



09.528 n

Iniziativa parlamentare

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

Progetto preliminare e rapporto esplicativo della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale

del 19 aprile 2018

Compendio

Le prestazioni remunerate secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ sono finanziate in modo differenziato per il settore ambulatoriale e per il settore ospedaliero. Le prestazioni nel settore ambulatoriale sono finanziate completamente dagli assicuratori, ossia mediante i premi; le prestazioni nel settore ospedaliero sono invece pagate dai Cantoni nella misura del 55 per cento almeno e del 45 per cento al massimo dagli assicuratori. Questo disciplinamento può dar luogo direttamente o indirettamente a svariati falsi incentivi che sono in contrasto con l'obiettivo di un trattamento economico e di qualità.

Con il progetto di modifica della LAMal «Finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero» la Commissione persegue tre obiettivi: in primo luogo vuole promuovere il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, laddove risulti sensato dal profilo medico. In tal modo viene posto complessivamente un freno all'incremento dei costi dato che i trattamenti ambulatoriali sono di regola più economici. Anche un coordinamento delle cure che evita le degenze ospedaliere grazie a trattamenti ambulatoriali tempestivi diventa più interessante. La Commissione intende inoltre stabilizzare le quote – finanziate dai premi e dalle imposte – relative ai costi per malattia presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, escludendo le cure di lunga durata; il terzo obiettivo della Commissione consiste nel promuovere una tariffazione adeguata.

In futuro le casse malati dovranno rimborsare tutti i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri. I Cantoni forniranno un contributo di almeno il 25,5 per cento ai costi rimanenti dopo la deduzione della franchigia e della partecipazione ai costi degli assicurati. Questa aliquota percentuale, che dal 2012 al 2015 avrebbe raggiunto in media circa 7,5 miliardi di franchi, viene fissata in modo tale che, nel complesso, il passaggio al finanziamento unitario non abbia ripercussioni sui costi né per i Cantoni e né per gli assicuratori.

Una minoranza non vuole entrare in materia sul progetto poiché ritiene che esso generi ulteriori falsi incentivi e obblighi i Cantoni a cofinanziare prestazioni ambulatoriali senza dare loro la possibilità di gestire il settore ambulatoriale e controllare le fatture. Un'altra minoranza vuole invece assegnare i fondi cantonali agli assicuratori non in virtù dei costi generati, bensì in forma di importo forfettario per ogni assicurato; combinata alla compensazione dei rischi, questa misura stimolerebbe maggiormente gli assicuratori a impegnarsi in favore di un'assistenza medica efficace. Per alcune disposizioni sono state presentate ulteriori proposte di minoranza.

¹ RS 832.10

Indice

1	Genesi del progetto	4
2	Situazione iniziale	5
2.1	Terminologia	5
2.2	La normativa vigente	6
2.3	Falsi incentivi nel sistema attuale	7
2.4	Antefatti	9
3	La normativa proposta	11
3.1	Punti essenziali del progetto	11
3.1.1	Campo di applicazione	12
3.1.2	Agente pagante e chiave di riparto dei costi	12
3.1.3	Immissione dei fondi pubblici	13
3.1.4	Proposte di minoranza	14
3.2	Soluzioni esaminate ma abbandonate	16
3.2.1	Chiave di riparto dei costi differenziata per Cantoni	16
3.2.2	Immissione di fondi pubblici per il tramite della riduzione individuale dei premi	16
3.2.3	Correzione dei premi per i minorenni	17
3.2.4	Correzione della partecipazione ai costi	18
3.3	Richieste dei Cantoni	18
4	Commento alle singole disposizioni	20
5	Ripercussioni	26
5.1	Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	26
5.2	Attuabilità	29
5.3	Altre ripercussioni	29
6	Relazione con il diritto europeo	30
7	Aspetti giuridici	31
7.1	Costituzionalità e legalità	31
7.2	Delega di competenze legislative	31
7.3	Forma dell'atto	31
7.4	Subordinazione al freno alle spese	31

Rapporto

1 Genesi del progetto

L'11 dicembre 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel (PPD, AG) ha presentato l'iniziativa parlamentare 09.528 n del seguente tenore: «Mediante una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie andrebbe introdotto un sistema di finanziamento monistico. Affinché i Cantoni possano mantenere il controllo sulle risorse pubbliche è necessario un modello in cui siano segnatamente considerati i punti cardine seguenti: 1. I fondi dell'ente pubblico vanno impiegati negli ambiti della formazione e del perfezionamento delle professioni sanitarie, della compensazione dei rischi, della sanità pubblica e delle prestazioni d'interesse pubblico nonché ai fini della riduzione dei premi. 2. La quota a carico dell'ente pubblico per il finanziamento delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base dev'essere garantita e adeguata all'incremento dei costi nel settore della salute. 3. Tutte le prestazioni stazionarie e ambulatoriali secondo la LAMal sono finanziate dagli assicuratori malattie.»

Nella sua motivazione l'autrice dell'iniziativa riteneva inequivocabile che i falsi incentivi all'interno del nostro sistema siano riconducibili al finanziamento differenziato dei settori ambulatoriale e ospedaliero. Questi falsi incentivi dovranno essere eliminati affinché il settore ospedaliero possa essere recepito nel sistema delle cure integrate «managed care» e contribuisca in modo determinante al successo di quest'ultimo. Affinché i Cantoni possano mantenere un influsso e un controllo sui fondi pubblici, potrebbe essere introdotto un sistema monistico che permetta ai Cantoni di impiegare i loro fondi in modo mirato e controllato.

Il 16 febbraio 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa con 14 voti contro 10 e 1 astensione. Il 14 novembre 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) si è allineata con 7 voti contro 1 alla decisione della commissione omologa. La CSSS-N ha incaricato la sua sottocommissione «LAMal»² di elaborare un progetto di atto normativo. Conformemente all'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento³, la sottocommissione ha quindi coinvolto nell'ambito di tale elaborazione esperti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il 17 febbraio 2012 essa è stata informata sui colloqui allora in corso tra il Dipartimento federale dell'interno (DFI) e la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità (CDS). Ha quindi deciso di attendere i primi risultati di tali lavori.

Negli anni dal 2012 al 2015 la sottocommissione ha dedicato parecchio tempo ad altri oggetti. Il 26 agosto 2015 ha deciso di riprendere i lavori sul progetto di atto normativo relativo all'iniziativa parlamentare in esame. L'11 novembre 2015 ha proceduto a una prima audizione di rappresentanti dei Cantoni e degli assicuratori nonché di esperti. Al termine della 49^a legislatura la sottocommissione «LAMal» è stata sciolta.

² Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert
³ RS 171.10

Il 23 agosto 2016 la nuova sottocommissione «Finanziamento monistico»⁴ ha ripreso i lavori e sentito rappresentanti di fornitori di prestazioni e di pazienti nonché esperti. Riunitasi il 12 ottobre 2016, l'11 gennaio 2017 e il 21 marzo 2017, essa ha discusso i punti principali e le varianti di un progetto preliminare in vista dell'attuazione dell'iniziativa (in particolare gli obiettivi, l'attribuzione del ruolo di monista, il campo di applicazione, le possibilità di gestione per i Cantoni, la definizione della chiave di riparto dei costi, l'immissione dei contributi dell'ente pubblico). Fondandosi su tali deliberazioni, l'amministrazione ha elaborato un progetto preliminare in due varianti, il cui esame è stato avviato il 6 luglio 2017 dalla sottocommissione.

Dopo che, il 19 maggio 2017, la CDS ha pubblicato un documento contenente soluzioni diverse da quella discussa dalla sottocommissione per il finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero⁵, il 22 agosto 2017 una rappresentanza della CDS è stata nuovamente sentita dalla sottocommissione. Il 1° novembre 2017 quest'ultima ha proseguito le sue deliberazioni mentre il 22 gennaio 2018 e il 21 marzo 2018 ha concluso i lavori relativi al progetto preliminare e della bozza del rapporto. Dopo aver sentito la CDS, il 19 aprile 2018 la CSSS-N ha discusso il progetto preliminare e il rapporto esplicativo. Con 15 voti contro 7 essa ha approvato il progetto preliminare per la consultazione.

2 Situazione iniziale

2.1 Terminologia

Le nozioni di «monistico» e «monismo» sono utilizzate in modo differenziato. Secondo i concetti noti nel sistema di finanziamento monistico, il finanziamento è operato da un unico soggetto, di modo che i fornitori di prestazioni sono confrontati con un solo organismo finanziatore. Nel monismo «autentico» le prestazioni sono finanziate nella misura del 100 per cento da un finanziatore. Nel monismo «improprio» il fornitore di prestazioni è anch'esso confrontato con una sola parte, dietro la quale figura tuttavia un ulteriore organismo che cofinanzia le prestazioni⁶.

Il modello di finanziamento monistico è caratterizzato dal fatto che la responsabilità formale del finanziamento (onere del pagamento) incombe esclusivamente a un attore. Le fatture possono essere destinate a un unico agente pagatore che provvederà a saldarle dopo averle controllate. Quale sia la fonte dei mezzi a cui ricorre l'attore per coprire i costi è una questione lasciata aperta. È possibile un finanziamento esclusivamente mediante i premi, mediante le imposte oppure un finanzia-

⁴ Humbel, Brand, Carobbio Guscetti, Cassis, de Courten, Frehner, Häslar, Hess Lorenz, Moret, Steiert, Weibel

⁵ Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità, Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung [ottimizzazione della gestione e del finanziamento nei servizi della sanità], Argumentarium, 19 maggio 2017 (disponibile soltanto in ted. e in franc.)

