolamentata per legge; i singoli importi dipendono dal gruppo di esperti cui appartiene un dato medico e dalle qualifiche complementari che presenta. Determinato un tetto massimo del budget, i costi dell'assistenza medica ambulatoriale sono fissati; un adeguamento successivo non è previsto. Con l'introduzione della «Gesundheitsstrukturgesetz» del 1993 sono state consolidate le misure di contenimento dei costi. Il rimborso totale delle casse nel settore ambulatoriale può aumentare solo proporzionalmente alla somma complessiva dei salari. Le limitazioni all'autorizzazione in vigore sono state inasprite e la pianificazione del fabbisogno è stata eseguita rigidamente cosicché un numero inferiore di medici ha potuto aprire uno studio. L'autorizzazione per uno studio medico è rilasciata dall'associazione dei medici del Land in questione purché vi sia a disposizione un contingente di studi medici. Con la «Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

ab dem Jahr 2000» (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) del 22 dicembre 1999 (BGBl. I p. 2626), entrata in vigore il 1° gennaio 2000, il Bundestag tedesco ha deciso di apportare una modifica al § 102 del «Sozialgesetzbuch V (SGB V; Bedarfszulassung)». Dopodiché, a partire dal 1° gennaio 2003, vigerà l'ammissione all'assistenza da parte di medici autorizzati basata sulle proporzioni stabilite per legge. La proporzione è determinata sulla base di gruppi di medici e disciplina la proporzione di medici di famiglia e medici specializzati (§ 102 cpv. 1 frase 2 SGB).

Condizioni quadro per una soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni

Nonostante gli intensi accertamenti ci sentiamo obbligati a condividere l'opinione, espressa nel corso della procedura di consultazione, secondo la quale introdurre un modello contrattuale aperto alla concorrenza è un'operazione legata a molte incertezze che necessita di ulteriori accertamenti. Come alternativa proponiamo – come auspicato anche da diverse parti nell'ambito della procedura di consultazione – di potenziare gli strumenti esistenti della LAMal nel settore della regolamentazione del volume delle prestazioni, ovvero di impiegare maggiormente le forme particolari di assicurazione e di aumentare la possibilità di escludere un fornitore di prestazioni dal sistema dell'assicurazione malattie (cfr. n. 3). Rinunciamo perciò, nel quadro del presente disegno, a mettere in discussione una proposta concreta di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni. Proponiamo, invece, che fornitori di prestazioni operanti nel settore ambulatoriale di età superiore ai 65 anni siano tenuti a concludere una convenzione con uno o più assicuratori per poter essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

La condizione necessaria per un modello contrattuale aperto alla concorrenza è la trasparenza del mercato, ovvero gli assicurati devono essere informati:

- sui premi degli assicuratori,
- sulla qualità delle prestazioni (qualità dei risultati) dei fornitori di prestazioni prescelti per una cura

in modo da potersi affiliare presso l'assicuratore che, con la sua offerta prezzo/prestazione, è in grado di soddisfare in modo ottimale, o il più soddisfacente possibile, le loro aspettative relative a un trattamento medico.

Le informazioni sull'entità e sul livello dei premi sono disponibili, mentre quelle sulla qualità delle prestazioni della categoria dei medici sono incomplete: valutare sistematicamente la qualità dei risultati (outcome) dei diversi medici oggi non è possibile già solo per l'assenza di un metodo di valutazione generalmente riconosciuto. Un primo approccio per valutare le prestazioni è costituito dall'introduzione della struttura della tariffa medica valida per tutta la Svizzera TarMed: la TarMed creerà trasparenza in modo che sia possibile sapere quale medico fattura quale prestazione quante volte. Questo non consente, però, di valutare la qualità delle cure e nemmeno dell'outcome.

Perché un modello contrattuale aperto alla concorrenza possa essere introdotto considerando le informazioni attualmente disponibili, si dovrebbero creare condizioni quadro per proteggere gli assicurati al fine di garantire sia le cure mediche per tutta la popolazione che l'economicità e la qualità del sistema:

- sicurezza delle cure: le direttive della Confederazione e/o dei Cantoni relative alle cure adeguate devono essere ben definite e devono poter essere imposte;

- garanzia di economicità e di qualità delle prestazioni: le parti alla convenzione devono accordarsi per contratto sul contenuto di questi concetti e sui criteri relativi alla loro valutazione (convenzione individuale o con una federazione) e garantire l'osservanza delle disposizioni contrattuali. In caso di inosservanza è necessario stabilire una procedura che comporti, nel caso estremo, l'esclusione del fornitore di prestazioni dalla convenzione (convenzione con una federazione) o lo scioglimento della convenzione (convenzione individuale).

Se tuttavia il Parlamento dovesse rimanere fedele all'idea di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni, restiamo dell'opinione che nel settore ospedaliero il diritto vigente mette già a disposizione diversi strumenti (competenza cantonale per l'introduzione di uno stanziamento globale di bilancio, pianificazione ospedaliera e delle case di cura) atti a garantire la regolamentazione del volume delle prestazioni e il contenimento dei costi. Nell'ambito della presente revisione parziale, perciò, la soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni dovrà essere limitata al settore ambulatoriale. Del resto, per quanto riguarda il settore ospedaliero, continuiamo a puntare sulla pianificazione ospedaliera dei Cantoni. L'introduzione di questo elemento regolatore, che si rifà alla responsabilità dei Cantoni per l'assistenza medica della loro popolazione (cfr. in proposito GAAC 48.79), ha già avuto effetti tangibili sull'evoluzione dei costi nel settore ospedaliero. Consideriamo inoltre problematica una sovrapposizione tra pianificazione ospedaliera cantonale e la necessità di avere convenzioni tariffali con gli assicuratori malattie non essendo le sue conseguenze valutabili e sconsigliamo, quindi, di allargarla al settore ospedaliero. Qui di seguito abbozziamo un modello che illustra come si potrebbe prendere in considerazione dal punto di vista tecnico una soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel settore ambulatoriale:

Principi di base

La soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni non deve comportare alcuna limitazione dell'obbligo di prendere a carico le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tutti gli assicuratori riconosciuti continuano a essere obbligati a rimborsare tutte le prestazioni conformemente alla legge. Per gli assicurati, tuttavia, il modello contrattuale aperto alla concorrenza implicherebbe che al posto dell'attuale assicurazione di base ordinaria venga introdotta, quale modello di base, un'assicurazione che prevede una scelta limitata dei fornitori di prestazioni. La libera scelta del fornitore di prestazioni è soppressa nella misura in cui nel settore ambulatoriale gli assicurati possono scegliere unicamente tra i fornitori di prestazioni con i quali il loro assicuratore ha concluso una convenzione di autorizzazione. In tal modo gli assicuratori possono decidere unilateralmente quali fornitori di prestazioni per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono autorizzati per i loro assicurati. Gli assicuratori continuano a essere tenuti ad ammettere senza riserve chi desidera affiliarsi nel quadro del regime obbligatorio. Per poter correggere le conseguenze di un'eventuale concentrazione di gruppi di popolazione presso determinati assicuratori è necessario continuare con la compensazione dei rischi a tempo indeterminato. Solo così sarà possibile garantire la compensazione sociale tra gli assicuratori.

Informazione e possibilità di scelta degli assicurati

Per gli assicurati ciò significa che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie diventa meno trasparente. Affinché gli assicurati possano usufruire della

libera scelta del fornitore di prestazioni anche nell'ambito del modello contrattuale aperto alla concorrenza, gli assicuratori saranno obbligati a informarli in modo molto circostanziato in merito ai fornitori di prestazioni per essi autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ed a concedere loro i corrispondenti diritti di consultare gli atti. Affinché per gli assicurati continui comunque a esistere una certa stabilità per quanto riguarda l'assicuratore, quest'ultimo è obbligato a non ridurre durante un anno civile l'elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati. Perché nell'ambito del modello contrattuale aperto alla concorrenza gli assicurati possano in qualsiasi momento partire dal presupposto che il loro assicuratore rimborsi effettivamente le prestazioni fornite da un determinato fornitore di prestazioni, anche quest'ultimo sarà obbligato a comunicare agli assicurati per quali assicuratori esso è autorizzato a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Se il fornitore di prestazioni tralascia di informare non ha né diritto al rimborso della prestazione secondo la LAMal né, per principio, a un onorario in base al diritto civile perché non ha adempito agli obblighi accessori, derivanti dal mandato, di informare sulle conseguenze economiche.

La possibilità di scelta degli assicurati sarà, invece, limitata: non potranno più scegliere il loro assicuratore solo in base all'importo del premio e, se del caso, ai servizi offerti, ma il fatto di sapere quali sono i fornitori di prestazioni con i quali ogni assicuratore è legato per contratto costituirà un fattore decisivo. Perché l'assicurato sia in grado di scegliere il suo assicuratore in base alla combinazione, per lui ottimale, di premio e offerta auspicata, ha bisogno di informazioni sufficienti. Da un lato questo potrebbe costituire un impedimento per gli assicurati che si vedrebbero eventualmente costretti a cambiare assicuratore nel caso volessero mantenere lo stesso medico di famiglia, dall'altro gli assicurati sono tenuti a confrontare qualità e prezzi delle diverse offerte. Una possibilità di scelta più ampia del fornitore di prestazioni ambulatoriali dovrebbe essere coperta da un'assicurazione complementare retta dalle disposizioni del diritto delle assicurazioni private.

Autorizzazione dei fornitori di prestazioni

Diversamente dal sistema attuale, il solo fatto di adempiere le condizioni per l'autorizzazione (fra l'altro in termini di personale e infrastrutture) non concede il diritto di accedere al sistema dell'assicurazione malattie. Piuttosto, soltanto i fornitori di prestazioni che hanno concluso una convenzione con un assicuratore potranno fatturare le loro prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie. In tale contesto si possono ipotizzare anche convenzioni individuali e convenzioni con associazioni. L'aspetto fondamentale nel contesto dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni è costituito dal fatto che nelle convenzioni devono essere definiti concretamente criteri quali l'economicità e la garanzia della qualità. Con il modello contrattuale aperto alla concorrenza l'autonomia contrattuale acquisisce così maggiore importanza. Perciò da un lato sono stabilite le condizioni fondamentali per autorizzare i fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Come accade ora con il diritto in vigore, i fornitori di prestazioni devono soddisfare le condizioni secondo gli articoli 36-40. Un obiettivo della soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni consiste nel fatto che gli assicuratori – ad eccezione dei trattamenti d'urgenza – debbano rimborsare ancora solo le prestazioni di quei fornitori con i quali hanno concluso una convenzione. Perciò alla lettera b di questo capoverso si stabilisce che l'esistenza di una convenzione di autorizzazione è una condizione imprescindibile perché un fornitore possa fornire prestazioni a carico

dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per assicurati di uno o più assicuratori malattie riconosciuti. Se un fornitore di prestazioni non ha concluso una convenzione con un assicuratore, quest'ultimo non è tenuto a rimborsare le prestazioni fornite dal primo nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I fornitori di prestazioni secondo l'articolo 39 LAMal saranno tuttavia esonerati dall'obbligo di disporre di una convenzione di autorizzazione con uno o più assicuratori malattie riconosciuti soltanto per la fornitura di prestazioni ospedaliere e semiospedaliere al fine di non distorcere la concorrenza tra le prestazioni ambulatoriali fornite in ospedale e quelle fornite nel libero esercizio.

In un modello aperto alla concorrenza i fornitori di prestazioni e gli assicuratori saranno per principio liberi di scegliere il proprio partner contrattuale con un'unica limitazione – valevole per entrambi – ovvero quella di garantire l'assistenza medica degli assicurati. Se, a causa di convenzioni disdette o mancanti, l'assistenza medica degli assicurati risultasse pregiudicata, l'assicuratore o il fornitore di prestazioni può rivolgersi al Cantone o quest'ultimo può adottare, di propria iniziativa, i provvedimenti relativi (art. 45 LAMal).

L'articolo 43 capoverso 6 LAMal prevede inoltre che le parti alla convenzione e le autorità competenti debbano vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Realizzando un modello contrattuale aperto alla concorrenza, tuttavia, i criteri di economicità e di qualità – come sono concretizzati anche negli articoli 56 e 58 LAMal – devono essere applicati in misura maggiore. Solamente la realizzazione e l'applicazione di simili criteri nelle convenzioni di autorizzazione garantiscono che la scelta dei fornitori di prestazioni avvenga seguendo criteri obiettivi. Solo un fornitore di prestazioni che soddisfi i requisiti di qualità e applichi con successo le misure di garanzia della qualità può fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Chi non adempie tali esigenze, non potrà esercitare nemmeno applicando una tariffa ridotta.

Assunzione dei costi in caso d'urgenza

L'assunzione dei costi in caso d'urgenza continuerà a essere retta dall'articolo 41 capoverso 2 LAMal. In tal modo si garantisce anche nel modello contrattuale aperto alla concorrenza che l'assicuratore rimborsi ai propri assicurati i costi sostenuti in caso di cura d'urgenza, anche se il fornitore di prestazioni che l'ha prestata non ha concluso nessuna convenzione di autorizzazione con l'assicuratore. Solo un altro fornitore di prestazioni che adempia le condizioni di autorizzazione secondo l'articolo 35 LAMal e che abbia concluso una convenzione con uno o più assicuratori riconosciuti può entrare in considerazione. La tariffa applicata, perciò, sarà anche quella convenuta tra i partner tariffali o, in base all'articolo 47 LAMal, quella stabilita dal Governo cantonale. Se più tariffe sono a disposizione del fornitore di prestazioni in questione, questi fatturerà la tariffa di sua scelta trattandosi in ogni caso di tariffe approvate. Gli assicuratori possono ovviare a questa situazione concludendo convenzioni tariffali nel modo più capillare possibile.

Garanzia dell'assistenza medica

Per principio si suppone che i fornitori di prestazioni siano interessati a collaborare con l'assicurazione sociale malattie dato che, per esperienza, essa offre loro un numero elevato di pazienti. In tal modo gli assicuratori – considerato in particolare il numero relativamente elevato di fornitori di prestazioni in Svizzera – potranno e

vorranno concludere una convenzione di autorizzazione con numerosi fornitori di prestazioni. Tuttavia, se a causa di circostanze straordinarie le parti interessate (fornitori di prestazioni e assicuratori) non riuscissero a concludere nessuna convenzione di autorizzazione e quindi la cura degli assicurati ai sensi della presente legge non fosse più garantita in uno o più settori di prestazioni o in determinate specialità, il Governo cantonale, sentiti i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, dovrebbe adottare misure limitate nel tempo intesi a garantire comunque il trattamento degli assicurati secondo la presente legge, attenendosi alla protezione tariffale. Si tratta di una specie di ultima ratio destinata a ripristinare quanto prima la situazione normale. Il compito di far fronte alle situazioni di emergenza rientra nella tradizionale sfera di competenza dei Cantoni nell'ambito della sanità.

Questa possibilità di garantire l'assistenza medica da parte dei Cantoni è già prevista nella LAMal per le conseguenze di un'eventuale ricusa massiccia dei fornitori di prestazioni (cfr. in proposito FF 1992 I 148). Considerato che in mancanza di convenzioni tariffali possono sorgere gli stessi problemi per gli assicurati, nel contesto della soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni deve essere data ai Governi cantonali la stessa possibilità di provvedere, nei casi estremi, perché l'assistenza medica della popolazione sia comunque garantita. Questo corrisponde non da ultimo alla ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni (art. 3 Cost.) prevista nella Costituzione. La concorrenza, invece, non deve avere come conseguenza che, giustificando una carenza di assistenza medica, si chieda al Governo cantonale di definire un numero di fornitori di prestazioni troppo elevato. Nella sua valutazione deve conformarsi alle prescrizioni del nostro Consiglio e agli standard di assistenza medica moderni. Così, parallelamente alla pianificazione del settore ospedaliero, si esorta a considerare sempre che l'assistenza medica si evolve continuamente proprio a seguito del progresso della tecnologia medica. La valutazione della situazione dell'assistenza medica effettuata dal Governo cantonale non si limiterà all'ambito cantonale. È possibile immaginare un caso in cui, in un Cantone, solo un numero insufficiente di fornitori di prestazioni abbia concluso una convenzione, mentre nel Cantone confinante un numero sufficientemente elevato di fornitori di prestazioni sia già legato da convenzioni con gli stessi assicuratori. Può essere quindi anche compito degli assicuratori concludere convenzioni sovregionali per garantire l'assistenza medica dei propri assicurati.

Assenza di convenzione tariffale

In caso di soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel settore ambulatoriale, le normative della LAMal concernenti l'assenza di convenzione di autorizzazione potranno essere applicate soltanto al settore ospedaliero e semiospedaliero. Considerato che nel settore ambulatoriale l'esistenza di una convenzione tariffale tra l'assicuratore e il fornitore di prestazioni è una condizione affinché quest'ultimo possa esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il Governo cantonale è obbligato a intervenire unicamente se le cure non sono garantite nel settore ambulatoriale (art. 45 LAMal) oppure se un fornitore di prestazioni o un assicuratore chiedono, per motivi legati all'assistenza, la designazione di un fornitore di prestazioni autorizzato e la determinazione di una tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal). L'attuale competenza del Governo cantonale di fissare una tariffa in assenza di convenzione tariffale continuerà a mantenere la sua validità. Per le cure ambulatoriali si dovrà integrare l'obbligo di stabilire una tariffa quando esiste una convenzione di autorizzazione, ma ne manca una tariffale.

Le disposizioni relative che potrebbero essere proposte avrebbero, quindi, il seguente tenore:

Art. 7a (nuovo) Informazione degli assicurati

¹ Gli assicurati hanno in ogni momento il diritto di consultare presso l'assicuratore l'elenco dei fornitori di prestazioni o di chiedere informazioni sul loro conto. L'assicuratore deve comunicare tempestivamente e in modo esaustivo ai propri assicurati i nominativi dei fornitori di prestazioni con i quali ha concluso una convenzione di autorizzazione per esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria e deve informarli di ogni modifica apportata all'elenco.

² Per un anno civile non si possono depennare nominativi da tale elenco.

Art. 35 cpv. 1 e 1^{bis} (nuovo)

¹ Sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che:

- a. adempiono le condizioni giusta gli articoli 36-40 e
- b. nella misura in cui sono attivi nel settore ambulatoriale, hanno concluso una convenzione di autorizzazione con uno o più assicuratori malattie riconosciuti.

^{1^{bis}} I fornitori di prestazioni e gli assicurati sono liberi di scegliere con chi concludere il contratto a condizione che:

- a. le cure mediche siano assicurate;
- b. l'economicità e la garanzia della qualità siano garantite (art. 56 e 58);
- c. al momento di concludere la convenzione non siano violate le regole della legge del 6 ottobre 1995 sui cartelli.

Art. 41 titolo, cpv. 1 e 2 lett. a

Principio

¹ L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere i costi secondo la tariffa concordata per contratto. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata negli ospedali o negli istituti di cure semiospedaliere che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato.

² Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato si rivolge a un altro fornitore di prestazioni, l'ammontare preso a carico è calcolato secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

- a. a un fornitore di prestazioni con il quale l'assicurato ha concluso una convenzione, se si tratta di cure ambulatoriali.

Art. 41a (nuovo) Obbligo d'informare da parte dei fornitori di prestazioni

I fornitori di prestazioni devono comunicare all'assicurato, prima del trattamento, gli assicuratori per i quali possono fornire prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie.

Art. 45 cpv. 2 e 3 (nuovi)

² L'assicuratore o il fornitore di prestazioni il quale faccia valere che, senza un'autorizzazione, il trattamento medico sarebbe insufficiente per le cure ambulatoriali, può esigere dal Governo cantonale l'autorizzazione secondo l'articolo 35 capoverso 1.

³ Nella valutazione, il Governo cantonale tiene conto degli standard moderni in materia di cure mediche. Anche l'offerta al di fuori del Cantone dev'essere presa in considerazione.

Art. 47 cpv. 2

² Se, nonostante la convenzione di autorizzazione, non esiste nessuna convenzione tariffale tra l'assicuratore e il fornitore di prestazioni per il trattamento ambulatoriale dell'assicurato o per il trattamento ospedaliero o semiospedaliero al di fuori del Cantone di domicilio dell'assicurato, il Governo del Cantone nel quale si trova l'organizzazione permanente del fornitore di prestazioni fissa la tariffa.

2.4 Scelta dell'ospedale

In base alla legge in vigore, l'assicurazione malattie lascia agli assicurati la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia (art. 41 cpv. 1 LAMal). Per le cure ospedaliere ciò significa che i fornitori di prestazioni devono corrispondere anche al contenuto della pianificazione. I Cantoni, quindi, devono includere adeguatamente nella pianificazione ospedali e reparti privati (art. 39 cpv. 1 LAMal). Ne consegue che, per principio, è possibile scegliere tra gli ospedali figuranti nell'elenco. L'introduzione della pianificazione ospedaliera, quindi, ha avuto ripercussioni sulla scelta del fornitore di prestazioni. La questione in merito a quali ospedali gli assicurati potevano scegliere, dopo l'entrata in vigore della nuova legge è stata interpretata in modi diversi da Cantoni e assicuratori. Con una decisione del 30 agosto 1999 (cfr. Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Assicurazione contro le malattie e gli infortuni: Giurisprudenza e prassi amministrativa, RAMI 5/1999, p. 462) il TFA ha affermato che l'articolo 41 LAMal garantisce agli assicurati la libera scelta dell'ospedale, ma che il capoverso 1 limita l'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore. Con la presente revisione parziale s'intende chiarire che gli assicurati hanno il diritto di scegliere tra tutti gli ospedali che figurano nell'elenco degli ospedali del loro Cantone di domicilio.

2.5 Assunzione dei costi

Oggi la ripartizione dell'assunzione dei costi dipende dal luogo della cura e dallo status giuridico dell'ente ospedaliero. In caso di cura ospedaliera l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. È fatto salvo il ricorso a un fornitore di prestazioni extracantonale in un caso di urgenza dal punto di vista medico o se la prestazione medica necessaria non è offerta in uno degli ospedali compresi nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio. La ragione risiede nella struttura federalista del sistema della sanità. Nel caso di cura ospedaliera extracantonale è il Cantone di domicilio ad assumere la differenza tariffale. Dato che un'assistenza medica ottimale si orienta alla gamma

delle prestazioni offerte comprese nel diritto di scelta dell'assicurato, ma non ai confini cantonali, nel quadro della presente revisione parziale si tiene conto della minore importanza attribuita ai confini cantonali. In caso di cura in un ospedale intracantonale e in uno extracantonale, l'assunzione dei costi avverrà secondo le medesime regole sempreché l'istituzione interessata o il suo reparto soddisfino la pianificazione e, di conseguenza, un fabbisogno. Con il passaggio al finanziamento delle prestazioni e il distacco dal principio della copertura dei costi (vedi n. 2.1 «Obiettivi») si giustifica anche l'applicazione dell'analogia regola di finanziamento alle cure prestate in un ospedale privato non sovvenzionato a condizione che corrisponda alla pianificazione di volta in volta determinante. Respingiamo un ulteriore obbligo di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie come lo propone l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero». Una scelta dell'ospedale e un'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie completamente libere nel caso di cure prestate in ospedali che non figurano in una delle pianificazioni allestite da uno o più Cantoni significherebbe per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie un onere finanziario supplementare incalcolabile. Inoltre lo strumento principale in relazione al contenimento dei costi nel settore ospedaliero, ovvero la pianificazione ospedaliera, vanificherebbe i suoi effetti. L'abbattimento delle capacità in esubero nel settore ospedaliero, iniziato con le pianificazioni ospedaliere, non è terminato: un motivo in più per respingere l'iniziativa popolare (cfr. il nostro messaggio nel FF 1999 7607).

2.6 Parità di trattamento di prestazioni ospedaliere e semiospedaliere

L'evoluzione in campo medico ha avuto come conseguenza che prestazioni, in particolare interventi chirurgici, che nel passato venivano effettuate in ambito ospedaliero, oggi siano eseguite in un quadro semiospedaliero o ambulatoriale. Sono venute dunque a crearsi situazioni in continuo divenire, in cui settore ospedaliero da un lato, settori semiospedaliero e ambulatoriale dall'altro, coagiscono. Per fare chiarezza in questo senso, con la presente revisione parziale tutte le prestazioni effettuate in ospedale, per le quali è necessaria l'infrastruttura ospedaliera, saranno soggette allo stesso regime di finanziamento. Nell'ambito della procedura di consultazione è stato ripreso il tema dello stabilire dei limiti e si è chiesto di sottoporre allo stesso trattamento anche le prestazioni ambulatoriali. Dato che le prestazioni ambulatoriali, però, non necessitano di un'infrastruttura ospedaliera e che la parità di trattamento di attività analoghe avviene al di fuori e dentro l'ospedale, riteniamo opportuna la delimitazione proposta.

2.7 Pianificazione ospedaliera

La legge ha introdotto la pianificazione ospedaliera come compito cantonale adempiendo così la suddivisione dei compiti descritta al numero 1.2. Per l'autorizzazione come fornitore di prestazioni e l'obbligo a fornire prestazioni dell'assicurazione sociale malattie è necessaria l'ammissione nell'elenco degli ospedali e l'iscrizione nella pianificazione ospedaliera, mentre per quanto riguarda l'assunzione dei costi non ha importanza – nemmeno secondo l'opinione avallata anche dal Tribunale federale delle assicurazioni – se le cure ospedaliere siano state effettuate in reparto

comune, semiprivato o privato. Questo significa che la pianificazione del fabbisogno deve includere tutte le capacità ospedaliere e che una differenziazione in base ai reparti non è opportuna. In questo modo si potenzia uno strumento previsto nella legge atto a contenere i costi. Nella giurisprudenza attuale, dovendo valutare gli elenchi degli ospedali, abbiamo fissato requisiti diversi per l'assicurazione di base e per quella complementare a seconda delle capacità. Solo per le cure di pazienti affiliati esclusivamente all'assicurazione di base («reparto comune») abbiamo chiesto un elenco degli ospedali limitato dal punto di vista quantitativo e basato su un mandato di prestazioni. Per quanto riguarda i pazienti in possesso di un'assicurazione complementare, invece, siamo del parere che in questo settore l'obiettivo di contenere i costi possa essere raggiunto mediante la concorrenza. L'attività dei reparti semiprivati e privati di ospedali privati e pubblici, perciò, è stata accettata a carico delle assicurazioni malattie quando queste erano in grado di soddisfare le condizioni relative al personale e alle infrastrutture previste nell'articolo 39 capoverso 1 lettere a-c LAMal, circostanza che si verifica regolarmente in relazione al permesso di esercizio cantonale (cfr. estratto della giurisprudenza in: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Assicurazione contro le malattie e gli infortuni: Giurisprudenza e prassi amministrativa, RAMI 3/1999, KV 72, p. 211 segg. e 4/1999, KV 84, p. 356 segg.). Con la presente revisione parziale avverrà ora una modifica di questa prassi e si passerà a un controllo quantitativo mediante una pianificazione per la quale la copertura assicurativa è irrilevante. Per questi motivi si deve stabilire esplicitamente che la pianificazione ospedaliera cantonale o intracantonale e quindi anche l'elenco degli ospedali si riferirà a tutte le prestazioni da fornire secondo la LAMal. Inoltre, in base all'attribuzione delle cure semiospedaliere al settore ospedaliero, l'obbligo di allestire una pianificazione dev'essere esteso agli istituti che offrono cure semiospedaliere. La pianificazione nel settore della medicina di punta, invece, può avvenire a livello nazionale (cfr. quanto esposto al n. 6 sulla nuova perequazione finanziaria).

2.8 Prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie copre, nel settore ospedaliero, le cure mediche e la degenza nel reparto comune degli ospedali. La definizione di reparto comune è stata accolta nella legge per descrivere il volume di prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Le sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni menzionate nel numero 1.1.3 hanno confermato questo punto di vista anche per il nuovo diritto. In questo modo, tuttavia, una vecchia definizione di un prodotto assicurativo utilizzata nel diritto previgente si è trasferita nel nuovo diritto. Dato che dalle argomentazioni del TFA risulta che non è la degenza fisica nel reparto comune a essere necessaria perché gli assicuratori malattie si assumano i costi, la definizione «reparto comune» non può essere adatta a descrivere le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Dato che il volume di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si attiene al principio di un'osservazione oggettiva ed economica – com'è stato descritto finora mediante la definizione «reparto comune» – la definizione «reparto comune» può essere soppressa e al suo posto si può stabilire che la degenza in ospedale faccia parte del catalogo delle prestazioni previste per legge. I costi di ulteriori prestazioni – come la degenza in una stanza singola o a due letti, non indicata dal punto di vista medico, o la libera scelta del medico in ospedale – devono essere coperti da assicurazioni complementari.

Sopprimendo, come previsto, la definizione «reparto comune» viene a cadere anche una differenziazione secondo il luogo di domicilio degli assicurati. Con riferimento alle summenzionate sentenze del TFA la tariffazione non sarà più applicata solo ai ricoveri extracantonali, ma anche a quelli intracantonali. In futuro, quindi, sia l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattie che da parte dell'ente pubblico dipenderà solamente dal fatto che il fornitore di prestazioni sia adatto a prestare quella cura e autorizzato a farlo.

2.9 Tariffe

Fulcro del progetto è il settore tariffale. Mediante le tariffe riferite alle prestazioni e la determinazione del modo di ripartire i costi – essendo questi riferiti alle prestazioni – s'intendono ridefinire gli incentivi ai sensi del contenimento dei costi. Nel settore ospedaliero e semiospedaliero si manterrà per principio il sistema della tariffazione forfettaria o se ne introdurrà uno simile. Con l'affermazione di un finanziamento riferito alle prestazioni sarà possibile confrontare meglio i prodotti dei vari ospedali in relazione a prestazioni definite. Il risultato di una maggiore trasparenza consiste anche nel rafforzare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni.

2.10 Potenziamento degli strumenti atti a contenere i costi nel settore ambulatoriale

Già nel nostro messaggio concernente la prima revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie abbiamo detto di ritenere l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ma anche l'assicurazione con bonus e l'assicurazione con franchigia annua a scelta, strumenti efficaci che contribuiscono a ridurre i costi dell'assicurazione malattie (FF 1999 691). Come menzionato al numero 2.3, nella promozione di forme di assicurazione particolari come i modelli del medico di famiglia o l'HMO (gatekeeper) vediamo strumenti per contenere i costi: considerato che gli assicurati vanno sempre per prima cosa dal medico di famiglia che lavora relativamente a buon mercato, l'accesso agli specialisti che costano di più è mantenuto entro limiti accettabili e il cosiddetto «turismo medico» è ostacolato. Un modello di medico di famiglia impedisce altresì le cure multiple, ovvero il trattamento della stessa malattia di una persona da parte di più medici.

Attualmente sono circa 400 000 gli assicurati che in Svizzera aderiscono a un modello di medico di famiglia. La maggior parte di questi modelli esiste solo da pochi anni (dal 1997 e dal 1998). Le prime esperienze fatte con i modelli del medico di famiglia indicano un potenziale di risparmio dei costi del 10-20 per cento circa (G. Mathis, F. Herren: Hausarztnetzwerke in der Schweiz: erste breitflächigen Auswirkungen, Managed Care 1998, 1, p. 8 segg.; d). Tuttavia, in caso di un'introduzione capillare del modello gatekeeper non ci si può attendere che in futuro si potrà risparmiare il 20 per cento dei costi. La stima potenziale di risparmio dei costi rappresenta anzitutto il risultato di un breve periodo sperimentale e quindi non è rappresentativa. In secondo luogo è necessario considerare le circostanze particolari che hanno reso possibile questo risultato: nel caso dei medici che hanno partecipato al modello del medico di famiglia si tratta, da un lato, di una selezione di fornitori di cure di base molto motivati che si assumono anche una parte della responsabilità

economica e, dall'altro, sul fronte degli assicurati si può dedurre che si tratta piuttosto di una selezione dei rischi negativa.