⁶ Finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali da parte dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Rapporto del Consiglio federale concernente la mozione 06.3009 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) e del postulato Grin 10.3137, 13 dicembre 2010, pag. 4

mento misto che include ambedue le fonti (premi e imposte) come attualmente disciplinato anche dalla LAMal⁷.

Siccome l'utilizzazione non uniforme del termine «monismo» può generare confusione, nel contesto del presente oggetto è utilizzata l'accezione di «finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero» oppure, in forma abbreviata, di «finanziamento unitario». In seno alla Commissione non sono mai sorti dubbi riguardo al fatto che il finanziamento dovesse essere assicurato tanto dai premi quanto dalle imposte.

2.2 La normativa vigente

Il 1° gennaio 2009 è entrata in vigore la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero, la quale ha sostituito il finanziamento per stabilimento, fino ad allora prevalente, con il finanziamento delle prestazioni. Da allora le prestazioni ospedaliere sono remunerate in funzione delle stesse a titolo forfettario. I costi di investimento sono inclusi nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere.

Dal 1° gennaio 2012 le prestazioni ospedaliere sono finanziate mediante il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. I Cantoni sono tenuti a cofinanziare le prestazioni ospedaliere secondo la loro quotaparte rispettiva (art. 49a cpv. 1 LAMal). È responsabile del cofinanziamento il Cantone di domicilio dell'assicurato. Tale Cantone fissa ogni anno la sua quotaparte di cofinanziamento che, conclusa la fase di transizione, ossia dal 1° gennaio 2017, deve ammontare almeno al 55 per cento (art. 49a cpv. 2 LAMal). I Cantoni devono cofinanziare soltanto le prestazioni ospedaliere corrispondenti a una pianificazione cantonale (ospedali figuranti nell'elenco). Gli assicuratori possono concludere con ospedali e case per partorienti che non figurano nell'elenco degli ospedali contratti concernenti la remunerazione di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) (ospedali e case per partorienti convenzionati, art. 49a cpv. 4 LAMal).

I fornitori di prestazioni fatturano le loro prestazioni sia agli assicuratori sia al Cantone. Quest'ultimo versa la sua quotaparte direttamente all'ospedale; gli assicuratori e il Cantone possono tuttavia convenire che il Cantone versi la sua quotaparte all'assicuratore, il quale la verserà all'ospedale unitamente alla sua quotaparte (art. 49a cpv. 3 LAMal).

Quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura (art. 51 LAMal). Permane tuttavia salva la ripartizione dei costi summenzionata. Le remunerazioni secondo la LAMal non possono includere una quotaparte per la remunerazione di prestazioni d'interesse generale quali la ricerca e l'insegnamento universitario. Tali prestazioni sono finanziate di regola dai Cantoni a titolo supplementare rispetto alle remunerazioni summenzionate, dovute secondo la LAMal.

⁷ Istituto di economia politica dell'Università di Berna, *Center for Studies in Public Economics*, Robert E. Leu, *Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt*, ed. Ufficio federale della sanità pubblica, Berna, feb. 2004, pag. 29 (disponibile soltanto in ted.).

Il finanziamento delle prestazioni nel settore ambulatoriale spetta oggi esclusivamente agli assicuratori. Le prestazioni ambulatoriali sono quindi finanziate completamente mediante i premi e i Cantoni non partecipano a tale finanziamento.

Per il finanziamento delle cure di lunga durata (ambulatoriali e ospedaliere), secondo il nuovo ordinamento l'AOMS e la persona bisognosa di cure versano contributi; i Cantoni assumono la parte residua di finanziamento.

L'attuale disciplinamento è caratterizzato da un finanziamento differenziato per le prestazioni ospedaliere e per le prestazioni ambulatoriali. La tendenza a trasferire i trattamenti ospedalieri verso il settore ambulatoriale, resa possibile dai progressi della medicina, comporta una diminuzione degli oneri a carico dei Cantoni nel settore ospedaliero e può generare oneri supplementari agli assicuratori nonché, di riflesso, agli assicurati. Una parte di questo effetto può essere compensata dalla responsabilità dei Cantoni per il finanziamento restante delle cure di lunga durata.

Gli effetti della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero sono esaminati nell'ambito di una valutazione i cui risultati definitivi sono previsti nel 2019. Per ora è già stata esaminata l'eventualità che l'introduzione degli importi forfettari per singolo caso in funzione delle prestazioni abbia comportato trasferimenti delle prestazioni⁸. Gli ospedali per cure somatiche acute hanno applicato una strategia di trasferimento delle prestazioni verso i settori a monte e a valle (ambulatoriale e case di cura). Attualmente tali trasferimenti sono perlopiù ancora insignificanti ma a medio termine potrebbero divenire più evidenti. Ulteriori risultati della valutazione mostrano che dal 2009 è aumentata la percentuale dei pazienti i quali, dopo un'ospedalizzazione per cure somatiche acute, sono stati trattati da istituzioni a valle quali case di cura od organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio⁹.

2.3 Falsi incentivi nel sistema attuale

La normativa vigente è caratterizzata da un finanziamento differenziato in funzione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere. Questo può generare falsi incentivi in contrasto con l'obiettivo di un trattamento efficiente dal profilo dei costi e di elevata qualità.

Mediante il finanziamento differenziato di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, oggi l'unico incentivo degli assicuratori consiste nel promuovere il trasferimento delle prestazioni ospedaliere verso il settore ambulatoriale qualora le prestazioni ambulatoriali si rivelino meno dispendiose di quelle ospedaliere nella misura di almeno il 55 per cento. È vero che negli altri casi ne risultano notevoli risparmi per

8 Widmer, P., Hochuli, P., Telser H., Reich, O., Früh, M. (2017). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Olten: Polynomics (disponibile soltanto in ted.).

9 Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Pubblicato su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), disponibile soltanto in ted. e franc.

la società nel suo insieme, ma i costi che devono assumere gli assicuratori aumentano. Viceversa, considerati i costi a carico loro, i Cantoni sono stimolati ad accrescere l'attrattiva delle prestazioni ambulatoriali. Gli assicuratori sono di conseguenza incentivati a negoziare le tariffe con i fornitori di prestazioni in modo tale da favorire i loro interessi. Gli assicuratori possono, ad esempio, essere tentati di negoziare nel settore ospedaliero tariffe generose per i fornitori di prestazioni affinché gli stessi forniscano di preferenza prestazioni ospedaliere. Anche i Cantoni possono, se i partner tariffali non giungono ad un accordo o se una tariffa negoziata non viene approvata dal Cantone, fissare le tariffe in maniera da risultare avvantaggiati. Questi due effetti possono generare distorsioni nella scelta della forma di terapia da parte dei fornitori di prestazioni. Ciò ha una certa rilevanza soprattutto nel caso di interventi chirurgici di lieve entità che possono essere eseguiti sia ambulatorialmente sia in ospedale. In tali situazioni la mancanza di unitarietà nel finanziamento delle rispettive prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fa sì che il trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero al settore ambulatoriale sia ostacolato da falsi incentivi tariffali, con conseguenti costi inutilmente elevati a carico dell'insieme della società e una possibile peggiore qualità medica che, in taluni casi, comporta nel contempo una minore sicurezza per i pazienti.

Se si considera la quota percentuale dei costi ospedalieri sulla totalità dei costi, la Svizzera si situa – ad esempio secondo i dati dell'OCSE – nella media dei Paesi europei. Ma un simile confronto non si presta tuttavia per trarre considerazioni relative al potenziale inutilizzato di trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, siccome alla base delle rispettive divergenze a livello internazionale figurano motivi molto diversi. Una percentuale relativamente elevata di costi per i trattamenti ospedalieri può essere dovuta, oltre che a un potenziale di trasferimento inutilizzato, anche a tariffe elevate nel trattamento ospedaliero ed economiche nel settore ambulatoriale, a un'altra concezione delle strutture delle cure mediche, a una diversa impostazione delle esigenze o ad altri motivi.

Da un esame specifico di singole procedure chirurgiche in Svizzera è tuttavia emerso un potenziale di trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero al settore ambulatoriale¹⁰. Un ulteriore studio, evidenziando la debole percentuale (pari al 17 % nel confronto internazionale) degli interventi chirurgici ambulatoriali sul totale degli interventi chirurgici (ad es. i Paesi Bassi raggiungono il 51 % e gli USA il 62 %), stima il risparmio annuo relativo al potenziale di trasferimento a un miliardo di franchi¹¹.

Un ulteriore aspetto è costituito dal coordinamento delle cure, il quale può contribuire in modo determinante a evitare inutili ospedalizzazioni e a migliorare lo stato di salute degli assicurati, ad esempio mediante trattamenti ambulatoriali tempestivi. Il coordinamento delle cure offre quindi nel contempo un potenziale di riduzione dei costi e di aumento della qualità. Ciononostante esso può comportare un leggero aumento dei costi nel settore ambulatoriale. Nell'odierno finanziamento differenzia-

¹⁰ Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (disponibile soltanto in franc.).