Trasferire il modello del medico di famiglia all'intero sistema assicurativo renderebbe necessario modificare i comportamenti sia della categoria dei medici che di quella dei pazienti per poter realizzare gli auspicati risparmi sui costi. Non è possibile stabilire con certezza se i buoni risultati ottenuti con i modelli del medico di famiglia per quanto riguarda un'efficienza dei costi e la qualità delle cure possono essere mantenuti in un sistema di gatekeeper allargato all'intero sistema: da un lato si può supporre che i medici si ritrovino una gamma di pazienti quantitativamente diversa bisognosa, in parte, di cure complesse e costose. Dall'altro aumenterebbe il numero degli assicurati in cura dai fornitori di cure di base, circostanza che si ripercuoterebbe sul tempo che il medico può dedicare a ogni assicurato. Di conseguenza ci si dovrebbero attendere anche cambiamenti all'interno della categoria dei medici che si adatterebbe all'aumento della domanda di fornitori di prestazioni di base. Alla luce delle conseguenze sulle cure e sulla qualità del trattamento, non valutabili in caso di una trasformazione radicale, si rinuncia a introdurre in modo capillare il modello gatekeeper. Tuttavia, per aumentare le possibilità di scelta degli assicurati, gli assicuratori saranno tenuti ad offrire in tutta la Svizzera forme assicurative particolari con una scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Si potrà così garantire che ogni assicurato abbia la possibilità di scegliere un tale modello assicurativo.

Nonostante diverse riserve, abbiamo deciso di sopprimere l'obbligo di stipulare convenzioni tra assicuratori e fornitori di prestazioni di età superiore ai 65 anni. Contrariamente al disciplinamento attuale, per loro non basterà più adempiere alle condizioni menzionate negli articoli 36-38 per accedere al sistema dell'assicurazione malattie. Soltanto coloro che hanno concluso una convenzione con uno o più assicuratori, infatti, potranno fatturare le loro prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie. Questa modifica si giustifica per il fatto che, con l'andar del tempo, le facoltà intellettuali e mentali nonché l'evoluzione delle conoscenze e della tecnica possono scemare. A partire da una certa età esiste il rischio che tali facoltà diminuiscano, ovvero che non corrispondano più alla sicurezza che un medico deve offrire ai suoi pazienti o, più generalmente, alla fiducia che questi ripongono nello stesso cosicché il medico non è più in grado di esercitare la sua professione in modo ineccepibile. Per ridurre tale rischio sono disponibili numerosi sistemi. Si potrebbe optare per un metodo soggettivo in base al quale esaminare di caso in caso, a partire da una certa età, se l'interessato è ancora in grado di svolgere il proprio compito oppure scegliere un metodo oggettivo che prevederebbe di applicare un limite unitario valido per tutti. Nel caso in questione gli assicuratori saranno incaricati di stabilire se, a compimento del 65° anno di età – momento in cui la maggior parte delle persone va in pensione e ha diritto a una rendita AVS – i fornitori di prestazioni che desiderano continuare la loro attività nel settore ambulatoriale adempiono ancora alle condizioni di autorizzazione quali l'economicità e la garanzia della qualità. Va notato a questo punto che, in base alla statistica dell'FMH, nel 1999 solo il 7 per cento dei 13 622 medici titolari di uno studio privato in Svizzera aveva un'età superiore ai 65 anni. Inoltre si deve tener conto del fatto che non tutti i medici con studio privato esercitano la loro professione a carico dell'assicurazione sociale malattie. Per quanto riguarda i rimanenti fornitori di prestazioni non sono disponibili dati relativi alla struttura della loro età.

Basi giuridiche per il diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il Cantone di domicilio versa oggi contributi sia in caso di degenza ospedaliera intracantonale (art. 49 LAMal) che di cure ospedaliere al di fuori del Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal). Mentre i contributi secondo l'articolo 49 LAMal sono versati indirettamente mediante i sussidi destinati agli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, l'obbligo del Cantone di domicilio di pagare la differenza secondo l'articolo 41 capoverso 3 LAMal è trattato anch'esso secondo la giurisprudenza del TFA come l'obbligo che nasce dal diritto delle assicurazioni sociali assimilato all'obbligo degli assicuratori di assumere i costi (DTF 123 V 290 segg.; 310 segg.). La remunerazione diretta, legata alle prestazioni, da parte del Cantone di domicilio rappresenta ora in ogni caso una conseguenza della nuova forma di remunerazione delle prestazioni ospedaliere. Entrambe le prestazioni, perciò, saranno sottoposte al diritto di regresso contro terzi responsabili, proposta che ha trovato l'appoggio della maggioranza nella procedura di consultazione (n. 1.5). È quindi opportuno istituire una base giuridica: secondo una sentenza di principio, infatti, emessa dal Tribunale federale svizzero il 18 ottobre 1999, l'articolo 126 OAMal non ha una base di legge formale sufficiente e quindi si reputa inammissibile un diritto di regresso basato su questo articolo (cfr. DTF 126 III 36 segg.).

Medicamenti importanti per la cura di malattie rare (Orphan Drugs)

In molti casi i medicinali importanti per la cura di malattie rare non sono registrati in Svizzera perché le ditte farmaceutiche non lo ritengono necessario dal punto di vista finanziario a causa delle ridotte dimensioni del mercato svizzero. La registrazione di un medicamento costituisce la premessa perché esso figuri nell'elenco delle specialità pubblicato dall'UFAS ai sensi dell'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal – fattore che a sua volta è la condizione perché un medicamento sia rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In questo modo si produce la situazione paradossale per cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non rimborsa i medicinali a pazienti affetti da malattie rare, un gruppo di persone particolarmente svantaggiato e che proprio per questo va protetto. Il nostro Consiglio ha riconosciuto che l'ostacolo principale al rimborso dei cosiddetti Orphan Drugs è costituito dall'autorizzazione per essere immessi nel mercato svizzero e, nel suo disegno di una nuova legge sugli agenti terapeutici, ha previsto determinate agevolazioni per autorizzare i cosiddetti Orphan Drugs (cfr. in proposito il nostro messaggio del 1° marzo 1999, FF 1999 2959). Le condizioni di autorizzazione agevolate per gli Orphan Drugs previste nel disegno della legge sugli agenti terapeutici devono avere il più presto possibile effetti sull'assicurazione sociale malattie. L'autorizzazione facilitata tramite l'Istituto per gli agenti terapeutici rappresenta la condizione per essere ammessi nell'elenco delle specialità che consente l'assunzione dei costi degli Orphan Drugs tramite gli assicuratori malattie. Proponiamo perciò di integrare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b della legge sull'assicurazione malattie in modo che l'elenco delle specialità contenga anche medicinali importanti per malattie rare.

Base legale per l'esecuzione degli obblighi finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori

L'esecuzione degli obblighi finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori (premi ai sensi dell'art. 61 segg. LAMal e partecipazione ai costi secondo l'art. 64

LAMal) nonché le conseguenze del non adempimento non sono disciplinati nel diritto vigente con una legge formale né la legge incarica il nostro Consiglio di emanare disposizioni più precise in merito nonché sul cambio di assicuratore. Ciononostante, secondo l'articolo 96 LAMal il nostro Consiglio è incaricato di eseguire la legge e di emanare le necessarie disposizioni.

Nell'ambito della presente revisione parziale sarà istituita una base di legge formale per un obbligo di pagare i premi e le conseguenze di mora; l'adempimento dell'obbligo di pagare i premi e di partecipare ai costi da parte degli assicurati è indispensabile per finanziare l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e per l'esecuzione della legge. L'istituzione di una base legale è opportuna anche perché, in base alla giurisprudenza del TFA concernente l'articolo 9 capoverso 3 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), un cambiamento dell'assicuratore è ammesso indipendentemente dal fatto che i premi e le partecipazioni ai costi siano stati versati o meno poiché manca una base di legge formale (cfr. DTF 125 V 266 segg.).

3 Parte speciale

Articolo 13 capoverso 2 lettera f (nuova)

Al fine di aumentare l'offerta di forme assicurative particolari con scelta limitata del fornitore di prestazioni, agli assicuratori è ora imposto l'obbligo di offrirle in tutto il loro territorio d'attività. Non dovessero adempiere questo obbligo, in caso di richieste di nuovi assicuratori sussiste la possibilità di non rilasciare l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione. Nel caso di assicuratori autorizzati, l'autorizzazione potrebbe poi essere ritirata se, entro un determinato lasso di tempo, essi non dovessero fornire all'autorità di sorveglianza la prova che offrono i modelli menzionati all'inizio. Onde non aggravare inutilmente tale compito per gli assicuratori più piccoli, è ammessa la collaborazione con altri assicuratori.

Agli assicurati va offerta l'opportunità di operare scelte che tengano conto dei costi e di optare per una limitazione nella scelta del fornitore di prestazioni. In effetti, tuttavia, questa limitazione dipenderà concretamente soprattutto dalla disponibilità o meno dei fornitori di prestazioni a concludere sempre più spesso convenzioni in tal senso con gli assicuratori malattia. Ma per gli assicuratori, nel quadro dell'attuazione dell'articolo 41 capoverso 4 LAMal, esiste già oggi la possibilità di scegliere unilateralmente fornitori di prestazioni finanziariamente più vantaggiosi e di offrire ai propri assicurati modelli corrispondenti.

Articolo 21 capoverso 4

Il compito di pianificazione dei Cantoni e il giudizio sull'evoluzione delle tariffe necessitano di dati. Conformemente all'articolo 30 OAMal, l'Ufficio federale di statistica raccoglie i dati degli ospedali per l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali. In seguito all'adeguamento delle leggi sulle assicurazioni sociali alla legislazione sulla protezione dei dati (nostro messaggio del 24 novembre 1999; FF 2000 205; testo di legge modificato in FF 2000 3170), gli articoli 21 e 23 LAMal sono stati modificati prevedendo anche la possibilità per i Cantoni di consultare i dati raccolti sugli ospedali e sulle case di cura (art. 84a cpv. 2 lett. f LAMal). La proposta estensione dell'obbligo di pianificazione al settore semiospedaliero rende necessario un completamento dell'articolo riguardante il coinvolgimento degli istituti di cure se-

miospedaliere nella raccolta dei dati. Inoltre, in seguito alla nuova versione dell'articolo 49 LAMal, dovrebbe scomparire la nozione di grado di copertura dei costi.

Articolo 25 capoverso 2 lettera e

Come già detto nel numero 28, la nozione di «reparto comune» va stralciata. Questo non implica assolutamente che la degenza in ospedale dev'essere assunta indipendentemente dai costi. Nell'ottica delle condizioni generali per l'assunzione dei costi di cui all'articolo 32 LAMal (efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni) e del principio d'economicità di cui all'articolo 56 LAMal, l'assunzione dei costi di una degenza ospedaliera necessaria deve chiaramente limitarsi solamente a quanto è adeguato allo scopo della cura, con riferimento al ricovero, alle cure e all'assistenza. Ulteriori prestazioni quali la degenza in una camera singola o in una camera doppia indipendentemente dallo stato di salute continuano a non essere sottoposte alla LAMal e vanno assicurate mediante prodotti assicurativi complementari soggetti al diritto delle assicurazioni private. Un simile concetto coincide con il previsto sistema di finanziamento riferito alle prestazioni, che definisce chiaramente e separa l'una dall'altra la responsabilità del finanziamento e quindi la parte di remunerazione a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, degli enti pubblici ed eventualmente dell'assicurazione complementare.

Articolo 25 capoverso 2 lettera f

Le cure semiospedaliere non sono dispensate solamente negli istituti di cure semiospedaliere, bensì possono essere offerte anche dagli ospedali. Proponiamo dunque di precisare in tal senso il testo tedesco.

Articolo 35 capoverso 1

Il modello contrattuale aperto alla concorrenza dovrebbe rafforzare l'autonomia contrattuale. Per tale motivo vengono definite le condizioni che i fornitori di prestazioni devono adempiere per ottenere l'autorizzazione di esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Rimane quindi invariato il principio del diritto vigente secondo cui i fornitori di prestazioni devono adempiere le condizioni menzionate negli articoli 36-40 LAMal. Una delle finalità della soppressione dell'obbligo di stipulare contratti con fornitori di prestazioni ultrasessantacinquenni è che gli assicuratori, eccezion fatta per i trattamenti in caso d'urgenza, ne rimborsano le prestazioni soltanto qualora abbiano stipulato un contratto con loro. Questo è il motivo per cui la lettera b del presente capoverso sancisce che un fornitore di prestazioni ultrasessantacinquenne deve stipulare un contratto con uno o più assicuratori malattie riconosciuti che lo autorizzi a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Se un fornitore di prestazioni ultrasessantacinquenne non dispone di un contratto d'autorizzazione stipulato con un assicuratore, questi non può indennizzarne le prestazioni mediante l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

In linea di principio, nell'ambito di un modello contrattuale aperto alla concorrenza i fornitori di prestazioni e gli assicuratori devono essere liberi di scegliere i loro partner alla convenzione. L'unica limitazione della libera scelta dei partner alla convenzione consiste tuttavia, tanto per l'assicuratore quanto per il fornitore di prestazioni, nella garanzia dell'assistenza medica degli assicurati. Se l'assistenza medica deve essere considerata in pericolo a causa di convenzioni tariffali disdette o mancanti, l'assicuratore o il fornitore di prestazioni possono rivolgersi al Cantone oppure esso può adottare i provvedimenti necessari di propria iniziativa (art. 45 LAMal).

L'articolo 43 capoverso 6 LAMal prevede inoltre che le parti alla convenzione e le autorità competenti vegliano affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Tuttavia, con l'attuazione di un modello contrattuale aperto alla concorrenza per i fornitori di prestazioni ultrasessantacinquenni, i criteri dell'economicità e della qualità, concretizzati anche negli articoli 56 e 58 LAMal, dovranno essere applicati in misura maggiore. Soltanto la concretizzazione e l'applicazione di simili criteri nei contratti d'autorizzazione garantiscono una scelta dei fornitori di prestazioni ultrasessantacinquenni secondo criteri oggettivi. Soltanto un fornitore di prestazioni ultrasessantacinquenne che adempie i requisiti di qualità e sia in grado di attuare a dovere le misure inerenti alla garanzia della qualità può essere autorizzato a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Chi non soddisfa tali requisiti non deve potere esercitare nemmeno applicando una tariffa ridotta.

Articolo 35 capoverso 2 lettera i

Riallacciandosi all'articolo 25 capoverso 2 lettera f LAMal, la formulazione tedesca riguardo agli istituti di cure semiospedaliere va cambiata anche in questo caso.

Articolo 39 capoverso 1 lettere d, e nonché capoversi 2 e 3

Sussistono incertezze riguardo alla portata dell'obbligo di pianificazione dei Cantoni. In vista dell'applicazione delle regole di finanziamento (in seguito all'art. 49 cpv. 3 LAMal) alla cura di tutti i pazienti, proponiamo per chiarezza di menzionare esplicitamente suddetto obbligo per tutte le persone soggette alla LAMal. Ciò vale anche per tutti i gruppi di pazienti il cui trattamento eventualmente deve avvenire da parte di un'istituzione extracantonale esercitante a livello nazionale. Diventa così inammissibile la differenziazione fra gli assicurati a causa della loro copertura assicurativa, riscontrabile spesso nella prassi. Andrebbe inoltre sottolineato nuovamente il fatto che un Cantone può pianificare secondo i fabbisogni solo se conosce il flusso dei pazienti e se può coordinare le sue capacità con i Cantoni vicini.