¹¹ PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen (disponibile soltanto in ted.).

to delle prestazioni nei settori ospedaliero e ambulatoriale i risparmi realizzati nel settore ospedaliero non tornano pienamente a vantaggio degli assicuratori; tuttavia gli stessi e, di conseguenza, gli assicurati devono assumere integralmente gli eventuali costi supplementari occasionati nel settore ambulatoriale. I risparmi derivanti dal coordinamento delle cure non si ripercuotono quindi interamente sui premi, cosa che rende questo tipo di modello meno attrattivo per gli assicurati. In definitiva, il potenziale risparmio di costi offerto da tale modello non può essere sfruttato appieno né dagli assicuratori né dagli assicurati.

Il trasferimento tendenziale di prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, derivante dal progresso medico, genera nel corso del tempo uno sgravio dei Cantoni nell'ambito del cofinanziamento delle prestazioni ospedaliere. Parallelamente il trasferimento di prestazioni verso il settore ambulatoriale procura maggiori oneri agli assicuratori e perciò anche agli assicurati, essendo le prestazioni ambulatoriali pienamente a carico loro. In tal modo diminuisce la quota di finanziamento tramite imposte a carico dei Cantoni secondo la LAMal, ad esclusione del settore delle cure di lunga durata. Queste ultime sono finanziate, secondo il nuovo ordinamento in materia di finanziamento delle cure, mediante contributi degli assicuratori e quindi degli assicurati nonché dei pazienti. Il finanziamento residuo è assunto dai Cantoni, ragione per cui riguardo alle cure di lunga durata si osserva un tendenziale aumento della quota a carico dei Cantoni. Una riduzione della quota alle prestazioni secondo la LAMal finanziate tramite le imposte e un conseguente aumento dei premi pro capite generano uno spostamento dell'onere complessivo per diversi gruppi di reddito. Un aumento dei premi pro capite significa soprattutto oneri supplementari per le fasce di reddito basse e medie, del tutto indesiderati dal profilo sociopolitico. Occorre adoperarsi per evitare una riduzione, a medio o a lungo termine, della quota di finanziamento delle prestazioni mediante le imposte secondo la LAMal. Un finanziamento unitario delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali può contribuire al raggiungimento di tale scopo.

2.4 Antefatti

L'iniziativa in esame non rappresenta il primo tentativo di introdurre un finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero. Nelle deliberazioni relative alla seconda revisione della LAMal¹² ambedue le Camere si erano espresse a favore di una disposizione transitoria secondo cui il Consiglio federale avrebbe dovuto elaborare entro pochi anni una revisione della legge che prevedesse il passaggio a un finanziamento unitario. La seconda revisione della LAMal era tuttavia stata respinta dal Consiglio nazionale durante la sessione invernale 2003.

Parallelamente a tali deliberazioni, il Consiglio federale aveva fatto elaborare le basi per una terza revisione parziale della LAMal. In tale contesto il professor Robert E. Leu aveva allestito il rapporto peritale «Monistische Spitalfinanzierung» (cfr. nota a piè di pagina 7) contenente lo sviluppo e la valutazione di diversi modelli.

¹² Legge federale sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Finanziamento ospedaliero (00.079 s)

Dopo il fallimento della seconda revisione della LAMal erano stati interrotti i lavori preliminari per la terza revisione di tale normativa. Il 15 settembre 2004 il Consiglio federale aveva sottoposto al Parlamento il suo messaggio concernente la revisione della LAMal nel contesto del finanziamento ospedaliero¹³. Esso aveva deciso di rinunciare al passaggio immediato a un sistema di finanziamento monistico siccome mancava il necessario consenso politico al riguardo. A seguito di tale decisione la CSSS-S aveva quindi elaborato un modello di finanziamento monistico. Lo stesso prevedeva che tutte le prestazioni, ossia quelle ambulatoriali e quelle ospedaliere, fornite in un ospedale pubblico o privato, fossero finanziate secondo la medesima chiave di riparto: in linea di principio gli assicuratori avrebbero pagato il 70 per cento delle prestazioni e il restante 30 per cento sarebbe stato assunto dai Cantoni; i contributi di quest'ultimi sarebbero stati versati ai fornitori di prestazioni tramite le casse malati. In un parere comune del 17 novembre 2005, 24 Cantoni avevano respinto in modo categorico tale proposta, deplorandone in particolare le seguenti lacune:

- violazione del principio di equivalenza fiscale nel caso in cui i fondi provenienti dalle imposte affluiscono senza adeguate possibilità di controllo a fornitori di prestazioni orientati al guadagno;
- assenza di adeguati strumenti di controllo dei costi, segnatamente nel settore ambulatoriale;
- passaggio al nuovo sistema di finanziamento implicante un aumento di costi;
- assenza di incentivi al contenimento dei costi.

In considerazione della massiccia opposizione riscontrata, la CSSS-S aveva abbandonato il suo progetto ed elaborato, unitamente all'Amministrazione, una proposta di compromesso che aveva funto da base alle successive deliberazioni in materia di finanziamento ospedaliero (cfr. anche n. 2.2).

Nel contempo la CSSS-S aveva presentato la mozione «Finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali» (06.3009), che incaricava il Consiglio federale di sottoporre al Parlamento entro la fine del 2008 un corrispondente progetto sulla base dei suoi lavori preliminari. Il Consiglio federale aveva risposto che non avrebbe presentato un nuovo disegno poiché dapprima avrebbe dovuto essere attuato il modello allora dibattuto in modo che potesse esplicitare i relativi effetti. Il Consiglio degli Stati e il Consiglio nazionale avevano quindi deciso di mantenere il mandato affidato al Consiglio federale pur posticipandone il termine di adempimento a fine 2010. Il Consiglio federale non aveva adempito pienamente il suo mandato ma aveva presentato il 13 dicembre 2010 (cfr. nota a piè di pagina 6) un primo rapporto nel quale illustrava lo stato della discussione e possibili modelli di finanziamento, giungendo alla conclusione che il passaggio a un finanziamento unitario dovesse essere attuato a lungo termine, in particolare qualora entrasse in linea di conto una nuova ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni; il Consiglio federale era del parere che la discussione sulle possibili modifiche dovesse essere avviata

¹³ Legge federale sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Finanziamento ospedaliero (FF 2004 4903; 04.061 s)

senza ritardi, ritenendo che una soluzione può essere sostenibile soltanto se raccoglie un vasto consenso¹⁴.

La Confederazione e i Cantoni avevano avviato il dibattito nel quadro del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità» e chiesto all'esperto Markus Moser di valutare le soluzioni proposte dal Consiglio federale e dalla CDS e di indicare loro quali proposte avrebbero dovuto essere approfondite¹⁵. Finora da questi lavori non è scaturito alcun progetto concreto per un finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero.

Nel settembre 2011 e nel dicembre 2011 il Parlamento aveva incaricato il Consiglio federale, con due ulteriori mozioni¹⁶, di proporre un finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero. Prima di procedere ai lavori il Consiglio federale vuole tuttavia attendere i risultati delle deliberazioni relative all'iniziativa 09.528¹⁷.

3 La normativa proposta

3.1 Punti essenziali del progetto

Il progetto di finanziamento unitario delle prestazioni nei settori ambulatoriale e ospedaliero persegue tre obiettivi. In primo luogo, esso intende promuovere il trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero al settore ambulatoriale laddove sia appropriato dal profilo medico. Siccome di regola le prestazioni ambulatoriali sono più economiche di quelle ospedaliere, tale intento frenerà nel complesso l'aumento dei costi¹⁸. Parimenti i premi aumenteranno meno rapidamente poiché in futuro il contributo cantonale sarà previsto anche per le prestazioni ambulatoriali. Con queste condizioni quadro, un coordinamento delle cure di elevata qualità che permetterà di evitare inutili ospedalizzazioni grazie a trattamenti ambulatoriali tempestivi risulterà finanziariamente più attrattivo per gli assicurati.

In secondo luogo, il passaggio a un finanziamento unitario mira a garantire la stabilizzazione delle quote di finanziamento delle prestazioni dell'AOMS mediante le imposte e i premi (escluse le cure di lunga durata). Il finanziamento unitario si propone infine di stimolare i finanziatori – ossia gli assicuratori e i Cantoni – a rafforzare il loro impegno in favore di una tariffazione adeguata delle prestazioni fornite nei settori ambulatoriale e ospedaliero.

¹⁴ Rapporto del Consiglio federale, pag. 18 (disponibile soltanto in ted. e franc.).

¹⁵ Moser Markus, Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, 22 marzo 2012 (disponibile soltanto in ted.)

¹⁶ Mozione 09.3535 «Uniformare le modalità di finanziamento delle prestazioni previste dalla LAMal» e mozione 09.3546 «Finanziamento trasparente dell'assicurazione sociale di base»

¹⁷ Rapporto del Consiglio federale del 3 marzo 2017 «Mozioni e postulati dei Consigli legislativi 2016», pag. 38

¹⁸ Cfr. n. 2.3

3.1.1 Campo di applicazione

Il finanziamento unitario dev'essere applicato a tutte le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali dell'AOMS ad eccezione delle cure. In tal senso, esso include in particolare anche la psichiatria, la riabilitazione e le cure acute e transitorie.