La suddivisione degli elenchi degli ospedali in categorie serve a definire le specializzazioni mediche offerte. I compiti che un ospedale deve adempiere nel quadro della pianificazione cantonale sono fra l'altro definiti nel mandato di prestazioni. La locuzione «mandato di prestazioni» è stata spesso intesa erroneamente, ossia come se un mandato implicasse in modo vincolante un obbligo di remunerazione. Secondo la nostra giurisprudenza, questo non era finora il caso (cfr. in merito la nostra decisione del 26 marzo 1997, in: Ufficio federale delle assicurazioni sociali: giurisprudenza e prassi amministrativa dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, RAMI 4/1997, AM 8, p. 220 segg.). Con il mandato si assegnava piuttosto a un ospedale un ventaglio di prestazioni, e in compenso l'ospedale veniva accolto nell'elenco degli ospedali. Da un mandato inteso in questo senso non poteva essere dedotto un obbligo finanziario per il Cantone. Se, in applicazione dei combinati disposti dell'articolo 39 e dell'articolo 49 capoverso 2 del disegno, sia l'assicurazione malattie sia i Cantoni contribuiscono a remunerare le prestazioni fornite da quegli ospedali che figurano in un elenco di ospedali, dal profilo strettamente finanziario questa pratica risulta essere molto simile al pagamento di un mandato. Non è necessario integrare la disposizione, poiché la questione del pagamento generale di un ospedale non si pone più per l'adempimento del suo compito se vengono finanziate prestazioni al posto di stabilimenti. In un simile sistema non si può d'altronde parlare di una «sovvenzione di ospedali privati», dato che vengono sovvenzionate unica-

mente prestazioni che un ospedale privato fornisce nell'esercizio del suo mandato di prestazioni stabilito dal Cantone.

Articolo 39 capoverso 4 (nuovo)

In virtù della prevista equiparazione delle cure semiospedaliere a quelle ospedaliere (per i particolari si veda l'art. 49 cpv. 1) quanto al finanziamento, proponiamo un'estensione riguardo alla pianificazione in modo tale che, come già avviene per gli ospedali, la pianificazione e l'iscrizione nell'elenco debbano costituire la condizione per l'autorizzazione di istituti che dispensano cure semiospedaliere (art. 35 cpv. 1 lett. i LAMal). Soltanto così il Cantone che partecipa al finanziamento delle prestazioni è in grado di assumersi la propria responsabilità per quanto riguarda l'ampliamento ovvero lo smantellamento e la manutenzione dell'infrastruttura e di esercitare una funzione di gestione e coordinamento.

Articolo 41 capoverso 1

Il diritto di scelta degli assicurati, nel settore ospedaliero, ingloba tutti gli ospedali e gli istituti di cure semiospedaliere che figurano sull'elenco del Cantone di domicilio.

Articolo 41 capoverso 2 lettera b

La modifica intende cogliere inoltre l'occasione per chiarire il rapporto fra i capoversi 2 e 3 dell'articolo 41. Il nuovo capoverso 2 stabilisce che l'assicurato può scegliere un altro fornitore di prestazioni se per una determinata cura ovvero in un caso d'urgenza non è possibile recarsi da nessuno dei fornitori di prestazioni figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio. Riassumendo, l'assicurazione malattie assume i costi per cure ospedaliere o semiospedaliere se un fornitore di prestazioni figurante nell'elenco del Cantone di domicilio è idoneo a curare, oppure se per motivi d'ordine medico occorre recarsi da un altro fornitore di prestazioni non figurante su predetto elenco. Dato che il sistema assicurativo è di per sé chiuso, anche nel caso appena citato è consentita la fatturazione di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie solamente ai fornitori di prestazioni autorizzati a norma di legge.

Articolo 41 capoverso 3

Questa disposizione stabiliva in quale misura il Cantone di domicilio fosse tenuto a contribuire ai costi nel caso in cui non era possibile offrire una cura o farvi ricorso in un ospedale, pubblico o sussidiato dall'ente pubblico, del suddetto Cantone. Le summenzionate sentenze del TFA hanno chiarito in quale misura l'obbligo di contribuire ai costi dipenda dal luogo di degenza dell'assicurato. Nell'articolo 49 proponiamo di estendere la regola di finanziamento a tutti i reparti ospedalieri e a tutti i tipi d'ospedale. Il rinvio all'articolo 49 è volto ad armonizzare gli articoli 49 e 41. Occorre pertanto chiarire che il Cantone di domicilio è tenuto ad assumere la parte dei costi dovuta secondo l'articolo 49 non soltanto all'interno del Cantone, bensì anche al di fuori di esso, indipendentemente dal fatto che l'ospedale in questione figuri o meno nel suo elenco. Tra l'altro, l'obbligo di compensazione del Cantone di domicilio in caso di cura ambulatoriale è oggetto della procedura di ricorso pendente davanti al TFA.

Articolo 49 titolo

Poiché è previsto di sottoporre allo stesso regime finanziario il settore semiospedaliero e quello ospedaliero, il titolo dell'articolo 49 va adeguato di conseguenza.

Articolo 49 capoverso 1

Finora i costi di gestione fatturabili costituivano la base per la convenzione sulle tariffe determinanti per l'assicurazione sociale malattie: è prescritto che le tariffe dell'assicurazione malattie per gli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico corrispondano a un grado di copertura dei costi pari al 50 per cento al massimo dei costi di gestione fatturabili nel reparto comune per gli abitanti del Cantone. Rimane insoluta la questione della copertura dei costi rimanenti. Tuttavia, in forza dell'obbligo dei Cantoni di provvedere al fabbisogno ospedaliero, si presume che continueranno a finanziare l'esercizio dell'infrastruttura ospedaliera da essi allestita o promossa, e in particolare ne copriranno il disavanzo. Questo ha portato i Cantoni a finanziare le istituzioni in quanto stabilimenti. Anche se le pianificazioni cantonali definiscono mandati di prestazioni affidati alle istituzioni, l'indennizzo che esse ricevono non è tuttavia riferito alle loro prestazioni, bensì ai costi di gestione fatturabili. L'interesse della gestione aziendale risiede in primo luogo nel raggiungimento dell'obiettivo di bilancio, non invece nel fornire singole prestazioni secondo criteri economici.

Affinché gli incentivi economici vengano corretti, occorre staccarsi dall'odierno finanziamento degli stabilimenti e sostituirlo con un sistema fondato sul finanziamento di prestazioni. In tal senso, sono ipotizzabili vari generi di importi forfettari. Sarebbero così possibili i tradizionali importi forfettari per caso, che si basano su diagnosi (DRG: Diagnosis Related Group), dove l'indennizzo fissato in prospettiva dipende dalla diagnosi (ad es. l'appendicite). Quanto ai casi in cui non vi è una diagnosi, sarebbero piuttosto ipotizzabili importi forfettari connessi al trattamento, dove la remunerazione indennizza un intero percorso terapeutico, com'è per le cosiddette Patient Management Categories (PMC). Ad esempio, in caso di pazienti polipragmatici (e di pazienti lungodegenti), è davvero difficile fatturare con importi forfettari per caso, non rispecchiando questi ultimi in modo sufficientemente esatto il decorso della malattia e l'onere differente da caso a caso, che può richiesto da un determinato trattamento medico. In simili casi e nella fase transitoria, sarebbe possibile ottenere una differenziazione anche con importi forfettari per reparto. Simili sistemi di remunerazione presentano il vantaggio che il denaro affluisce là dove è fornita la prestazione. È importante che tutte queste forme di remunerazione siano strutturate secondo sistemi di classificazione unitari, affinché sia possibile attuare confronti su tutto il territorio nazionale e adottare una remunerazione intercantonale semplice. In tutta la Svizzera devono dunque essere applicate norme unitarie. Le prestazioni dovrebbero potere essere suddivise in varie categorie remunerative, onde consentire che per prestazioni differenti, anche in un settore delimitato (ad es. ginecologia), possano trovare applicazione parallelamente sistemi forfettari diversi (ad es. importi forfettari per singolo caso, importi forfettari per reparto). Con la presenza contemporanea di varie forme di remunerazione, adatte alla prestazione specifica, si intende anche evitare che singole cure siano suddivise e fatturate sotto più rubriche. Analogamente al sistema previsto nell'articolo 43 capoverso 5 LAMal per le tariffe per singola prestazione, è in primo luogo compito dei partner tariffali elaborare strutture adeguate. Interverremo soltanto se tali strutture non vengono elaborate entro il termine fissato dal nostro Consiglio (cfr. sotto, disposizioni transitorie).

Come menzionato inizialmente, il presente disegno intende fra l'altro consolidare la funzione di contenimento dei costi svolto dal sistema di finanziamento nel settore ospedaliero. Il medesimo obiettivo fu perseguito introducendo la partecipazione ai costi per la degenza in ospedale, con la quale intendevamo rafforzare la consapevo-

lezza degli assicurati riguardo ai costi e arginare il consumo medicalmente non necessario di prestazioni mediche. Per gli assicurati non avrebbe più dovuto sussistere alcun incentivo a farsi ricoverare in ospedale per ricevere cure che possono essere dispensate anche in ambulatorio o in regime semiospedaliero. In relazione alle attività operatorie, il confine spesso incerto fra cura semiospedaliera e cura ospedaliera ha tuttavia fatto sì che l'incentivo al contenimento dei costi non abbia esplicato il proprio effetto in misura sufficiente. Si è quindi piuttosto osservata una tendenza a ospedalizzare i pazienti privi di protezioni assicurative complementari. Di conseguenza non è stato sfruttato, o lo è stato solo in modo insufficiente, il margine di manovra che la legge concedeva ai partner tariffali per quanto concerne l'assetto delle cure semiospedaliere. Allo scopo di semplificare la distinzione e di proporre gli incentivi in modo adeguato, proponiamo di attribuire le cure semiospedaliere al regime di finanziamento del settore ospedaliero. Nel contempo, anche l'obbligo di pianificazione verrà però esteso agli istituti di cure semiospedaliere, così che nel quadro della pianificazione dovrebbe sfumare il confine fra le cure attribuite al settore ospedaliero e quelle attribuite al settore semiospedaliero.

La definizione e la delimitazione dei termini «ospedaliero», «semiospedaliero» e «ambulatoriale» hanno dato adito a differenti interpretazioni, in particolare tra i partner tariffali. Sono considerate «cura semiospedaliera» in particolare la cura e l'assistenza medica dispensate nelle cosiddette cliniche di giorno e di notte o in istituti della cosiddetta «one-day-surgery»; una caratteristica è la degenza in clinica, unica o ripetuta, principalmente di durata inferiore a ventiquatt'ore (nostro messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie, FF 1992 I 138). Come per la cura ospedaliera, anche per la cura semiospedaliera sono necessarie un'infrastruttura ospedaliera nonché una sorveglianza e cure susseguenti in ambito ospedaliero. La cura ambulatoriale non richiede invece né sorveglianza né cure susseguenti in ambito ospedaliero e potrebbe quindi sostanzialmente essere effettuata anche in un ambulatorio privato al di fuori dell'ospedale. La durata della cura semiospedaliera di regola inferiore alle 24 ore può essere considerata come criterio di delimitazione rispetto alla cura ospedaliera. Ma per determinati interventi questo può avere quale conseguenza la conclusione di convenzioni su importi forfettari per caso, indipendentemente dal carattere della degenza in un'istituzione, e quindi ridurre l'incentivo a prolungare la degenza ospedaliera. Dalla conclusione, da parte dei partner tariffali, di convenzioni su importi forfettari e su importi forfettari per caso relativi alla cura ospedaliera e semiospedaliera, risulteranno nella prassi linee direttive per la delimitazione dei settori ospedaliero, semiospedaliero e ambulatoriale. Sussiste un problema di delimitazione riguardo alla visite che possono essere effettuate sia ambulatoriamente sia in ospedale, ma soltanto con infrastrutture ospedaliera. Poiché nell'intero settore non si è ancora delineata una prassi consolidata e continuano a esistere differenze regionali marcate, la definizione dovrebbe essere stabilita a livello di ordinanza. È una soluzione vantaggiosa perché sarà possibile procedere più facilmente alle modifiche che dovessero risultare necessarie con l'andare del tempo.

Articolo 49 capoverso 2

In questo capoverso si fa riferimento alla possibilità, finora prevista nell'articolo 49 capoverso 2 LAMal, di una tariffazione separata per prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali che vengono fornite raramente e sono molto onerose (p. es. misure particolarmente complicate o l'impiego di alta tecnologia costosa). L'onere per simili prestazioni supplementari sarà poi fatturato unicamente agli assicurati che lo

occasionano effettivamente. Sono comunque determinanti le stesse regole di finanziamento (cfr. l'art. 49 cpv. 3, qui di seguito).

Articolo 49 capoverso 3

Il disciplinamento menzionato nell'articolo 49 capoverso 1 ha fatto sì che oggi sussista un margine di manovra esiguo per concludere convenzioni in materia di tariffe per la cura ospedaliera, poiché i costi computabili per la tariffazione sono definiti ed esiste un margine di manovra nelle trattative unicamente per quanto riguarda la delimitazione e la sovraccapacità, nonché a proposito del livello del grado di copertura dei costi. Poiché, dopo l'entrata in vigore della LAMal, la parte dei Cantoni al finanziamento degli ospedali si è ulteriormente ridotta e oggi ammonta al 50 per cento circa a livello nazionale, oggi il margine di manovra che ancora c'era all'entrata in vigore della legge è minimo. È inoltre statuita una garanzia della copertura dei costi che ignora il rapporto prezzo-prestazioni, il che contraddice l'obiettivo della legge di promuovere un regime di concorrenza.

Le tariffe non devono perciò più costituire una parte della copertura dei costi fatturabili, bensì la remunerazione delle prestazioni dell'ospedale. Quest'ultima dovrebbe essere assunta per metà dagli assicuratori e per metà dal Cantone di domicilio della persona assicurata. In base a considerazioni di politica sociale, i Cantoni saranno nondimeno lasciati liberi di finanziare separatamente talune prestazioni definite in prospettiva, quali ad esempio sovraccapacità volute o il servizio di pronto soccorso. In futuro saranno considerati nel finanziamento anche i costi d'investimento, soprattutto perché la netta divisione fra costi di gestione e d'investimento nell'ambito del finanziamento ospedaliero fornisce un'immagine che non corrisponde alla prassi aziendale. Tuttavia, nella remunerazione, non saranno comprese le quote per i costi di formazione e di ricerca. È stato stralciato il divieto esplicito di includere nel computo delle tariffe le quote risultanti da sovraccapacità. Ciò non significa che in futuro sarà possibile farlo: piuttosto, anche in avvenire, le tariffe dovranno essere stabilite secondo le regole dell'economia (art. 43 cpv. 4 LAMal).

La legge sancisce dunque l'obbligo di finanziamento da parte dei Cantoni. Nel contempo, la nuova regola di finanziamento viene estesa agli enti privati, in quanto è da presumere che le istituzioni private siano necessarie a coprire il fabbisogno ospedaliero se sono state integrate negli elenchi cantonali. Con questo disciplinamento, l'intera capacità secondo il fabbisogno è sottoposta allo stesso regime di finanziamento. Un motivo sussiste, da un lato, nella parità di trattamento di tutti gli ospedali necessari a coprire il fabbisogno ospedaliero e, dall'altro, nell'evitare le distorsioni della concorrenza che nascono qualora soltanto una parte delle istituzioni riceva contributi degli enti pubblici a remunerazione del suo mandato di copertura del suddetto fabbisogno.

In seguito alla proposta soppressione della locuzione «reparto comune», viene inoltre meno una distinzione secondo il luogo di degenza degli assicurati. In applicazione delle menzionate sentenze del TFA, questo sistema varrà anche per l'ospedalizzazione nel Cantone di domicilio. In futuro, determinati per l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia e da parte dei poteri pubblici saranno unicamente l'idoneità del fornitore di prestazioni a eseguire le cure e autorizzato l'esistenza dell'autorizzazione.

Articolo 49 capoverso 5

Anche per questo punto la locuzione «reparto comune» andrebbe stralciato. Considerato il carattere chiuso del sistema assicurativo, occorre inoltre rilevare che le prestazioni degli ospedali secondo la presente legge sono retribuite interamente con le remunerazioni secondo i capoversi 1 e 2 dell'articolo 49. Ulteriori fatture come onorari supplementari per prestazioni mediche in caso di degenza nel reparto privato di un ospedale sono quindi escluse se si tratta di prestazioni previste dalla legge. Si tiene così conto del principio della protezione tariffale (art. 44) nel settore ospedaliero. Ovviamente, come per la degenza, anche in questo caso rimangono assicurabili, secondo il diritto delle assicurazioni private, ulteriori prestazioni non soggette alla LAMal.

Articolo 49 capoverso 6

Considerata la prevista attribuzione delle cure semiospedaliere al settore ospedaliero, qua va stralciato l'aggettivo «semiospedaliero».

Articolo 49 capoverso 7

Ai sensi della promozione dell'idea di concorrenza e di una gestione aziendale basata su principi di economia aziendale, gli ospedali dovranno lavorare maggiormente secondo le esigenze del mercato. Questa disposizione dovrà perciò stabilire che sia gli ospedali sia gli istituti semiospedalieri devono disporre dei necessari strumenti di gestione. Nell'attuale articolo 49 capoverso 6 LAMal sono menzionate la contabilità analitica e la statistica delle prestazioni come strumenti che permettono di calcolare i costi e di registrare le prestazioni. Tuttavia, a seconda della lingua, cambia il significato del capoverso. Mentre la versione tedesca parla di "Kostenstellenrechnung", in quella francese troviamo «comptabilité analytique» e in quella italiana «contabilità analitica». Ora, se partiamo dalla definizione dell'espressione riportata nelle versioni francese e italiana, quest'ultima comprende la contabilità per tipi di costo [Kostenartenrechnung], per centri di costo [Kostenstellenrechnung] e per unità finali di imputazione [Kostenträgerrechnung], cioè la «Kostenrechnung». È indiscusso che gli obiettivi della legge non possono essere raggiunti con la sola «Kostenstellenrechnung». Soprattutto per una chiara separazione dei costi per prestazioni coperte dalla LAMal da prestazioni supplementari non coperte sono necessarie basi più ampie. Considerate le versioni francese e italiana, e nell'ottica di un'applicazione sensata degli obiettivi della legge, risulta opportuno sostituire, nel testo tedesco della stessa, l'espressione «Kostenstellenrechnung» con «Kostenrechnung». D'altro canto, è necessario lasciare un margine di manovra sufficiente e consentire non solamente una visuale che sia riferita al calcolo dei costi e alla statistica delle prestazioni, bensì una valutazione globale della gestione aziendale. Introducendo la locuzione «strumenti di gestione», i requisiti sono intesi in senso più ampio, lasciando spazio alla futura evoluzione.

Nel testo odierno si parla poi soltanto di ospedali. Poiché in futuro gli istituti di cure semiospedaliere saranno sottoposti al medesimo regime di finanziamento, anche riguardo alla gestione aziendale vanno trattati analogamente agli ospedali.

Articolo 49 capoverso 8

Quanto vale per i requisiti posti alla gestione aziendale degli istituti di cure semiospedaliere di cui all'articolo 49 capoverso 7, deve valere anche per le analisi aziendali degli ospedali e degli istituti di cure semiospedaliere. Anche in questo caso

vanno confrontati i due generi di istituzioni. Le versioni francese e italiana non corrispondono alla versione tedesca. Nel testo francese si parla di «comparaison des frais d'exploitation», mentre nel testo tedesco si parla di «Betriebsvergleich» (confronto gestionale); nel testo italiano è menzionato lo «studio comparativo delle gestioni ospedaliere». Poiché unicamente la valutazione complessiva della gestione aziendale consente conseguenti deduzioni e inoltre nel calcolo delle tariffe di tutte le istituzioni saranno ora inclusi i costi d'investimento, occorre adeguare sia la versione francese (ora «comparaison entre institutions») sia quella italiana (ora «comparazioni aziendali degli ospedali e degli istituti di cure semiospedaliere»).

Articolo 50

Con la rinumerazione dei capoversi nell'articolo 39, il rinvio al capoverso 3 va sostituito con quello al capoverso 4.

Articolo 51 capoverso 1

Anche in questo articolo intendiamo equiparare gli istituti di cure semiospedaliere agli ospedali e alle case di cura. Anche qui va poi adeguato il rinvio all'articolo 49 in seguito alla sua rinumerazione.

Articolo 52 capoverso 1 lettera b

In seguito alla mozione «Medicinali per malattie rare (98.3550)» presentata il 3 dicembre 1988 dal consigliere nazionale Scheurer, nel disegno di nuova legge sugli agenti terapeutici sono state previste determinate facilitazioni per l'omologazione di medicinali per malattie rare (medicinali cosiddetti «orfani»). Il disegno di legge sugli agenti terapeutici (cfr. nostro messaggio del 1° marzo 1999) prevede un'omologazione facilitata (ad es. ripresa di dossier d'esame esteri, decisioni di autorità estere) nonché un'eventuale rinuncia a riscuotere emolumenti. Il 19 marzo 1999 il Consiglio nazionale ha dunque tolto di ruolo la mozione del consigliere nazionale Scheurer. Dev'essere ancora ultimata l'elaborazione delle corrispondenti disposizioni d'esecuzione della legge sugli agenti terapeutici. Fra l'altro, nell'interesse dei pazienti con malattie che ne minacciano la vita, può essere autorizzato temporaneamente l'impiego di nuovi medicinali, promettenti, ma non ancora omologati. Pure se l'omologazione viene facilitata, rimane tuttavia il fatto che la domanda di omologazione dei medicinali orfani non può essere estorta. A ciò si aggiunge che l'introduzione di sistemi di incentivi, come previsti ora dalla Comunità Europea (CE) in virtù del Regolamento [CE] n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, concernente i medicinali orfani, non può essere recepita dalla Svizzera. Nel nostro parere sulla mozione Scheurer abbiamo osservato che la Confederazione può contribuire a promuovere, a fabbricare e a commercializzare i medicinali orfani unicamente attraverso la partecipazione della Svizzera a progetti di ricerca della CE e provvedere a un'omologazione facilitata mediante le innovazioni previste dalla legge sugli agenti terapeutici.

I medicinali orfani non sono rimborsati dall'assicurazione malattie obbligatoria dato che non figurano sull'elenco delle specialità e non sono quindi prestazioni obbligatorie. Anche se lo volessero, gli assicuratori malattie non potrebbero fornire alcuna prestazione volontaria per i medicinali orfani, poiché possono essere assunte soltanto le prestazioni previste nel quadro dell'assicurazione malattie obbligatoria (art. 34 cpv. 1 LAMal). È perciò necessario completare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal, specificando che l'elenco delle specialità deve parimenti contenere

importanti medicinali per malattie rare. L'attuazione della relativa disposizione deve avvenire introducendo un apposito capitolo nell'elenco delle specialità e rinunciando a riscuotere emolumenti.

Articolo 53

In seguito alla rinumerazione dell'articolo 49 vanno adeguati i relativi rinvii.

L'articolo 53 LAMal sulla procedura di ricorso è attualmente oggetto di esame, innanzi tutto in relazione alla sua compatibilità con la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo ma anche in vista della possibilità, nel quadro della riforma della giustizia e del disegno di revisione della legge federale sull'organizzazione giudiziaria (RS 173.110), di sgravare il Consiglio federale dalla sua funzione di istanza giudiziaria. L'articolo 53 LAMal potrebbe quindi essere adattato in seguito alla procedura di consultazione concernente questa revisione parziale.

Articolo 59 capoverso 1

Un'alternativa alla soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni, che persegue in primo luogo l'obiettivo di escludere dal novero dei fornitori di prestazioni le «pecore nere», è il consolidamento degli strumenti già esistenti. Le esperienze fatte finora riguardo all'esclusione di fornitori di prestazioni secondo l'articolo 59 LAMal mostrano come questo mezzo venga scarsamente utilizzato. Per due ragioni principali: anzitutto perché agli assicuratori malattie compete l'onere di provare l'esistenza di una grave infrazione alla LAMal da parte del fornitore di prestazioni. Inoltre, la giurisprudenza è cauta quanto alla questione della polipragmasia, vale a dire dell'antieconomicità della cura (art. 56 LAMal). Oggi quest'ultima è provata per lo più mediante un metodo statistico comparativo criticato dai fornitori di prestazioni, che mette a confronto i costi medi delle cure fra medici della stessa specializzazione con una cerchia di pazienti comparabile. Per conseguire un consolidamento dello strumento proponiamo perciò che un assicuratore o una federazione di assicuratori possano chiedere l'esclusione di un fornitore di prestazioni dopo averlo diffidato.

Articolo 59 capoverso 2 (nuovo)

Si tratta qui di un'enumerazione esemplificativa, come esprime la locuzione avverbale «in particolare». Essa contempla le principali e più gravi inadempienze alle esigenze degli articoli 56 e 58 LAMal, così come possono essere dedotte dalla legislazione vigente. Occorre rilevare che dette inadempienze, causa la loro ripercussione su partecipazione ai costi e franchigia non danneggiano soltanto i pazienti in quanto consumatori individuali, bensì anche nella loro funzione di membri di una comunità a rischio, in quanto influenzano il sistema dell'assicurazione sociale malattie nel suo complesso. Conformemente all'articolo 1, gravi motivi ai sensi del capoverso 2 sono la polipragmasia (lett. a), il mancato o difettoso adempimento dell'obbligo di informazione di cui all'articolo 57 capoverso 6 (lett. b), il rifiuto di partecipare alle norme intese a garantire la qualità di cui all'articolo 58 (lett. c), l'inosservanza della protezione tariffale di cui all'articolo 44 (lett. d), il non avere fatto beneficiare di sconti secondo l'articolo 56 capoverso 3 il debitore della remunerazione (lett. e) e la manipolazione fraudolenta di conteggi o il rilascio di attestati non veritieri (lett. f).

Articolo 59 capoverso 2 lettera a (nuova)

Secondo l'articolo 56 capoverso 1 LAMal, il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esigono l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Se il fornitore di prestazioni viene meno a questo obbligo vuol dire che vi è polipragmasia, ovvero l'iperconsumo medico, e dunque un'inosservanza del principio di economicità sancito dalla LAMal. Secondo la giurisprudenza corrente del TFA, si può desumere la polipragmasia se un numero importante di fatture del medesimo medico a carico di un assicuratore in media sono significativamente maggiori di quelle dei medici con una cerchia di pazienti all'incirca uguale che esercitano nel medesimo territorio, senza che possano essere individuati motivi particolari tali da giustificare uno scostamento da detta media (cfr. RJAM 1982, p. 123). Perciò si ricorre al metodo statistico che consiste nel mettere a confronto i costi medi di un medico sospettato di polipragmasia con i costi medi dei suoi colleghi esercitanti nelle stesse condizioni. Questo metodo presuppone che il materiale esistente sia sufficientemente comparabile, che il raffronto si estenda su un periodo sufficientemente lungo, onde escludere differenze casuali, e che i dati statistici siano stati raccolti in base agli stessi criteri. La giurisprudenza del TFA non ha solamente sancito che il metodo statistico è in sé sufficiente per accertare la presenza di polipragmasia, ha anche tratto la conclusione che il fatturato maggiore del medico non vale solo a livello indicativo, bensì quale metodo di prova per la polipragmasia. Il superamento di un valore medio statistico non può essere valutato quale elemento costitutivo della polipragmasia, bensì soltanto quale mezzo probatorio. Secondo il TFA la presenza, per un medico sospettato di cure antieconomiche, di un indice sensibilmente maggiorato dei costi delle cure mediche rispetto ai colleghi con i quali può essere confrontato, prova la polipragmasia.

Articolo 59 capoverso 2 lettera b (nuova)

La LAMal assegna al medico di fiducia un ruolo importante nel controllo delle prestazioni e dei costi. La sua posizione è stata rafforzata rispetto alla vecchia legge (LAMI). Per potere essere designati, i medici di fiducia devono non solamente, come ogni medico, soddisfare le condizioni di autorizzazione previste all'articolo 36 LAMal, bensì avere anche esercitato durante almeno cinque anni presso uno studio medico privato o rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale (art. 57 cpv. 1). L'articolo 57 capoverso 6 prescrive che i fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti. Il loro compito consiste nell'esprimere a destinazione degli assicuratori la propria opinione su questioni di ordine medico e su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe, nonché in particolare nel chiarire se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione (cpv. 4). Qualora un fornitore di prestazioni non ottemperi, o ottemperi solo parzialmente, al suo obbligo di informazione nei confronti del medico di fiducia, questi non è in grado di adempiere il compito assegnatogli dalla legge e di verificare la cura fornita agli assicurati dal profilo dell'economicità e della garanzia della qualità. In questo senso, l'omessa o l'insufficiente informazione dei medici di fiducia provoca un grave pregiudizio al sistema dell'assicurazione sociale malattie.

Articolo 59 capoverso 2 lettera c (nuova)

L'articolo 58 capoverso 1 dispone che possiamo prevedere controlli scientifici e sistematici al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; ne può affidare

l'esecuzione ad associazioni professionali o ad altre istituzioni (art. 58 cpv. 2). In applicazione di queste norme, nell'articolo 77 OAMal abbiamo ordinato che i fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni elaborino concetti e programmi in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità. Il capoverso 3 dell'articolo 58 dispone inoltre che il nostro Consiglio stabilisce le norme intese a garantire o a ristabilire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni. Può in particolare ordinare che prima dell'esecuzione di determinate misure diagnostiche o terapeutiche, segnatamente quelle particolarmente onerose, debba essere ottenuto il consenso del medico di fiducia. Se un fornitore di prestazioni non sottostà ai concetti o agli altri programmi dei suoi colleghi o della sua organizzazione professionale in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità oppure se non partecipa alle norme intese a garantire o a ristabilire la qualità o l'adeguatezza delle prestazioni, il suddetto fornitore di prestazioni rende impossibile il controllo della garanzia della qualità nel sistema dell'assicurazione sociale malattie e in particolare non consente il controllo della qualità delle prestazioni fornite ai propri pazienti, e ciò a scapito della loro salute.

Articolo 59 capoverso 2 lettera d (nuova)

La protezione tariffale ai sensi dell'articolo 44 significa che nel fatturare i fornitori di prestazioni devono in primo luogo rispettare le tariffe e i prezzi stabiliti per convenzione o dall'autorità competente e in secondo luogo che per le prestazioni fornite secondo la LAMal non possono esigere alcuna ulteriore remunerazione. Questo punto è importante per gli assicurati in particolare nel sistema del terzo garante, dove l'assicurato è debitore della remunerazione, ma anche nel sistema del terzo pagante, dove l'assicuratore è debitore diretto, affinché gli assicuratori non corrano il rischio di ricevere ulteriori fatture per prestazioni previste dalla LAMal. Scopo del sistema uniforme della protezione tariffale è di garantire la parità di trattamento degli assicurati. Se per le prestazioni previste dalla LAMal non trovano applicazione le tariffe e i prezzi stabiliti per convenzione o dall'autorità competente, che dovrebbero coprire i costi delle prestazioni fornite, il fornitore di prestazioni non soltanto si arricchisce in maniera inammissibile, bensì danneggia anche il sistema dell'assicurazione sociale malattie, in particolare riguardo al principio della parità di trattamento di tutti gli assicurati. In effetti, le persone con un reddito basso, non disponendo dei mezzi necessari per pagare un supplemento, non potrebbero ricevere nessuna cura medica e non avrebbero così accesso al sistema dell'assicurazione sociale malattie, che dovrebbe assicurare all'intera popolazione della Svizzera l'accesso ad adeguate cure mediche, ai giovani come agli anziani, ai ricchi come alle persone di condizioni economiche modeste.

Articolo 59 capoverso 2 lettera e (nuova)

L'articolo 56 capoverso 3 prevede che il fornitore di prestazioni deve ripercuotere sul debitore della remunerazione gli sconti diretti o indiretti che ha ottenuti da un altro fornitore di prestazioni cui ha conferito mandato (lett. a) o da persone o enti fornitori di medicinali o di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici (lett. b). Se ciò non avviene, il fornitore di prestazioni si arricchisce indebitamente (nel sistema del terzo garante a carico degli assicurati, nel sistema del terzo pagante a carico degli assicuratori) e danneggia così ugualmente il sistema dell'assicurazione sociale malattie.