Le cure devono invece essere escluse dal finanziamento unitario dato che il nuovo disciplinamento sul finanziamento delle cure¹⁹, in vigore dal 1° gennaio 2011, prevede regole specifiche al riguardo. Secondo le stesse l'AOMS versa un contributo alle cure per un importo in franchi fissato dal Consiglio federale in base al bisogno di cure (art. 25a cpv. 1 LAMal). All'assicurato può essere addossato al massimo il 20 per cento del contributo massimo alle cure fissato dal Consiglio federale; i Cantoni disciplinano il finanziamento residuo (art. 25a cpv. 5 LAMal).

3.1.2 Agente pagante e chiave di riparto dei costi

Secondo il presente progetto le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere devono essere remunerate unicamente dagli assicuratori, i quali sono idonei ad assumere il ruolo di agente pagante dato che il disbrigo e il controllo delle fatture emesse dai fornitori di prestazioni costituisce un compito centrale degli assicuratori. Un controllo efficace delle fatture risiede nell'interesse degli assicuratori poiché, consentendo loro di evitare spese inutili e di contenere di conseguenza l'aumento dei premi, rappresenta un fattore di vantaggio nei confronti della concorrenza.

Il finanziamento unitario ha lo scopo di modificare i flussi finanziari al fine di eliminare i falsi incentivi. La sua introduzione deve però avvenire complessivamente senza che vi siano ripercussioni sui costi per gli assicuratori e nemmeno per i Cantoni. Secondo una valutazione speciale non pubblicata svolta negli anni dal 2012 al 2015 dall'Ufficio federale di statistica (UST), i Cantoni hanno versato contributi per importi tra 7,0 e 7,4 miliardi di franchi a ospedali per cure acute, cliniche psichiatriche, cliniche di riabilitazione e altre cliniche specializzate (escluse le prestazioni d'interesse generale). Siccome nel periodo transitorio previsto dalla revisione della LAMal nel contesto del finanziamento degli ospedali non tutti i Cantoni avevano già raggiunto la quota del 55 per cento nel settore ospedaliero, tali contributi sono calcolati in maniera che sia raggiunta esattamente la quota del 55 per cento in ciascun Cantone. Secondo questa modalità di calcolo, i contributi dei Cantoni per gli anni dal 2012 al 2015 si situano tra 7,3 e 7,7 miliardi di franchi.

Gli assicuratori hanno versato per tutte le categorie di fornitori di prestazioni – escluse le cure ambulatoriali e le case di cura – complessivamente tra 19,9 e 23,6 miliardi di franchi (senza partecipazione ai costi). Ne risulta una quota del finanziamento pubblico pari in media al 25,5 per cento. Questa chiave di riparto dev'essere determinante nel quadro del finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero.

Il progetto prevede in tutta la Svizzera un contributo cantonale minimo unitario del 25,5 per cento delle prestazioni nette degli assicuratori, ossia dopo deduzione della partecipazione ai costi degli assicurati. Esso riflette in tal modo la logica del sistema di finanziamento degli ospedali in vigore dal 1° gennaio 2009²⁰ secondo cui la quota

¹⁹ RU 2009 3517

²⁰ RU 2008 2049

cantonale è fissata in modo unitario in tutta la Svizzera in ragione del 55 per cento almeno delle remunerazioni relative alle prestazioni ospedaliere. Secondo il nuovo disciplinamento il Cantone non finanzia comunque più una parte dei costi delle prestazioni bensì paga un contributo ai costi sostenuti dagli assicuratori dopo la deduzione della partecipazione ai costi.

(Indicazione per la procedura di consultazione: in linea di principio la quota percentuale del contributo cantonale minimo dev'essere fissata per quanto possibile mediante nuovi dati, in base alla media degli ultimi quattro anni disponibili. Dei dati supplementari riguardanti l'anno precedente quello appena trascorso sono disponibili ogni anno in aprile; la quota può essere attualizzata ulteriormente dopo la procedura di consultazione. Parimenti, dopo la procedura di consultazione occorrerà stabilire quanto tempo necessiteranno i Cantoni per raggiungere il contributo cantonale minimo).

3.1.3 Immissione dei fondi pubblici

I Cantoni versano la loro quota all'istituzione comune secondo l'articolo 18 LAMal. Quest'ultima trasmette agli assicuratori i contributi cantonali che sono ripartiti tra gli assicuratori in funzione dei costi occasionati ai singoli assicuratori per ciascun assicurato. Come finora, i Cantoni continuano quindi a versare un contributo ai costi ma con la differenza che esso non è più unicamente limitato al settore ospedaliero ed è costituito non più da una quota percentuale dei costi complessivi delle prestazioni ma da un contributo alla quota dei costi assunti dagli assicuratori dopo deduzione della partecipazione ai costi da parte degli assicurati. Diversamente da oggi, la fatturazione non è più indirizzata al Cantone bensì esclusivamente agli assicuratori (rispettivamente agli assicurati nel sistema del terzo garante). Come finora, il meccanismo di compensazione dei rischi provvede affinché tra gli assicuratori possa essere in parte compensata la morbidità diversa degli effettivi degli assicurati. Ad essere compensate sono le differenze di rischio assunte dagli assicuratori (dopo deduzione della quota ai costi coperta dai Cantoni). Gli assicuratori sono perciò indennizzati per una parte dei costi che essi coprono. Come attualmente, una parte dei costi non sottostà pertanto al rischio imprenditoriale degli assicuratori. Di conseguenza per tale parte di costi non vi è, rispetto alla situazione attuale, un incentivo supplementare a migliorare l'efficienza nell'approvvigionamento delle cure. In contropartita non ci si può tuttavia nemmeno attendere che un funzionamento insoddisfacente della compensazione dei rischi generi effetti più negativi rispetto al sistema odierno poiché il volume considerato dalla compensazione dei rischi permanerebbe invariato.

Rispetto alla situazione odierna, i falsi incentivi riguardanti la scelta tra trattamento ospedaliero o ambulatoriale verrebbero eliminati e l'obiettivo di un finanziamento unitario sarebbe in tal modo raggiunto. Anche per le trattative tariffali, a prescindere dalle interazioni con il settore delle assicurazioni complementari, non vi sono più incentivi che favoriscano maggiormente l'uno o l'altro settore. Contrariamente a oggi, i modelli assicurativi degli assicuratori che inducono un trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale incidono completamente sui premi. Considerando una media di tutti gli assicuratori, permangono invece invariati rispetto a oggi la pressione concorrenziale esercitata sugli assicuratori e gli

incentivi volti a promuovere cure efficienti in ambedue i settori, ospedaliero e ambulatoriale.

3.1.4 Proposte di minoranza

Una minoranza (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propone di non entrare in materia sul progetto ritenendo che esso non terrebbe sufficientemente conto delle esigenze dei Cantoni e che non riuscirebbe pertanto a raccogliere un consenso di maggioranza. Prima che possa essere introdotto il finanziamento unitario dei settori ambulatoriale e ospedaliero, occorre dotare i Cantoni degli strumenti idonei al controllo del settore ambulatoriale; sarà quindi necessario attendere per sapere come si presenterà il nuovo disciplinamento per l'autorizzazione dei medici a esercitare la loro attività, che sostituirà quello vigente in vigore fino a metà 2019 (art. 55a LAMal²¹). Nella sua forma attuale, il progetto non esplicherebbe effetti sufficienti a riuscire a frenare l'incremento dei costi e il conseguente aumento dei premi. In particolare, esso non affronterebbe il problema dei falsi incentivi che verrebbero a crearsi mediante le assicurazioni complementari e che andrebbero a ripercuotersi sull'AOMS. Il progetto non terrebbe inoltre conto del fatto che, per il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, risulta essere più determinante la struttura delle tariffe che non il finanziamento unitario.

Riguardo agli articoli 16 capoverso 3^{bis} e 60a una minoranza (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel) propone che il contributo cantonale sia versato a titolo forfettario per ciascun assicurato; combinata con la compensazione dei rischi, tale proposta genererebbe una ripartizione adeguata dei rischi tra gli assicuratori. Il Cantone versa il suo contributo all'istituzione comune secondo l'articolo 18 LAMal, la quale lo trasmette agli assicuratori in base al numero di assicurati. Il contributo cantonale è quindi versato agli assicuratori a titolo forfettario per assicurato. Esso viene differenziato in base alle diverse categorie di assicurati (adulti, minorenni, richiedenti l'asilo, assicurati residenti all'estero, ecc.) per le quali sono previsti premi distinti. I giovani adulti, per contro, dovrebbero ricevere lo stesso importo forfettario destinato agli adulti, dato che sono soggetti alla medesima compensazione dei rischi di quest'ultimi e beneficiano semplicemente di uno sconto. Qualora essi ricevessero un importo forfettario inferiore rispetto agli adulti, lo sgravio deciso in loro favore dall'Assemblea federale il 17 marzo 2017²² e che entrerà in vigore il 1° gennaio 2019 risulterebbe in parte vanificato. Il contributo forfettario ammonta almeno al 25,5 per cento (cfr. n. 3.1.2) dei costi mediamente occasionati per questi gruppi (adulti, minorenni, ecc.). La morbidità degli assicurati non ha alcuna incidenza a questo primo stadio. Tuttavia, in una fase più avanzata il meccanismo di compensazione dei rischi tra gli assicurati fa in modo che i fondi giungano agli assicuratori che ne hanno bisogno in ragione della struttura degli affiliati (morbidità). Questo meccanismo di compensazione dei rischi esiste già: gli importi ridistribuiti sono adattati in maniera dinamica ai nuovi importi più elevati. Il versamento di un importo forfettario pro capite non corrisponde quin-