Articolo 59 capoverso 2 lettera f (nuova)

L'articolo 42 capoverso 3 prevede che il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Se il fornitore di prestazioni manipola in modo fraudolento i conteggi o se rilascia attestati non veritieri, rende impossibile all'assicuratore di verificare l'esattezza del calcolo della remunerazione e soprattutto l'economicità delle prestazioni da lui fornite. Anche simili atti sono sanzionati penalmente; secondo l'articolo 251 del Codice penale (RS 311.0) costituiscono falsità in documenti.

Articolo 61a (nuovo)

Le esperienze fatte dagli assicuratori malattie dimostrano che dall'entrata in vigore della LAMal i casi di mora nel pagamento dei premi e in altri pagamenti sono fortemente aumentati e che la normativa dell'articolo 9 capoverso 2 OAMal, che prevede la possibilità di sospensione soltanto dopo l'avvio della procedura esecutiva e ad avvenuta notifica di un attestato di carenza di beni nei confronti dell'assicurato in mora, è all'origine dei crescenti casi di mora nei pagamenti. Le cifre addotte dagli assicuratori confermano che il fenomeno della mora nel pagamento aumenta in misura problematica di anno in anno. Considerata questa evoluzione e sulla base della giurisprudenza costante del Tribunale federale delle assicurazioni in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal, secondo cui, mancando una base legale formale, un cambiamento dell'assicuratore è ammissibile indipendentemente da premi e partecipazioni ai costi in sospenso, è ragionevole introdurre nella legge una base legale formale per l'obbligo di pagamento dei premi e per le conseguenze in caso di mora.

Nell'articolo integrativo 61a è prevista una procedura di diffida scritta, che gli assicuratori devono aver avviato nei confronti degli assicurati in mora prima di sospendere le loro prestazioni fornite a questi assicurati. Se alla procedura di diffida non segue alcun pagamento, essa è sufficiente quale premessa per la sospensione delle prestazioni. La procedura esecutiva non decade comunque; come avveniva già nel diritto attuale, essa va effettuata per la riscossione dei premi o delle partecipazioni ai costi scaduti. Il capoverso 2 secondo periodo garantisce che le autorità cantonali vengono informate tempestivamente in merito ai pagamenti dovuti dagli assicurati in mora. Questa disposizione serve inoltre a proteggere la persona assicurata. Il capoverso 3 corrisponde alla normativa dell'articolo 9 capoverso 2 secondo periodo LAMal. È così garantito che la mora nel pagamento non provochi lacune nella protezione assicurativa. Nel capoverso 4 si assicura che in futuro nessun assicurato in mora possa eludere il blocco delle prestazioni cambiando l'assicuratore al momento opportuno e quindi, diversamente da altri assicurati in mora che non cambiano l'assicuratore, si vedano rimborsare prestazioni prima di aver pagato gli importi dovuti. Questa conseguenza della mora nel pagamento si giustifica, da un lato, in quanto secondo le sentenze del TFA del 9 giugno 1999 in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal (una delle sentenze è pubblicata in: Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Giurisprudenza e prassi amministrativa dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, RAMI 5/1999, p. 444 segg. e DTF 125 V 266 segg.) un cambiamento dell'assicuratore è possibile anche in caso di mora nel pagamento e, dall'altro, i premi e le partecipazioni ai costi difficilmente recuperabili hanno raggiunto proporzioni oramai insostenibili. La disposizione protegge la comunità degli assicurati da aumenti di premi dovuti al forte aumento dei costi degli assicuratori per

le esecuzioni e all'impossibilità di recuperare le somme dovute da assicurati che hanno cambiato assicuratore senza avere in precedenza pagato quanto dovuto.

Articolo 62 capoverso 3

In seguito allo spostamento dell'articolo 105 va ora addotto l'articolo 66a.

Articolo 66a (nuovo)

All'inizio abbiamo menzionato che non vogliamo aggiungere nessun nuovo criterio alla compensazione dei rischi, mentre vorremmo toglierne la delimitazione temporale prevista dall'attuale articolo 105 capoverso 4. La ragione di questa misura è innanzitutto il consolidamento delle forme assicurative particolari. Esso comporta il pericolo di una selezione del rischio se determinati gruppi di assicurati si accumulano presso un assicuratore e in questo modo a sua volta la struttura del rischio degli assicuratori appare non equilibrata, per cui anche a lungo termine il carattere sociale del sistema può essere garantito soltanto con una compensazione di questo rischio. Poiché in questo modo la compensazione dei rischi viene trasferita nel diritto ordinario, la corrispondente norma non va più addotta fra le disposizioni transitorie, bensì nel capitolo 5: Finanziamento.

Articolo 79 capoverso 2^{bis} (nuovo)

L'articolo 79 LAMal dà all'assicuratore un diritto di regresso nei confronti di terzi responsabili concordemente alle corrispondenti disposizioni delle altre leggi in materia di assicurazioni sociali. Sulla base della ripartizione dei costi secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal, nel settore ospedaliero vengono utilizzati anche introiti fiscali per finanziare le prestazioni dell'assicurazione malattie. Ora, se il Cantone di domicilio, che assicura il finanziamento, non dovesse ottenere il diritto di riscuotere da terzi responsabili, indipendentemente dal luogo in cui sono state somministrate le cure, la quota di costi da esso assunta, i terzi responsabili diventerebbero beneficiari della protezione tariffale secondo l'articolo 44 capoverso 1 e dei vantaggi tariffali dell'assicurazione sociale malattie. In tal modo il contribuente sosterebbe una parte del risarcimento dei danni, il che sarebbe ingiustificato (cfr. in merito: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berna 1999, n. 401).

Riteniamo urgente che terzi responsabili siano sgravati finanziariamente mediante mezzi fiscali grazie alla ripartizione dei costi nel settore ospedaliero. Esso propone pertanto di inserire nell'articolo 79 un capoverso 2^{bis}, secondo il quale il Cantone di domicilio ha, analogamente all'assicuratore, un diritto di regresso nei confronti dei terzi responsabili per quanto riguarda i suoi sussidi secondo gli articoli 49 capoversi 1 e 2 e 41 capoverso 3 LAMal. Rinuncia però a riconoscere lo stesso diritto ai Comuni, non essendo questi ultimi menzionati esplicitamente nella LAMal.

La modifica non fonda nuove pretese contro i terzi responsabili, in quanto è inammissibile che sulla base di convenzioni tariffali tra assicuratori malattie e fornitori di prestazioni siano concordate tariffe superiori a quelle ordinarie per i casi di responsabilità civile a carico dell'assicurazione sociale malattie.

Articolo 104a capoverso 2

Con la rinumerazione dell'articolo 49, il rinvio al capoverso 6 va sostituito con quello al capoverso 7.

Questo articolo va abrogato a causa dello spostamento del suo contenuto nell'articolo 66a (nuovo).

Disposizioni transitorie

Il nuovo obbligo imposto agli assicuratori malattie di offrire forme assicurative particolari in tutto il loro territorio d'attività necessita di un certo periodo di preparazione, dato che oggi questi modelli hanno una diffusione piuttosto esigua. Perché si arrivi alla stipula di contratti con fornitori di prestazioni è quindi necessario un termine transitorio. È quindi opportuno prevedere un termine d'adeguamento di due anni al massimo.

Le strutture tariffarie nel settore ospedaliero e in quello semiospedaliero proposte nell'articolo 49 capoverso 1 difficilmente potranno essere realizzate dai partner tariffali in concomitanza con l'entrata in vigore della modifica della legge. Sembra perciò opportuno trasferire al nostro Consiglio la competenza di prevedere un termine per l'introduzione. Dato che le basi di calcolo sulle quali poggiano i sistemi di importi forfettari sono sviluppati in modo diverso nei diversi settori, l'introduzione deve poter avvenire gradualmente. Inoltre, gli investimenti, finora esclusi dalla tariffa, devono essere inclusi nel calcolo tariffario secondo un metodo uniforme, in modo da garantire un minimo di trasparenza e uniformità. La definizione di questo metodo deve essere lasciata al nostro Consiglio.

Per impedire ripercussioni repentine, le quote del finanziamento nei Cantoni saranno adeguate gradualmente finché non sarà raggiunta la quota di remunerazione delle prestazioni (metà ciascuno) fissata nell'articolo 49 capoverso 3. Partendo dalle quote calcolate per il 1998 nella tavola 6 dell'allegato, la quota dell'assicurazione malattie o eventualmente del Cantone alla remunerazione verrà aumentata ogni anno di un punto percentuale, finché non raggiungerà il 50 per cento stabilito.

4 Ripercussioni economiche

La presente revisione parziale dà nuovi impulsi o accentua quelli già introdotti con l'entrata in vigore della nuova LAMal. È impossibile quantificare con esattezza le conseguenze economiche che derivano, a medio termine, dai cambiamenti di comportamento previsti. Per tale motivo, questo capitolo descrive tali cambiamenti, piuttosto che quantificarli. È stato possibile valutare solo i trasferimenti finanziari tra i diversi attori applicando le nuove regole di finanziamento ai settori ospedaliero e semiospedaliero sulla base dei costi attuali.

4.1 Necessità e possibilità di un intervento statale

Riorganizzazione del sistema attuale

La revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non intende mettere in discussione i principi fondamentali del sistema attuale. Lo scopo della revisione è, invece, di dissipare alcune ambiguità che ostacolano il funzionamento della legge e di potenziare numerosi meccanismi volti a contenere i costi, già ancorati nel sistema (cfr. n. 2.1). Grazie alla semplificazione delle regole di finanziamento e alla maggio-

re trasparenza che ne risulta nel settore ospedaliero, ci si può rendere conto meglio dei costi effettivi e delle responsabilità. La presente revisione esplica i suoi effetti a breve e medio termine. A lungo termine, non si esclude di riconsiderare un cambiamento del sistema di finanziamento degli ospedali, ma prima occorrerà osservare, su un periodo abbastanza lungo, le ripercussioni della LAMal nel settore ospedaliero e ci vorrà tempo sufficiente per trovare un consenso politico riguardo al cambiamento di sistema e per realizzarlo. A questo proposito, il sistema di riduzione dei premi per gli assicurati in condizioni economiche modeste ha dimostrato che è molto difficile applicarlo a livello cantonale, sebbene i principi di tale sistema siano stati generalmente approvati in occasione della revisione della LAMal.

Accesso al mercato

Nel settore sanitario il mercato è caratterizzato dal fatto che l'offerta determina largamente la domanda e i prezzi non svolgono un ruolo diretto per il consumatore/l'assicurato. Inoltre, per motivi di politica sociale, il sistema deve garantire a tutta la popolazione l'accesso a cure di alto livello qualitativo. Nell'ottica di un'utilizzazione razionale delle risorse, questi dati di fatto sono favorevoli all'assunzione da parte dello Stato di un ruolo direttivo nell'ambito della pianificazione delle infrastrutture (mettere a disposizione le capacità necessarie in funzione del bisogno effettivo, coordinare le attività intracantonali e intercantonali). L'estensione della pianificazione ospedaliera cantonale ai reparti privati e semiprivati è quindi del tutto giustificata, poiché solo in questo modo la pianificazione consente di limitare in maniera più efficace l'offerta globale nel settore ospedaliero e in quello semiospedaliero, attualmente ancora eccedentaria.

Unificando le regole in materia di sussidi e di remunerazioni per tutti gli ospedali iscritti nell'elenco cantonale, la revisione consente di parificare gli ospedali pubblici e gli ospedali privati. Nel quadro della LAMal, in futuro ogni ospedale potrà affermarsi alle stesse condizioni sul mercato ospedaliero e su quello semiospedaliero.

Nel caso ideale, solo le regole del mercato e della concorrenza dovrebbero determinare chi ha accesso al mercato. Si potrebbe quindi deplorare il fatto che la revisione aumenta la sfera di influenza dello Stato estendendo il cofinanziamento e incrementando l'importanza della pianificazione. La regolamentazione proposta introduce comunque, nel quadro così stabilito, una maggiore concorrenza sul piano della fissazione delle tariffe. In un «mercato», tuttavia, in cui la domanda è in gran parte condizionata dall'offerta, in cui la maggior parte dei prezzi è fissata da un'autorità e il consumatore non risponde direttamente dei costi causati dalle prestazioni consumate, occorre adattare le regole della partecipazione al «mercato» alle situazioni particolari.

4.2 Impatto sui diversi attori

Gli assicuratori sociali

I calcoli dell'Ufficio federale di statistica indicano che i costi di esercizio degli ospedali (pubblici e privati) sono coperti in media, secondo il regime vigente, per il 50 per cento dall'assicurazione sociale malattie e per il 50 per cento dai Cantoni. La situazione varia secondo i Cantoni. Se tutti i Cantoni mantenessero la propria parte di finanziamento pari al 50 per cento, nella maggior parte di essi questa revisione comporterebbe un trasferimento dell'onere (cfr. allegato, tavole 5 e 6). L'assicu-

razione sociale malattie dovrebbe assumere anche la sua parte del 50 per cento alle spese di investimento, dando luogo a un'altra redistribuzione finanziaria di 400 milioni di franchi dai Cantoni all'assicurazione malattie obbligatoria (allegato, tavola 2). L'assicurazione sociale malattie sarebbe invece sgravata di almeno 210 milioni di franchi, ma più probabilmente di 250 milioni di franchi, nell'ambito delle prestazioni semiospedaliere (cfr. allegato, tavola 3), poiché anche i Cantoni parteciperebbero al finanziamento di tali prestazioni in ragione del 50 per cento. In totale, l'assicurazione sociale malattie dovrebbe sostenere costi supplementari per un totale di 150 milioni di franchi: se rapportato alle spese attuali di 3571 milioni di franchi nel settore ospedaliero (1998), questo importo costituirebbe un aumento delle spese del 4,2 per cento. Tenendo conto delle spese totali dell'assicurazione sociale malattie (14 miliardi di franchi nel 1998), questo rappresenterebbe in teoria un aumento del bisogno di finanziamento dell'1 per cento (a scapito dei premi).

A medio termine, la revisione consentirà agli assicuratori sociali di lasciare libero gioco alle nuove regole di concorrenza tra gli ospedali pubblici e quelli privati (cfr. n. 4.1). Con il nuovo sistema di remunerazione, gli assicuratori potranno dunque stipulare in futuro convenzioni tariffali più favorevoli, delle quali beneficerebbero anche i Cantoni (che finanzieranno il 50% della remunerazione delle prestazioni). Grazie alla concorrenza tra fornitori di prestazioni, l'aumento iniziale dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovrebbe progressivamente lasciare il posto ai risparmi.

I Cantoni

Le nuove regole concernenti la copertura dei costi di investimento sgraverebbero i Cantoni di circa 400 milioni di franchi. D'altro canto, le spese aumenterebbero di un importo pari ai contributi versati ai reparti privati e a quelli semiprivati e alle cure semiospedaliere. Ne dovrebbe risultare un aumento dei costi a carico dei Cantoni di poco superiore al miliardo di franchi ossia, paragonato ai costi ospedalieri sostenuti dai Cantoni nel 1998 (4300 milioni di franchi), un aumento del 27 per cento circa. Considerato l'aumento dei costi relativamente elevato, occorre ricordare (cfr. n. 2.1) che i Cantoni avrebbero avuto nel 1998 una spesa supplementare di 1400 milioni di franchi se avessero partecipato nella stessa misura del 1991 al finanziamento degli ospedali. Va inoltre menzionato che negli ultimi anni la parte degli assicurati che beneficiano di un'assicurazione complementare ha continuato a diminuire e non si può prevedere la fine di quest'evoluzione. Per tale motivo, indipendentemente dalla presente revisione, ci si deve aspettare comunque un trasferimento dei costi dagli assicuratori privati ai Cantoni.

Nel contempo, la revisione offre ai Cantoni uno strumento più efficace per pianificare il settore ospedaliero e quello semiospedaliero (cfr. n. 2.7). La pianificazione dovrebbe consentire di ridurre l'offerta in maniera più efficace sgravando finanziariamente i Cantoni a più lungo termine. Il nuovo modello di remunerazione della prestazione (cfr. n. 2.9) dovrebbe esercitare progressivamente una pressione sui prezzi e, dunque, condurre a una diminuzione delle spese cantonali. I Cantoni, in qualità di arbitro tariffale e di partner nel finanziamento, sarebbero interessati a fare pressione affinché le tariffe corrispondano alla realtà del mercato e rimangano dunque il più basse possibile per un determinato mandato di prestazioni. La revisione non esclude tuttavia l'eventualità che un Cantone debba coprire il disavanzo di un ospedale pubblico ricorrendo ai propri introiti fiscali, anche se, di norma, ciò non dovrebbe avvenire.

La presente revisione parziale introduce anche un diritto di regresso dei Cantoni contro terzi responsabili. In tal modo, i Cantoni sono sgravati dal pagamento di una parte dei costi della salute causati da terzi responsabili.

Gli assicuratori privati

Una parte delle spese delle prestazioni ospedaliere intercantonali attualmente imputabili giusta l'articolo 49 capoverso 1 LAMal è coperta da un'assicurazione complementare. I costi di tali prestazioni, che non dovranno più essere pagati mediante i premi dell'assicurazione complementare poiché saranno finanziati mediante sussidi (cfr. n. 3), sono valutati a circa 1200 milioni di franchi. Rispetto al volume d'affari, valutato a circa 3100 milioni di franchi, ciò rappresenta una diminuzione del 38 per cento. Una relativa diminuzione dei premi per le prestazioni dell'assicurazione complementare potrebbe stimolare la domanda per tale prodotto (effetto prezzi), ma occorre tenere conto anche degli effetti della revisione sull'assicurazione sociale malattie e sull'onere fiscale (effetto reddito).

Ospedali

Per quanto riguarda il finanziamento, la modifica proposta parifica gli ospedali pubblici e gli ospedali privati che figurano nell'elenco cantonale e modifica di conseguenza le condizioni di concorrenza tra questi due tipi di ospedale. La ricerca concentrata negli ospedali pubblici e le eventuali disparità delle condizioni di lavoro degli ospedali pubblici e privati potrebbero influenzare la competitività dei diversi istituti. Sotto la pressione della concorrenza, ci si può tuttavia aspettare una convergenza del rapporto qualità-prezzo delle prestazioni fra gli ospedali pubblici e gli ospedali privati a un livello più elevato.

Gli istituti che offrono cure semiospedaliere

Mediante i sussidi cantonali alle prestazioni semiospedaliere, la revisione parziale elimina la differenza artificiale del prezzo delle prestazioni, a seconda che queste siano fornite nel settore ospedaliero o in quello semiospedaliero. Occorre tuttavia domandarsi se, considerato il fatto che i Cantoni, secondo la proposta di revisione, devono ora sovvenzionare le prestazioni fornite in ambito semiospedaliero, non sia contrario al loro interesse promuovere il settore semiospedaliero degli ospedali pubblici. D'altro canto, i Cantoni che sovvenzionano potrebbero essere interessati a effettuare cure in ambito semiospedaliero piuttosto che ospedaliero.

I medici

Conformemente alla proposta di revisione, il fatto che i sussidi cantonali alle prestazioni ospedaliere siano estesi ai reparti (semi)privati e agli ospedali privati non dovrebbe costituire uno svantaggio concorrenziale per le cure ambulatoriali. La distinzione tra le cure ospedaliere o quelle semiospedaliere, da un lato, e le cure ambulatoriali effettuate in un ospedale o da un medico in uno studio privato, dall'altro, deriva dalla loro definizione, in particolare per quanto riguarda la struttura ospedaliera e la vigilanza necessaria (cfr. n. 3). Poiché si tratta di prestazioni differenti, le cure ambulatoriali non dovrebbero entrare in concorrenza con le cure semiospedaliere.

I pazienti

Le esperienze effettuate all'estero hanno dimostrato che la qualità delle prestazioni è risultata essere un criterio di concorrenza. Poiché le misure della revisione mirano ad aumentare la concorrenza e la trasparenza, sono prevedibili miglioramenti della qualità, dei quali beneficranno i pazienti. Vi è tuttavia il rischio che la remunerazione forfettaria provochi una diminuzione delle prestazioni o della loro qualità. Per ridurre tale rischio, è necessario potenziare il controllo e la garanzia della qualità di tutti i fornitori di prestazioni.

Gli assicurati

L'aumento dei costi dell'1 per cento a carico dell'assicurazione sociale malattie causato dal cambiamento delle regole di finanziamento nel settore ospedaliero dovrebbe comportare, a breve termine, un aumento dei premi dello stesso ordine di grandezza. Tuttavia, le economie previste a più lungo termine dovrebbero avere un effetto sul controllo dei costi e favorire in tal modo gli assicurati.

I premi versati per l'assicurazione complementare diminuiranno a causa dei sussidi pubblici alle prestazioni da esse finanziate. Non è possibile prevedere quali saranno le ripercussioni finanziarie degli eventuali nuovi prodotti sviluppati nel settore delle assicurazioni complementari.

I contribuenti (imposte)

L'onere finanziario dei Cantoni dovrebbe aumentare fino a 1200 milioni di franchi, corrispondente al 2,5 per cento circa dell'onere netto dei Cantoni e dei Comuni (v. Amministrazione federale delle finanze: Statistik der öffentlichen Finanzen 1998, Neuchâtel 1999; d/f). Non si può prevedere se il bisogno supplementare di finanziamento dei Cantoni nel settore ospedaliero e in quello semiospedaliero si tradurrà in un aumento delle imposte o piuttosto in una riduzione delle spese o in un aumento del debito.

4.3 Ripercussioni sull'economia nel suo insieme

Compensazione degli oneri

La tavola menzionata qui di seguito indica i trasferimenti di oneri risultanti dall'applicazione delle misure proposte nella presente revisione volte a finanziare le cure ospedaliere e quelle semiospedaliere. La valutazione si basa sui costi attuali di tale settore (approccio statico) e non prende in considerazione gli effetti a medio termine della presente revisione in relazione agli incentivi finalizzati a controllare i costi (approccio dinamico).

Dati in milioni di franchi	Cantoni	LAMal assicurazione obbligatoria	LCA assicurazione privata
Totale costi ospedalieri	4300	3700	3100
Compensazione degli oneri			
Contributo agli investimenti	-400	+400	
Contributo alle cure mediche semiospedaliere	+250	-250	
Contributo agli assicurati privati e semiprivati	+1200		-1200
Finanziamento delle prestazioni al 50%	Secondo il Cantone		

Le remunerazioni in funzione delle prestazioni nel settore ospedaliero pagheranno anche i costi di investimento degli ospedali pubblici attualmente sostenuti dai Cantoni, gravando ulteriormente l'assicurazione malattie. D'altro canto, l'estensione delle regole di finanziamento al settore semiospedaliero comporta uno sgravio per l'assicurazione malattie. L'estensione dell'obbligo di contribuzione dei Cantoni alle cure ospedaliere e quelle semiospedaliere nel Cantone dei pazienti privati e semiprivati costituisce un ulteriore onere finanziario per i Cantoni ed eventualmente per i Comuni, ma non una riduzione corrispondente dell'onere dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: lo sgravio concerne in particolare le assicurazioni complementari che, per le cure ospedaliere intercantionali, finanziano attualmente la parte che i Cantoni dovranno assumere nel nuovo sistema per completare il contributo dell'assicurazione di base alla remunerazione delle prestazioni previste dalla legge.

Concorrenza nel settore ospedaliero e in quello semiospedaliero

L'aumento della concorrenza sul mercato delle cure ospedaliere e semiospedaliere dovrebbe comportare una diminuzione progressiva dei costi di produzione di tali prestazioni e un miglioramento della loro qualità. Presumibilmente, la diminuzione dei costi di produzione si ripercuoterà positivamente sull'evoluzione dei premi e gli assicurati destineranno almeno una parte dell'importo corrispondente a spese più elevate nel settore privato della salute (assicurazioni complementari). Del resto, l'onere finanziario supplementare che dovranno sopportare i Cantoni dovrebbe indurli a fare un uso migliore della pianificazione ospedaliera e di quella semiospedaliera, applicandola come un vero e proprio strumento di limitazione dell'offerta.

Onere fiscale e impatto sull'economia

L'aumento dell'onere fiscale dei Cantoni suscitato dalla revisione parziale deve essere riconsiderato nel suo contesto giuridico: in base alle sentenze del TFA, che obbligano i Cantoni a partecipare ai costi delle cure mediche nel reparto privato o in quello semiprivato effettuate fuori dal Cantone di domicilio, non è escluso che i Cantoni siano costretti da altre decisioni giudiziarie ad applicare lo stesso principio per le prestazioni nel reparto privato o semiprivato effettuate sul loro territorio. Dunque, l'aumento a breve termine dell'onere fiscale dei Cantoni non è tanto la conseguenza diretta della revisione della legge bensì il risultato di un'applicazione

rigorosa della LAMal, dalla quale ci si aspetta a lungo termine una riduzione dei costi della salute.

L'aumento dell'onere fiscale che grava sui Cantoni ammonta a 1000 milioni di franchi circa corrispondenti a un aumento pari al 2,5 per cento circa del loro onere netto. Di fronte all'aumento delle proprie spese, ogni Cantone dovrà scegliere se incrementare la fiscalità, ridurre le altre spese o aumentare il proprio debito. In base alla situazione congiunturale e finanziaria di ogni Cantone, la scelta potrà vertere su una o l'altra di queste varianti. L'onere supplementare è rilevante, ma ai Cantoni appare sostenibile. Poiché le prospettive economiche a medio termine dell'economia svizzera sono più favorevoli, si può dare per scontato che la crescita del substrato fiscale cantonale permetta di coprire almeno una parte dell'onere supplementare senza dover aumentare troppo le imposte.

Il fabbisogno finanziario supplementare dei Cantoni e dell'assicurazione sociale malattie ammonta a un miliardo di franchi (ossia l'equivalente di un terzo di punto percentuale dell'IVA). Questo importo non ridurrà tuttavia automaticamente il potere di acquisto delle economie domestiche, poiché queste ultime dovrebbero beneficiare nel contempo di riduzioni paragonabili dei prezzi nel settore delle assicurazioni complementari. Di conseguenza, il trasferimento degli oneri non dovrebbe influenzare l'evoluzione della congiuntura.

Equilibri sociali e regionali

La revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non intendeva rafforzare soprattutto il principio di solidarietà inerente alla LAMal o promuovere un certo equilibrio regionale delle prestazioni legali nel settore ospedaliero e in quello semiospedaliero.

Essa vi contribuisce tuttavia in maniera limitata, poiché i Cantoni partecipano alle prestazioni finora pagate parzialmente dall'assicurazione complementare, i cui premi si basano sul rischio individuale, finanziando il loro contributo mediante le risorse fiscali. Essendo assicurata la garanzia della qualità delle prestazioni dell'assicurazione sociale malattie, questa revisione contribuisce a dare pari opportunità di accesso alle cure mediche di alto livello a tutte le persone, indipendentemente dalla loro situazione finanziaria.

5 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale per la Confederazione

L'onere finanziario supplementare dell'assicurazione malattie, che potrebbe avere un'incidenza sui premi dell'1 per cento circa, si ripercuoterà eventualmente sulle risorse necessarie alla riduzione dei premi. Il verificarsi di tale effetto dipende innanzitutto dalla politica adottata dai Cantoni in materia di riduzione dei premi.

Poiché alla Confederazione non saranno assegnati nuovi compiti, si potrà far fronte al maggior fabbisogno di personale con l'effettivo già chiesto nel messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687).

5.2 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale per i Cantoni

Gli effetti finanziari per i Cantoni sono presentati nel numero 4.2. Anche per i Cantoni vale quanto è stato menzionato per la Confederazione nel numero 5.1.

5.3 Ripercussioni sull'assicurazione malattie

Le conseguenze per l'assicurazione malattie sono state descritte in dettaglio nei numeri 4.2 e 4.3. La posizione degli assicuratori sarà rafforzata, in linea di massima, dalla presente revisione parziale. Se le misure previste sono applicate, esse avranno ripercussioni sull'evoluzione dei costi a medio e lungo termine.

6 Rapporto con la nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni

La nuova perequazione finanziaria ha lo scopo di ridistribuire i compiti, le competenze e i flussi finanziari tra la Confederazione e i Cantoni e di chiarire le responsabilità tra questi due livelli dello Stato. Nell'ambito dei lavori inerenti alla nuova perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni, si esamina il decentramento dei compiti anche nel settore delle assicurazioni sociali. Il finanziamento degli ospedali non ne è direttamente interessato. L'iscrizione nella legge di una pianificazione e di una ripartizione dei compiti nel settore della medicina di punta su scala svizzera, invece, è un elemento della procedura di consultazione sulla nuova perequazione finanziaria e questo potrebbe avere ripercussioni sul finanziamento delle prestazioni della medicina di punta. Nell'ambito della procedura di consultazione, abbiamo messo in discussione essenzialmente l'elaborazione di una convenzione intercantonale con valore legale. La remunerazione delle prestazioni avviene mediante forfait per ogni caso, come proposto nella presente revisione parziale. Prevediamo di prendere una decisione concernente il contenuto e la forma del progetto globale relativo alla nuova perequazione finanziaria alla fine del 2000 nell'ambito dell'approvazione del messaggio relativo alla nuova perequazione finanziaria, elaborato a partire dai risultati della procedura di consultazione.

7 Programma di legislatura

Il disegno figura nel rapporto sul programma di legislatura 1999-2003 del 1° marzo 2000 (allegato 2 al paragrafo 3.1 Sicurezza sociale e sanità pubblica, rubrica «Oggetti previsti nelle direttive», cfr. FF 2000 2097).

8 Relazione con il diritto europeo

8.1 Il diritto della Comunità europea

Conformemente all'articolo 2 del Trattato del Consiglio della Comunità europea (CE), la Comunità ha il compito di promuovere un alto livello di protezione sociale.

prestazioni fornite in caso di malattia può essere limitata a 26 settimane per ogni singolo caso.

Anche il Codice europeo di sicurezza sociale del 6 novembre 1990, sottoposto a revisione, costituisce un accordo distinto del Codice europeo di sicurezza sociale e pertanto non lo abroga. Il Codice revisionato amplia le norme del Codice europeo di sicurezza sociale, in particolare estendendo il campo di applicazione personale, mediante la concessione di nuove prestazioni e l'aumento dell'importo delle prestazioni in contanti. Esso introduce parallelamente una maggiore flessibilità poiché le condizioni di ratifica sono state agevolate e le norme sono state formulate in modo da tenere conto il meglio possibile delle regolamentazioni nazionali. Il Codice sottoposto a revisione non è ancora entrato in vigore, poiché finora non è stato ratificato da alcuno Stato. Fra gli strumenti del Consiglio d'Europa vanno menzionate anche le raccomandazioni seguenti del Comitato dei Ministri agli Stati membri:

- Raccomandazione n. R (80) 15 del 14 novembre 1980 concernente una migliore distribuzione delle cure mediche all'interno e all'esterno degli ospedali;
- Raccomandazione n. R (86) 5 del 17 febbraio 1986 sulla generalizzazione delle cure mediche.

8.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo

Il diritto europeo (diritto della Comunità europea e diritto del Consiglio d'Europa) non stabilisce alcuna norma per i settori contemplati nella presente revisione. Gli Stati possono determinare tali aspetti come meglio credono.

9 Basi giuridiche

9.1 Costituzionalità

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

9.2 Delega delle competenze legislative

L'articolo 96 LAMal prevede la delega al nostro Consiglio della competenza di emanare le disposizioni esecutive nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive). Il presente progetto ci abilita nuovamente a legiferare nei settori seguenti: disposizioni inerenti agli strumenti di gestione (art. 49 cpv. 7), disciplinamento in dettaglio dell'incasso dei premi, della procedura di diffida e delle conseguenze della mora al pagamento dei premi (art. 61a) e diritto di regresso del Cantone di domicilio (art. 79 cpv. 2^{bis}).