²¹ In vigore fino al 30 giugno 2019 (RU 2016 2265)

²² FF 2017 2071

di, come si sarebbe indotti a credere di primo acchito, a un pagamento indifferenziato che non terrebbe conto dei bisogni; combinato con la compensazione dei rischi tra gli assicuratori, esso consente infatti di assicurare una ripartizione adattata alle esigenze degli assicuratori. Gli stessi ricevono quindi i contributi cantonali sulla base non dei costi occasionati bensì (in combinazione con la compensazione dei rischi) del rischio atteso. Sono quindi gli assicuratori stessi a decidere secondo quali modalità intendono garantire che l'importo ricevuto in funzione del rischio atteso sarà sufficiente a coprire i costi effettivi. Rispetto a oggi, accanto all'eliminazione dei falsi incentivi tra settore ospedaliero e settore ambulatoriale, gli assicuratori sono quindi viepiù stimolati a impegnarsi ulteriormente ai fini di cure efficienti nel settore ospedaliero e in quello ambulatoriale poiché tale efficienza andrà a ripercuotersi notevolmente sui premi. A tal fine è essenziale che la compensazione dei rischi funzioni in modo soddisfacente e copra per quanto possibile interamente quelle differenze dei costi che sono riconducibili a necessità mediche e in merito alle quali l'efficienza delle cure non esercita alcun influsso.

Riguardo all'articolo 18 capoverso 2^o LAMal, una minoranza (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propone che l'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal possa controllare le fatture dei fornitori di prestazioni. Il controllo delle fatture è una delle preoccupazioni principali dei Cantoni. La minoranza si è anche mostrata aperta a una soluzione che preveda la costituzione di un nuovo organo – in cui siano rappresentati i Cantoni – che assumerebbe il controllo delle fatture al posto dell'istituzione comune.

In merito all'articolo 49a una minoranza (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia), propone che l'AOMS remunerì, come finora, al massimo il 45 per cento dei costi relativi alle prestazioni degli ospedali e delle case per partorienti convenzionati (art. 49a). Gli assicuratori possono concludere contratti sulla remunerazione delle prestazioni fornite nel regime dell'AOMS con gli ospedali e con le case per partorienti che adempiono le condizioni legali ma che non figurano in un elenco di ospedali. Se la remunerazione di tali prestazioni aumenta dall'odierna percentuale massima del 45 per cento alla percentuale massima del 74,5 per cento, un volume non definito di fondi supplementari sarà trasferito dall'AOMS a tali fornitori di prestazioni. Di conseguenza i premi dell'assicurazione complementare diminuiranno e i relativi assicurati ne risulteranno finanziariamente sgravati. Secondo la minoranza questo effetto non è auspicabile.

Una minoranza (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) vuole garantire che il progetto di finanziamento unitario delle prestazioni nei settori ambulatoriale e ospedaliero entri in vigore soltanto a condizione che sia posto parimenti in vigore un disciplinamento in sostituzione dell'articolo 55a LAMal inteso a un controllo dell'autorizzazione a esercitare nel settore ambulatoriale. Essa propone di stabilire tale vincolo in una disposizione finale.

3.2

Soluzioni esaminate ma abbandonate

3.2.1

Chiave di riparto dei costi differenziata per Cantoni

La Commissione ha esaminato se la chiave di riparto fra assicuratori e Cantoni debba essere uguale per tutto il Paese o se occorra differenziarla in funzione dei singoli Cantoni. Ha rifiutato di lasciare completamente ai Cantoni il compito di stabilire quale quota intendano assumere nell'ambito del finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero. Con una simile soluzione si rischierebbe che alcuni Cantoni riducano il loro contributo al finanziamento delle prestazioni AOMS a scapito degli assicuratori e, di riflesso, di coloro che pagano i premi. Lo scopo di una stabilizzazione della quota dei costi AOMS finanziata mediante le imposte e i premi – escludendo le cure di lunga durata – non potrebbe in tal modo essere raggiunto. Inoltre, se ogni Cantone potesse fissare autonomamente la quota di finanziamento, vi sarebbe il pericolo che gli assicurati paghino già solo per questo motivo premi differenziati, ciò che sarebbe in contrasto con la parità di trattamento degli assicurati.

La Commissione ha anche discusso se spetti alla Confederazione fissare la chiave di riparto in modo differenziato per ogni Cantone. Essa ha però preferito evitare una simile differenziazione poiché, come finora, intende prescrivere ai Cantoni soltanto una quota minima. Dal momento che l'importanza del settore ospedaliero è diversa da Cantone a Cantone, il disciplinamento proposto non è senza ripercussioni sui costi per i Cantoni. Con il disciplinamento proposto, infatti, quei Cantoni per i quali il settore ospedaliero è mediamente meno importante di quello ambulatoriale dovranno pagare un contributo cantonale più elevato rispetto ad oggi. Al contrario, i Cantoni per i quali il settore stazionario è mediamente più importante potrebbero ridurre leggermente il loro contributo cantonale rispetto ad oggi, se lo desiderano.

3.2.2

Immissione di fondi pubblici per il tramite della riduzione individuale dei premi

La Commissione ha esaminato la possibilità di un'immissione della quota cantonale mediante la riduzione individuale dei premi, come era già stato anche discusso nell'ambito dei rapporti redatti dagli esperti Leu e Moser e dal Consiglio federale²³.

Se i contributi cantionali alle prestazioni fornite in ambito ospedaliero fossero completamente immessi nel sistema della riduzione individuale dei premi, il loro volume triplicherebbe pressoché passando da circa 4 miliardi a 11 miliardi di franchi (riferito al 2014). Allo scopo di garantire che il rapporto fra quote finanziate mediante le imposte e quote finanziate mediante i premi non modifichi il finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero, la Confederazione dovrebbe impartire ai Cantoni direttive più precise per la struttura della riduzione dei premi. Ciò significherebbe un parziale abbandono della Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) con la quale ai Cantoni era stato concesso un notevole margine di apprezzamento nello stabilire la riduzione graduale dei premi nelle diverse categorie di assicurati sul loro territorio.

²³ V. note a piè di pagina 6, 7 e 15

Accanto a queste considerazioni federalistiche, altri motivi depongono contro l'immissione della quota cantonale per il tramite della riduzione dei premi. Se la riduzione dei premi in funzione del reddito si concentrasse ancora su assicurati «di condizione economica modesta»²⁴, i premi di circa un terzo della popolazione beneficerebbero di una riduzione pressoché completa. Ciò comporterebbe notevoli effetti soglia indesiderati. Se, per contro, la cerchia dei destinatari fosse sensibilmente ampliata ed estesa a parti del ceto medio, si porrebbe il problema di stabilire quale grado di efficacia avrebbe un sistema che riscuote premi indipendenti dal reddito e che riduce questi ultimi per oltre la metà della popolazione mediante risorse pubbliche. Se la quota cantonale fosse distribuita mediante un buono sconto sui singoli assicurati nel Cantone, ciò sarebbe più oneroso dal profilo amministrativo che non l'immissione diretta per il tramite degli assicuratori.

La Commissione ha anche esaminato due varianti nelle quali il 10 per cento o il 20 per cento della quota cantonale sarebbe versato per il tramite della riduzione individuale dei premi mentre le rimanenti risorse sarebbero versate nell'ambito della compensazione dei rischi o direttamente agli assicuratori. Anche per queste varianti la Confederazione dovrebbe tuttavia impartire ai Cantoni direttive più precise, ciò che sarebbe in contrasto con la NPC.

3.2.3 Correzione dei premi per i minorenni

Il passaggio al finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero si ripercuote sui premi per i minorenni in modo diverso rispetto agli adulti. Un motivo risiede nel fatto che i minorenni necessitano di un numero minore di cure ospedaliere rispetto agli adulti. Nel 2014 la quota delle cure ospedaliere per i minorenni sul totale delle cure era del 17 per cento, mentre per gli adulti era del 24 per cento circa.

I minorenni, che a causa della quota più bassa di cure ospedaliere nel sistema attuale sono finanziati in misura inferiore dal Cantone rispetto agli adulti, approfittano di un finanziamento unitario. Per il 2014 i premi per i minorenni potrebbero diminuire del 9 per cento circa, mentre i premi degli adulti aumenterebbero dello 0,5 per cento circa.