Finanziamento ospedaliero

Anno	Economie domestiche		Assicurazioni sociali				Stato				Estero		Totale
	mio fr.	in %	Assicuratori LAMal (inclusa assicurazione complement.)	Assicurazione infortuni AINF	AVS/AI	Assicurazione militare	Totale	Confederazione	Cantoni	Comuni	Totale	mio fr.	
1991	1 187,9	5 271,0	419,8	155,9	29,6	5 876,2	0,6	3 887,5	387,4	4 275,5	693,4	12 033,0	
1992	947,3	5 894,1	489,9	174,5	28,0	6 586,6	0,7	3 910,7	445,6	4 357,0	715,4	12 606,3	
1993	575,8	6 834,7	509,5	209,9	29,4	7 583,5	0,0	3 768,4	357,3	4 125,7	565,3	12 850,3	
1994	901,8	6 825,1	482,6	219,8	23,1	7 550,6	0,0	3 812,4	301,0	4 113,4	610,9	13 176,7	
1995	665,7	7 319,3	485,3	231,5	21,6	8 057,7	0,0	3 690,3	289,8	3 980,1	657,7	13 361,2	
1996	329,8	7 981,3	485,4	237,0	19,5	8 723,2	1,2	3 882,3	356,4	4 239,9	635,0	13 927,9	
1997	248,3	8 010,6	500,6	250,9	20,3	8 782,4	1,4	3 883,1	450,6	4 335,1	817,0	14 182,8	
1998	833,6	7 755,1	552,9	252,0	20,1	8 580,1	1,1	3 876,1	515,4	4 392,6	828,0	14 635,4	

in %	in %											
9,9	43,8	3,5	1,3	0,2	48,8	0,0	32,3	3,2	35,5	5,8	100,0	
7,5	46,8	3,9	1,4	0,2	52,2	0,0	31,0	3,5	34,6	5,7	100,0	
4,5	53,2	4,0	1,6	0,2	59,0	0,0	29,3	2,8	32,1	4,4	100,0	
6,8	51,8	3,7	1,7	0,2	57,3	0,0	28,9	2,3	31,2	4,6	100,0	
5,0	54,8	3,6	1,7	0,2	60,3	0,0	27,6	2,2	29,8	4,9	100,0	
2,4	57,3	3,5	1,7	0,1	62,6	0,0	27,9	2,6	30,4	4,6	100,0	
1,8	56,5	3,5	1,8	0,1	61,9	0,0	27,4	3,2	30,6	5,8	100,0	
5,7	53,3	3,8	1,7	0,1	58,9	0,0	26,6	3,5	30,0	5,7	100,0	

Ufficio federale di statistica: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Rapporto dell'Ufficio federale di statistica destinato all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Neuchâtel, marzo 2000.

Conto degli investimenti - Fabbisogno finanziario netto dei Cantoni e dei Comuni per gli ospedali nel 1998
(in mio di fr.)

Tabella 2

Cantoni	Fabbisogno finanziario netto del Cantone			Fabbisogno finanziario netto dei Comuni		
	Totale	Ospedali	Cliniche psichiatriche	Totale	Ospedali	Cliniche psichiatriche
Zurigo	153.8	133.4	113.4	20.4	20.4	20.4
Berna	93.6	71.8	69.1	21.8	21.8	21.8
Lucerna	28.3	28.1	26.7	0.2	0.2	0.2
Uri	6.7	6.7	6.4	0.3	0.0	0.0
Svitto	1.2	1.2	-	1.2	-	-
Obvaldo	0.3	0.3	0.3	-	-	-
Nidvaldo	1.3	1.3	1.3	-	-	-
Glarona	17.4	17.4	17.4	-	-	-
Zugo	5.1	5.1	2.3	2.8	-	-
Friburgo	15.5	12.5	10.1	2.4	3.0	3.0
Soletta	45.6	42.5	36.1	6.4	3.1	3.1
Basilea Città	63.5	63.4	58.6	4.8	0.1	0.1
Basilea Campagna	50.2	50.2	44.9	5.3	-	-
Sciaffusa	2.0	2.0	2.0	-	-	-
Appenzello Esterno	12.9	12.8	10.6	2.2	0.1	0.1
Appenzello Interno	0.3	0.3	0.3	-	-	-
SanGallo	24.3	24.2	23.8	0.4	0.1	0.1
Grigioni	34.9	29.3	18.3	11.0	5.6	5.6
Argovia	54.7	54.6	47.0	7.6	0.1	0.1
Turgovia	15.7	15.7	15.5	0.2	-	-
Ticino	27.2	0.4	-	0.4	26.8	26.8
Vaud	38.2	68.3	66.2	2.1	-30.2	-30.2
Vallèse	41.4	41.1	38.1	3.0	0.2	0.2
Neuchâtel	22.4	3.9	-	3.9	19.0	19.0
Ginevra	35.6	35.6	35.6	-	-	-
Giura	5.3	5.6	3.6	2.0	-0.3	-0.3
Swizzera	797.2	727.5	647.4	80.1	69.7	69.9
						-0.2

Fonte: Amministrazione federale delle finanze e Ufficio federale di statistica.

Stima della quota dei costi delle cure semiospedaliere

	Costi d'esercizio in 1000 fr.	Costi delle cure semiospedaliere in 1000 fr.	Costi delle cure semiospedaliere in percentuale degli oneri
Argovia	671 509	20 593	3
Appenzello Interno	12 545	0	0
Appenzello Esterno	95 607	0	0
Berna	1 793 154	34 294	2
Basilea Campagna	316 469	8 722	3
Basilea Città	938 794	18 392	2
Friburgo	293 264	507	0
Ginevra	1 122 764	62 924	6
Glarona	45 028	536	1
Grigioni	341 538	1 646	0
Giura	110 844	0	0
Lucerna	487 537	4 866	1
Neuchâtel	294 168	7 540	3
Nidvaldo	28 984	0	0
Obvaldo	29 901	0	0
San Gallo	636 013	8 430	1
Sciaffusa	128 384	3 837	3
Soletta	278 216	8 927	3
Svitto	103 001	351	0
Turgovia	306 747	0	0
Ticino	501 939	15 206	3
Uri	36 610	0	0
Vaud	1 252 891	83 145	7
Vallese	353 296	16 029	5
Zugo	121 112	9	0
Zurigo	2 144 545	109 792	5
	12 444 860	405 746	3

Ufficio federale di statistica: stime sulla base di una prima valutazione della statistica relativa agli ospedali 1998; dati incompleti del marzo 1998, non estrapolati.

Dato che taluni Cantoni sovvenzionano già oggi le cure semiospedaliere e che occorre considerare che certe prestazioni semiospedaliere degli ospedali non sono rensite come tali, il valore del 3 per cento potrebbe sottovalutare la situazione. Per la stima dello spostamento del finanziamento, la quota delle cure semiospedaliere è stata pertanto fissata al 4 per cento.

Tabella 4

Prestazioni delle assicurazioni malattie complementari per Cantone

(in mio di fr.)

Totale delle prestazioni delle assicurazioni complementari: 3153 milioni di franchi
(assicuratori LAMal: 2780 mio, assicuratori non LAMal: 373 mio)

	N. di giorni d'ospedalizzazione	Giorni d'ospedalizzazione in %	Prestazioni
Argovia	943 791	7	210.32
Appenzello Interno	30 779	0	6.86
Appenzello Esterno	163 081	1	36.34
Berna	2 026 986	14	451.71
Basilea Campagna	408 163	3	90.96
Basilea Città	863 365	6	192.40
Friburgo	327 808	2	73.05
Ginevra	856 568	6	190.89
Glarona	45 668	0	10.18
Grigioni	560 045	4	124.81
Giura	145 400	1	32.40
Lucerna	514 610	4	114.68
Neuchâtel	344 612	2	76.80
Nidvaldo	31 124	0	6.94
Obvaldo	33 771	0	7.53
San Gallo	768 944	5	171.36
Sciaffusa	168 808	1	37.62
Soletta	368 843	3	82.20
Svitto	102 700	1	22.89
Turgovia	416 212	3	92.75
Ticino	738 234	5	164.51
Uri	46 509	0	10.36
Vaud	1 103 979	8	246.02
Vallese	516 677	4	115.14
Zugo	156 577	1	34.89
Zurigo	2 466 695	17	549.70
	14 149 949	100	3 153.30

Ufficio federale di statistica: stime sulla base della statistica degli ospedali, della statistica dell'assicurazione malattie e della statistica delle compagnie d'assicurazione private.

Ripartizione dei costi d'ospedalizzazione tra l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i Cantoni

Estrapolazione per l'anno 1998	Milioni di franchi	
Totale delle spese ospedaliere secondo la statistica sui costi del sistema sanitario	14 635	
<i>Deduzioni:</i>		
Prestazioni per assicurati residenti all'estero	-828	
Prestazioni pagate dalle economie domestiche (dopo la deduzione dei rimborsi da parte degli assicuratori privati)	-462	
Prestazioni pagate dagli assicuratori sociali federali (AINF, AI, AMIL)	-825	
Prestazioni pagate da assicuratori privati	-373	
Confederazione	-1	
Spese ospedaliere a carico degli assicuratori ai sensi della LAMal e dei Cantoni	12 146	
Deduzione delle prestazioni ambulatoriali assunte dagli assicuratori malattie ai sensi della LAMal	-1 303	
Spese per ospedalizzazioni a carico degli assicuratori ai sensi della LAMal e dei Cantoni	10 843	
Deduzione delle prestazioni degli assicuratori ai sensi della LAMal per assicurazioni complementari per cure ospedaliere	-2 780	
Spese per ospedalizzazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dei Cantoni	8 063	
Deduzione degli investimenti dell'ente pubblico	-797	
Stima dei costi computabili ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal di cui	7 266	100.00%
a carico dei Cantoni	3 595	49.48%
a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	3 671	50.52%

Ufficio federale di statistica: stime sulla base della statistica sui costi del settore sanitario, della statistica sull'assicurazione malattie e della statistica sulle compagnie d'assicurazione private.

Grado di copertura delle cure ospedaliere
Calcoli per l'anno 1998

Tabella 6

	Senza investimenti						Con investimenti											
	Cantoni			Assicuratori			Totale			Cantoni			Assicuratori			Totale		
	mio fr.	in %		mio fr.	in %		mio fr.	in %		mio fr.	in %		mio fr.	in %		mio fr.	in %	
Zurigo	395.0	38.71		625.5	61.29		1 020.5			548.8	46.73		625.5	53.27		1 174.3		
Berna	490.7	50.81		475.0	49.19		965.7			584.3	55.16		475.0	44.840		1 059.3		
Lucerna	91.9	40.94		132.6	59.06		224.5			120.2	47.55		132.6	52.45		252.8		
Uri	13.6	48.68		14.3	51.32		27.9			20.3	58.64		14.3	41.36		34.6		
Svitto	59.0	55.17		48.0	44.83		107.0			60.2	55.67		48.0	44.33		108.2		
Obvaldo	10.3	44.10		13.1	55.90		23.4			10.6	44.83		13.1	55.17		23.7		
Nidvaldo	13.9	52.16		12.8	47.84		26.7			15.2	54.31		12.8	45.69		28.0		
Glarona	18.7	51.08		17.9	48.92		36.6			36.1	66.86		17.9	33.14		54.0		
Zugo	32.0	47.16		35.8	52.84		67.8			37.0	50.83		35.8	49.17		72.8		
Friburgo	103.0	49.32		105.8	50.68		208.8			118.4	52.81		105.8	47.19		224.3		
Soletta	84.0	40.83		121.7	59.17		205.7			129.6	51.57		121.7	48.43		251.2		
Basilea Città	233.8	59.07		162.0	40.93		395.7			297.3	64.73		162.0	35.27		459.3		
Basilea Campagna	123.7	47.00		139.5	53.00		263.1			173.8	55.49		139.5	44.51		313.3		
Sciaffusa	46.9	58.36		33.5	41.64		80.3			48.9	59.38		33.5	40.62		82.4		
Appenzello Esterno	20.9	47.83		22.8	52.17		43.6			33.8	59.75		22.8	40.25		56.6		
Appenzello Interno	3.9	40.36		5.7	59.64		9.6			4.2	42.16		5.7	57.84		9.9		
San Gallo	176.3	48.09		190.3	51.91		366.5			200.5	51.31		190.3	48.69		390.8		
Grigioni	97.7	53.85		83.8	46.15		181.5			132.6	61.29		83.8	38.71		216.4		
Argovia	192.6	47.73		210.9	52.27		403.5			247.3	53.97		210.9	46.03		458.3		
Turgovia	64.9	36.69		112.0	63.31		176.9			80.6	41.84		112.0	58.16		192.5		
Ticino	116.4	36.83		199.7	63.17		316.1			143.6	41.83		199.7	58.17		343.3		
Vaud	335.6	45.00		410.1	55.00		745.6			373.8	47.68		410.1	52.32		783.8		
Vallse	116.2	48.67		133.1	51.33		259.3			167.6	55.73		133.1	44.27		300.7		
Neuchâtel	126.5	46.54		133.8	53.46		250.3			138.9	50.93		133.8	49.07		272.7		
Ginevra	578.9	76.05		182.3	23.95		761.1			614.45	77.12		182.3	22.88		796.7		
Giura	48.5	49.65		49.2	50.35		97.7			53.8	52.24		49.2	47.76		103.0		
Svizzera	3	49.47		3 671.0	50.53		7 265.5			4 391.7	54.47		3 671.0	45.53		8 062.7		
	594.5																	

Ufficio federale di statistica: calcoli sulla base della statistica sui costi del settore sanitario, della statistica sull'assicurazione malattie e della statistica delle finanze pubbliche.

Indice

Compendio	632
1 Parte generale	635
1.1 Situazione iniziale	635
1.1.1 Finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	635
1.1.2 Legislazione vigente	637
1.1.3 Problemi dell'ordinamento vigente	638
1.1.4 Primi risultati relativi all'analisi degli effetti della nuova legge sull'assicurazione malattie	639
1.2 Richieste di revisione	643
1.2.1 Iniziative popolari	643
1.2.2 Interventi parlamentari	644
1.2.3 Prima revisione parziale della LAMal	647
1.2.4 Politica nazionale svizzera della salute	648
1.3 Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale concernente una revisione parziale della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero	648
1.4 Soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni	649
1.5 Ulteriori punti della revisione	650
1.6 Rapporti peritali: proposte di riforma	651
2 Linee direttrici del progetto	653
2.1 Obiettivi	653
2.1.1 Argomenti non inclusi nella revisione	655
2.2 Rettifica di elementi che si oppongono al contenimento dei costi	658
2.3 Soppressione dell'obbligo di stipulare convenzioni nel settore ambulatoriale	660
2.4 Scelta dell'ospedale	667
2.5 Assunzione dei costi	667
2.6 Parità di trattamento di prestazioni ospedaliere e semiospedaliere	668
2.7 Pianificazione ospedaliera	668
2.8 Prestazioni	669
2.9 Tariffe	670
2.10 Potenziamento degli strumenti atti a contenere i costi nel settore ambulatoriale	670
2.11 Ulteriori punti della revisione	672
3 Parte speciale	673
4 Ripercussioni economiche	687
4.1 Necessità e possibilità di un intervento statale	687
4.2 Impatto sui diversi attori	688
4.3 Ripercussioni sull'economia nel suo insieme	691

5 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	693
5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale per la Confederazione	693
5.2 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale per i Cantoni	694
5.3 Ripercussioni sull'assicurazione malattie	694
6 Rapporto con la nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni	694
7 Programma di legislatura	694
8 Relazione con il diritto europeo	694
8.1 Il diritto della Comunità europea	694
8.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	695
8.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo	696
9 Basi giuridiche	696
9.1 Costituzionalità	696
9.2 Delega delle competenze legislative	696
Allegato: Tabelle	697
Legge federale sull'assicurazione malattie	705