Oltre ai minorenni e agli adulti vi è anche una terza categoria di età di assicurati, vale a dire i giovani adulti di età compresa fra 18 e 25 anni, che presentano una quota più bassa di prestazioni ospedaliere sui costi totali rispetto agli adulti. I giovani adulti sottostanno attualmente alla stessa compensazione dei rischi degli adulti. Dal 2019 essi saranno tuttavia sgravati nella compensazione dei rischi affinché gli assicuratori possano ridurre i loro premi²⁵. Gli assicuratori dovranno versare d'ora in poi soltanto la metà dell'importo per i giovani che diverrebbe esigibile senza ribassi. Dal momento che i giovani adulti presentano pure una quota bassa di costi ospedalieri, questa categoria di assicurati – se il contributo cantonale copre anche le cure ambulatoriali – sarebbe considerata rispetto alla situazione attuale un rischio ancor più conveniente. La distanza che separa la categoria dei giovani adulti dai rischi medi aumenta e, di conseguenza, aumenta anche il ribasso previsto nella compensazione dei rischi, poiché tale ribasso dipende dall'ammontare del pagamento vero e proprio esigibile per la compensazione dei rischi. Con l'introduzione del finanzia-

²⁴ Art. 65 cpv. 1 LAMal

²⁵ Modifica del 17 marzo 2017 della LAMal (FF 2017 2071)

mento unitario i premi dei giovani adulti diminuirebbero lievemente, mentre quelli degli altri adulti aumenterebbero lievemente. Entrambi questi effetti (sgravio per i minorenni e i giovani adulti mediante il finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero) comporterebbero verosimilmente per gli adulti un aumento dei premi inferiore complessivamente all'uno per cento.

La Commissione ha discusso dei possibili meccanismi di correzione che dovrebbero garantire un passaggio al finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero senza ripercussioni sui premi dei minorenni, dei giovani adulti e degli adulti (calcolo separato della quota di finanziamento per i minorenni, i giovani adulti e gli adulti; sgravio ridotto dei giovani adulti nella compensazione dei rischi). Essa è giunta alla conclusione che si rivela prioritario introdurre gli elementi essenziali del finanziamento unitario senza complicarli e appesantirli con sottocategorie. Inoltre gli aumenti previsti dei premi per gli adulti si situano chiaramente al di sotto degli aumenti annuali medi dei premi.

3.2.4 Correzione della partecipazione ai costi

Se le prestazioni ospedaliere non sono più direttamente cofinanziate dai Cantoni, bensì con il passaggio al finanziamento unitario sono fatturate completamente agli assicuratori, l'importo su cui è calcolata la partecipazione ai costi degli assicurati (franchigia, partecipazione ai costi) aumenta. In compenso i premi e i contributi cantonali diminuirebbero in misura corrispondente. Si suppone che nella prassi ciò non avrà pressoché ripercussioni sugli assicurati. Gli assicurati che necessitano di una cura ospedaliera presentano nel corso dell'anno presumibilmente anche per le cure ambulatoriali costi così elevati che la partecipazione massima ai costi viene raggiunta. Nei casi in cui un assicurato solitamente sano deve essere ospedalizzato per un breve periodo, il finanziamento unitario potrebbe tuttavia comportare una partecipazione ai costi maggiorata rispetto ad oggi e di riflesso a premi e contributi cantonali più bassi. La partecipazione massima ai costi per assicurato rimane per contro invariata.

La Commissione ha esaminato se questo effetto debba essere corretto. A tal fine si potrebbe ridurre l'aliquota percentuale della franchigia in modo che il passaggio al finanziamento unitario del settore ospedaliero e ambulatoriale rimanga neutro a livello di costi per gli assicurati. La Commissione ha rinunciato a un meccanismo di correzione dato che il passaggio al nuovo tipo di finanziamento avrebbe presumibilmente solo ripercussioni di poco conto sulla partecipazione ai costi degli assicurati.

3.3 Richieste dei Cantoni

La Commissione si è occupata approfonditamente delle preoccupazioni e delle richieste dei Cantoni in vista dell'introduzione del finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero, come emerso già nel 2015²⁶ in occasione di numerose audizioni²⁷ e nell'argomentario della CDS²⁸:

²⁶ V. n. 2.4

²⁷ V. n. 1

²⁸ V. nota a piè di pagina 5

-
- gestione del settore ambulatoriale: i Cantoni chiedono di poter gestire in modo mirato l'offerta delle cure nel settore ambulatoriale quando cofinanziano le prestazioni ambulatoriali. La Commissione comprende questa richiesta. L'opportunità di rafforzare le possibilità di gestione dei Cantoni nel settore ambulatoriale si presenterà quando l'attuale gestione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale²⁹ dovrà essere sostituita a metà 2019. Il Consiglio federale ha svolto una procedura di consultazione³⁰ su un avamprogetto secondo il quale i Cantoni devono avere la possibilità di limitare autonomamente a un numero massimo l'autorizzazione di medici in uno o più settori ambulatoriali specifici. Parallelamente la CSSS-N propone con un'iniziativa di commissione³¹ una regolamentazione che conferirebbe ai Cantoni la competenza di fissare minimi e massimi di fornitori di prestazioni che sono necessari per garantire la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali. Gli obiettivi relativi al finanziamento unitario del settore ambulatoriale e ospedaliero e alla gestione delle autorizzazioni sono strettamente correlati, sebbene formalmente non dovrebbero esserlo per non impedire che il progetto riguardante la gestione delle autorizzazioni possa entrare in vigore anticipatamente. In relazione all'oggetto «LAMal. Rafforzamento della qualità e dell'economicità» (15.083 s) si sta anche discutendo della questione se l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni debba sottostare a nuovi requisiti di qualità, la cui osservanza dovrebbe essere verificata dai Cantoni.
 - Controllo del conteggio delle prestazioni: per motivi giuridico-finanziari i Cantoni chiedono di poter controllare se le prestazioni sono conteggiate correttamente per la popolazione cantonale. Una possibilità sarebbe l'istituzione di un organo comune degli assicuratori e dei Cantoni che garantirebbe questo controllo. Pur comprendendo tale richiesta, la Commissione ritiene che il controllo della fatturazione sia per principio compito degli assicuratori. Anche la maggior parte dei Cantoni ha convenuto con gli assicuratori che spetta a questi ultimi controllare le fatture che gli ospedali emettono per i Cantoni secondo l'articolo 49a capoverso 3 LAMal. Gli assicuratori a loro volta sono sorvegliati dall'UFSP. La Commissione ha preso atto che, in caso di sospetto e inoltre per campionatura, l'UFSP verifica se gli assicuratori rispettano le prescrizioni giuridiche nella remunerazione di prestazioni. Alla luce dell'elevato numero di fatture nel settore ambulatoriale e ospedaliero, la Commissione intravede il rischio di un enorme onere amministrativo supplementare se i Cantoni dovessero essere coinvolti direttamente nel controllo delle fatture.
 - Nessun falso incentivo in caso di assicurazione complementare: i Cantoni chiedono che siano eliminati coerentemente i falsi incentivi risultanti dalla correlazione delle convenzioni contrattuali dei partner tariffali nel settore

²⁹ Art. 55a LAMal, nella versione del 17 giugno 2016, RU **2016** 2265

³⁰ Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Autorizzazione di fornitori di prestazioni), procedura di consultazione: 5 luglio 2017 – 25 ottobre 2017

³¹ Iv. Pa. CSSS-N. Gestione cantonale dell'autorizzazione e rafforzamento dell'autonomia contrattuale (17.442 n)

dell'assicurazione di base e in quello dell'assicurazione complementare. Anche questa richiesta è condivisa dalla Commissione. Al momento essa non vede alcuna necessità di intervenire legiferando poiché le autorità competenti si sono già attivate in virtù della legislazione vigente. Essa ha preso atto che l'UFSP e l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) stanno lavorando per instaurare una maggiore trasparenza in materia di costi nell'assicurazione di base e nell'assicurazione complementare. In particolare occorre impedire che le prestazioni ospedaliere, che sono già remunerate mediante importi forfettari secondo l'articolo 49 LAMal, siano anche messe in conto all'assicurazione complementare. Il 12 febbraio 2018, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha inoltre deciso una modifica dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre), che entrerà in vigore il 1° gennaio 2019, secondo la quale determinati interventi possono essere remunerati in linea di massima dall'AOMS solo se sono eseguiti ambulatorialmente. Questo fatto dovrebbe diminuire gli incentivi per i fornitori di prestazioni a far curare per motivi finanziari in ambito ospedaliero i pazienti assicurati con la complementare.

- Vigilanza sugli assicuratori: i Cantoni esigono un maggiore coinvolgimento nella vigilanza sugli assicuratori. La Commissione non vede tuttavia alcun motivo per modificare le competenze attuali. Secondo la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie³², la vigilanza spetta all'UFSP che, secondo la Commissione, tiene sufficientemente conto delle differenze cantonali. Prima dell'approvazione della tariffa dei premi, i Cantoni possono inoltre esprimersi sui costi stimati per il loro Cantone.
- Quota cantonale di finanziamento: i Cantoni chiedono la garanzia che il finanziamento unitario del settore ospedaliero e ambulatoriale non comporti un aumento della quota cantonale di finanziamento ai costi complessivi del sistema sanitario. La Commissione ha tenuto conto di questa richiesta proponendo una chiave di riparto che rimane costante (cfr. n. 3.1.2).

4 Commento alle singole disposizioni

Art. 16 cpv. 3bis

La compensazione dei rischi si presenta globalmente immutata a causa degli elementi determinanti che rimangono gli stessi. Tuttavia, occorre completare l'articolo 16 affinché la cosiddetta neutralità dei rischi rimanga garantita. Un nuovo capoverso 3^{bis} stabilisce che per il calcolo delle tasse di rischio e dei contributi della compensazione dei rischi sono rilevanti le prestazioni nette degli assicuratori previa deduzione del contributo cantonale. Solo le prestazioni nette dopo deduzione del contributo cantonale sono costi che devono essere assunti in ultima istanza dall'assicuratore e devono essere considerati dalla compensazione dei rischi. Se si rinuncia a un simile adeguamento, gli assicuratori che assicurano persone con costi

³² RS **832.12**, in vigore dal 1° gennaio 2016.

elevati sarebbero remunerati due volte per i costi risultanti: una volta mediante il contributo cantonale e una seconda volta mediante la compensazione dei rischi. Con gli assicurati che causano costi elevati sarebbe quindi possibile conseguire sistematicamente un guadagno, ciò che consentirebbe una selezione dei rischi. Anche una simile selezione negativa dei rischi sarebbe problematica.

Art. 18

Capoverso 2^{sexies}

L'assegnazione del contributo cantonale agli assicuratori è attribuita all'istituzione comune degli assicuratori. Questo modo di procedere è opportuno poiché altrimenti i Cantoni dovrebbero esaminare i conteggi di un gran numero di assicuratori. L'istituzione comune conosce già – fra l'altro a causa del compito che già assolve nella compensazione dei rischi – la maggior parte dei dati determinanti degli assicuratori, segnatamente gli effettivi degli assicurati e i dati relativi ai costi degli assicuratori. Rispetto ad oggi l'istituzione comune deve anche rilevare presso gli assicuratori i costi degli assicuratori per i contributi a cure di lunga durata secondo l'articolo 25a capoverso 1 LAMal e a prestazioni a ospedali convenzionati secondo il vigente articolo 49a capoverso 4 LAMal, nonché dati relativi ai minorenni, richiedenti l'asilo, frontalieri, beneficiari di rendite all'estero e ad altri assicurati che non rientrano oggi nella compensazione dei rischi.

Capoverso 2^{octies}

Il nuovo capoverso 2^{octies} riprende senza cambiamenti il tenore del vigente capoverso 2^{sexies}.

Capoverso 5

Il primo periodo del capoverso 5 è completato dalla precisazione secondo cui gli assicuratori devono anche finanziare il nuovo compito di suddivisione dei contributi cantonali assegnato d'ora in poi all'istituzione comune degli assicuratori. Il finanziamento è attribuito agli assicuratori poiché questi ultimi traggono profitto dall'attribuzione del contributo cantonale e poiché l'istituzione comune è un'istituzione degli assicuratori. Con questo disciplinamento si può evitare che, accanto alla Confederazione, ulteriori partner come i Cantoni debbano partecipare al finanziamento dell'istituzione comune. I Cantoni finanziano l'istituzione comune come finora soltanto nel caso in cui essi le attribuiscono di propria iniziativa compiti supplementari (nuovo art. 18 cpv. 2^{octies}). Rispetto ad oggi gli assicuratori saranno quindi ulteriormente gravati, mentre per i Cantoni viene meno l'attuale onere per l'elaborazione delle fatture dei fornitori delle prestazioni.

Art. 25a cpv. 2

Dal momento che d'ora in poi le cure acute e transitorie, come tutte le prestazioni interessate dal finanziamento unitario, sono remunerate direttamente soltanto dagli assicuratori, si rivelano necessari alcuni adeguamenti. Il riferimento al cofinanziamento cantonale viene quindi stralciato. Tuttavia i Cantoni finanziano le cure acute e transitorie come sempre tramite il contributo cantonale, nella stessa misura di tutte le altre prestazioni che sono considerate ai fini del finanziamento unitario (cfr. art. 60).

Art. 41 cpv. 1bis, 1ter, 2bis–2quater, 3, 3bis e 4, secondo – quinto periodo

D'ora in poi il finanziamento diretto delle cure ospedaliere sarà garantito completamente dall'assicuratore. Questo fatto comporta un adeguamento necessario delle disposizioni relative alla scelta del fornitore di prestazioni e dell'assunzione dei costi. Ciò riguarda i capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 3 e 3^{bis}. I rinvii al Cantone o al cofinanziamento cantonale sono eliminati. L'articolo viene anche ristrutturato. La definizione del caso d'urgenza ambulatoriale nel vigente capoverso 3^{bis} può essere stralciata, poiché con la modifica corrispondente della LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2018³³, nel settore ambulatoriale la piena libera circolazione dei pazienti è ammessa anche in casi diversi dai casi d'urgenza. Per lo stesso motivo viene adeguato il capoverso 4 nel senso che il precedente rinvio al capoverso 2 nel frattempo abrogato viene riformulato. Le disposizioni per la scelta del fornitore di prestazioni e le relative eccezioni per motivi medici nel settore ospedaliero sono d'ora in poi tutte contenute direttamente nel capoverso 1^{bis} riformulato; per questo motivo i capoversi 3 e 3^{bis} possono essere abrogati. Il capoverso 2^{bis} stabilisce che le regole del capoverso 1^{bis} si applicano per analogia anche ad assicurati domiciliati all'estero che hanno un nesso con un determinato Cantone. Il capoverso 2^{ter} designa ora esplicitamente il Cantone nel quale questi assicurati hanno un nesso come Cantone di domicilio ai sensi della legge. Nel nuovo capoverso 2^{quater} l'assunzione dei costi per assicurati all'estero senza nesso in un Cantone è disciplinata per analogia, come finora, nel capoverso 2^{ter} entrato in vigore il 1° gennaio 2018 e sono ora precisate le regole che si applicano in caso d'urgenza per questi assicurati.

Art. 42 cpv. 2 e 3

Per le cure ospedaliere vige come sempre il sistema del terzo pagante. Dato che l'assicuratore è ora debitore del contributo intero della cura ospedaliera e non solo della quota che gli spetta, la formulazione del capoverso 2 viene adeguata. Per lo stesso motivo non è più necessario che, in caso di cura ospedaliera, il fornitore di prestazioni presenti separatamente nelle fatture le quote spettanti al Cantone e all'assicuratore. Per questo motivo il periodo corrispondente nel capoverso 3 è stralciato.

Art. 49a Ospedali e case per partorienti convenzionati

La rubrica di questo articolo è modificata dato che in questo articolo sono disciplinati unicamente gli ospedali e le case per partorienti convenzionati.

Attualmente l'articolo 49a capoverso 4 LAMal prevede che con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco ospedaliero, ma che adempiono le condizioni di cui agli articoli 38 e 39 capoverso 1 lettere a–c e f, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'AOMS. Questa disposizione viene ora trasferita nel capoverso 1. Gli assicuratori possono come finora remunerare gli ospedali convenzionati con i mezzi dell'AOMS soltanto per la quota che essi sopportano effettivamente dopo considerazione del contributo

³³ RU 2017 6717

cantonale, vale a dire d'ora in poi nella misura del 74,5 per cento del contributo che spetterebbe a un ospedale figurante nell'elenco (capoverso 2).

Occorre osservare che in tal modo, rispetto ad oggi, lo strumento degli ospedali e delle case per partorienti convenzionati dovrebbe diventare più attrattivo, dato che d'ora in poi gli assicuratori dovranno versare fino al 74,5 per cento dai fondi dell'AOMS invece dell'attuale 45 per cento della remunerazione per un ospedale figurante nell'elenco. La quota che l'assicurazione complementare o un paziente dovrebbe assumere scenderebbe in tal modo dal 55 al 25,5 per cento, ciò che potrebbe sgravare i premi dell'assicurazione complementare. Di conseguenza diminuisce in una certa misura l'importanza della pianificazione ospedaliera cantonale rispetto ad oggi, poiché gli ospedali non figuranti nell'elenco non sono più così costosi come lo erano nel disciplinamento vigente per le persone assicurate a titolo complementare o per coloro che pagano di tasca propria.

Art. 51 cpv. 1, secondo periodo

Riguardo alle disposizioni concernenti lo stanziamento globale di bilancio per gli ospedali, la riserva della suddivisione dei costi di cui all'articolo 49a è sostituita dalla riserva del contributo cantonale di cui all'articolo 60.

Art. 60

In questo articolo, rientrante nella sezione dal nuovo titolo «Contributo cantonale» viene disciplinato il calcolo del contributo cantonale. L'articolo sostituisce quindi, insieme all'articolo 60a, ampie parti del vigente articolo 49a.

Capoverso 1

Questo capoverso definisce il principio secondo cui i Cantoni partecipano al finanziamento delle prestazioni secondo la LAMal. A tale scopo i Cantoni versano un contributo cantonale. A differenza del vigente articolo 49a non si parla più di cofinanziamento di prestazioni, poiché il contributo del Cantone si riferisce d'ora in poi ai costi degli assicuratori per prestazioni secondo la LAMal.

Capoverso 2

Il capoverso 2 definisce i costi determinanti per il calcolo del contributo cantonale. Deve trattarsi di prestazioni secondo gli articoli 25–31. Dal calcolo di questi costi e, di riflesso, del contributo cantonale sono esclusi i costi per prestazioni di cui all'articolo 25a capoverso 1 (cure di lunga durata), per le quali gli assicuratori versano come finora soltanto contributi. I Cantoni finanziano per queste prestazioni la parte residua. Queste prestazioni sono quindi finanziate attualmente per principio in modo diverso rispetto alle altre prestazioni secondo la LAMal. Questa differenza va mantenuta (v. anche n. 3.1.1.).

Dal calcolo del contributo cantonale sono pure esclusi i costi per gli ospedali e le case per partorienti convenzionati. Questi ultimi non fanno parte della pianificazione ospedaliera cantonale e oggi i Cantoni non devono cofinanziare le prestazioni di queste istituzioni. Gli assicuratori possono attingere ai fondi dell'AOMS solo contributi nella misura corrispondente alla quota dell'assicurazione malattie per un

ospedale figurante nell'elenco. In caso di finanziamento unitario occorre anche escludere che i mezzi dei Cantoni destinati al cofinanziamento di prestazioni secondo la LAMal affluiscono a ospedali e case per partorienti che non figurano in un elenco cantonale degli ospedali. La disposizione prevista nell'articolo 49a capoverso 1 serve a questo scopo. Gli assicuratori non possono includere i fondi che essi destinano dai mezzi dell'AOMS agli ospedali e alle case per partorienti convenzionati nel calcolo dei costi computabili per la determinazione dell'ammontare del contributo cantonale. Le prestazioni devono inoltre essere fornite ad assicurati domiciliati nel Cantone corrispondente o all'estero con un nesso con questo Cantone. Gli assicurati domiciliati all'estero senza legami in un Cantone non rientrano quindi nel disciplinamento del capoverso 2. Le prestazioni devono essere state fornite in Svizzera affinché siano rilevanti per il calcolo del contributo cantonale. Ciò corrisponde al disciplinamento vigente nel settore ospedaliero.

Capoverso 3

Nel capoverso 3 la partecipazione ai costi di cui all'articolo 64 è esclusa dal calcolo del contributo cantonale. Quest'ultimo deve riferirsi alle prestazioni nette degli assicuratori, vale a dire dopo deduzione della partecipazione ai costi. Parimenti è stabilito che un eventuale regresso da parte degli assicuratori secondo l'articolo 72 capoverso 1 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) è dedotto dal calcolo del contributo cantonale.

Capoverso 4

Come già attualmente, il Cantone è obbligato al più tardi nove mesi prima dell'inizio dell'anno a fissare l'aliquota percentuale per il contributo cantonale. D'ora in poi questo contributo cantonale non si riferirà più soltanto a prestazioni ospedaliere, bensì a tutte le prestazioni secondo la LAMal ad eccezione delle cure di lunga durata e delle prestazioni in ospedali e case per partorienti convenzionati. La quota che il Cantone deve fissare deve ammontare almeno al 25,5 per cento. La quota minima nella legge è stata scelta in modo che la quota del cofinanziamento cantonale di tutte le prestazioni secondo la LAMal rimanga allo stesso livello per tutti i Cantoni per gli anni di riferimento 2012–2015 (v. n. 3.1.2.).

Capoverso 5

Per gli assicurati domiciliati all'estero senza un nesso in un Cantone la Confederazione assumerà in futuro un contributo per le cure dispensate in Svizzera. Ai fini di una modifica quanto possibile contenuta della legge vige ancora la regola secondo la quale per l'ammontare del contributo è determinante l'aliquota percentuale di cui al capoverso 4 fissata dal Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Il contributo federale si riferisce alle stesse prestazioni alle quali il Cantone fornisce un contributo secondo il capoverso 2, mentre le regole di cui al capoverso 3 trovano pure applicazione per analogia. La Confederazione dà il suo contributo poiché, come già attualmente, i singoli Cantoni non hanno un nesso con gli assicurati menzionati in questo capoverso. Attualmente per questi assicurati i Cantoni finanziano congiuntamente soltanto le prestazioni ospedaliere. Nell'approvvigionamento di queste prestazioni i Cantoni hanno per tradizione una grossa responsabilità. Per il settore ambulatoriale questa responsabilità non è data nella stessa misura. Dato che d'ora in poi dovranno essere forniti anche contributi per prestazioni ambulatoriali, da un lato,

per questi assicurati viene a mancare il riferimento di un unico Cantone con i singoli assicurati; dall'altro lato, la responsabilità dell'approvvigionamento di queste prestazioni risulta meno marcata. Per queste ragioni, la Confederazione assumerà in futuro per questi assicurati il contributo per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, contributo precedentemente assunto dai Cantoni per le prestazioni ospedaliere. In tal modo viene proposto un disciplinamento che era già stato adottato per la riduzione dei premi per assicurati domiciliati all'estero senza nesso in un Cantone (art. 66a LAMal). La Confederazione viene in tal modo lievemente gravata, mentre i Cantoni risultano sgravati (v. n. 5.1.).

Capoverso 6

Gli assicuratori devono trasmettere ai Cantoni e alla Confederazione i dati necessari al calcolo dei contributi cantonali e federali. I fornitori di prestazioni fatturano ora l'intera remunerazione all'assicuratore. Quest'ultimo diviene ora l'unico responsabile diretto del pagamento, anche nel settore ospedaliero. I Cantoni versano la loro quota all'istituzione comune. Questo sistema è la soluzione più semplice dal profilo amministrativo per trasferire il contributo cantonale ai singoli assicuratori. In tal modo si evita che i Cantoni debbano fare i conti a numerosi assicuratori (cfr. le considerazioni ad art. 18).

È inoltre previsto che il Consiglio federale fissi la modalità di trasmissione dei dati e dei contributi cantonali all'istituzione comune da parte dei Cantoni. Diversi dettagli metodici vanno disciplinati, fra l'altro la periodicità dei pagamenti cantonali (trimestrale, annuale, mensile ecc.), se dovrà essere determinante l'inizio della cura o la data del conteggio per il calcolo del contributo cantonale, come bisognerà configurare il processo di pagamento mediante acconti e conguaglio successivo definitivo, non appena sono noti i dati relativi ai costi, e quale quadro temporale debba essere previsto per questo processo.

Art. 60a

Questo nuovo articolo disciplina la suddivisione dei contributi cantonali fra i singoli assicuratori. Il contributo cantonale e il contributo federale dovranno essere suddivisi in funzione dei costi computabili (cfr. art. 60 cpv. 2 e 3) fra gli assicuratori. In tal modo, una parte dei costi viene assunta come attualmente dal Cantone, ma d'ora in poi non più solo i costi per le cure ospedaliere bensì anche i costi per tutte le prestazioni secondo la LAMal ad eccezione delle cure di lunga durata e degli ospedali convenzionati (cfr. art. 60 cpv. 2). Ciò significa inoltre che anche in futuro una parte dei costi viene remunerata e questa parte non sottostà alla compensazione dei rischi degli assicuratori (cfr. considerazioni ad art. 16). In tal modo la portata della selezione dei rischi rimane invariata rispetto ad oggi, ma anche l'incidenza sui premi esercitata da un sistema di cure efficiente, quest'ultima a prescindere dall'eliminazione dei falsi incentivi, che causano un aumento dei costi, nella scelta fra cure ospedaliere e ambulatoriali.

Art. 79a

Questo articolo si riferisce ora soltanto ai contributi che il Cantone presta secondo l'articolo 25a. Dato che i Cantoni non cofinanziano più direttamente prestazioni

bensì trasferiscono le loro risorse agli assicuratori, un diritto indiretto di regresso per i Cantoni non ha più senso. L'assicuratore può far valere questo diritto di regresso. L'articolo 60 capoverso 3 garantisce che un eventuale diritto di regresso da parte degli assicuratori vada a beneficio anche dei Cantoni.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Ripercussioni finanziarie per gli assicurati

Il nuovo contributo cantonale per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali è calcolato in modo tale che l'introduzione di un finanziamento unitario non abbia alcuna ricaduta sui premi durante l'anno di transizione. Vi sono però alcune eccezioni a questo principio.

Rispetto al totale delle prestazioni, i minorenni e i giovani adulti consumano una quota di prestazioni ospedaliere più bassa. Per questa ragione attualmente approfittano in misura proporzionalmente minore del cofinanziamento delle prestazioni ospedaliere da parte dei Cantoni. Con una quota unitaria del finanziamento ora destinata anche alle prestazioni ambulatoriali, essi beneficerebbero dei contributi cantonali nella stessa misura degli adulti. Rispetto alla situazione attuale questo cofinanziamento più importante si tradurrebbe in una diminuzione dei premi per i minorenni e i giovani adulti. Invece, i premi degli adulti aumenterebbero leggermente (cfr. n. 3.2.3).

Il progetto prevede che gli assicuratori siano i soli a pagare direttamente le prestazioni. Esigevano di conseguenza la partecipazione ai costi degli assicurati per tutti i costi che assumono. Attualmente non è percepita alcuna partecipazione ai costi sulla parte di cure ospedaliere finanziate dai Cantoni. Pertanto nei casi in cui la partecipazione massima ai costi non è ancora raggiunta, la partecipazione degli assicurati sarà più importante rispetto ad ora (cfr. n. 3.2.4). Poiché i premi devono sempre coprire esattamente i costi, si prevede che un leggero aumento della partecipazione ai costi determini una leggera diminuzione dei premi. Verosimilmente anche i contributi cantonali diminuiranno leggermente perché, a seguito dell'aumento della partecipazione ai costi, le prestazioni nette saranno leggermente inferiori rispetto all'attuale somma di prestazioni nette e contributo cantonale. La diminuzione combinata dei contributi cantonali e dei premi corrisponde all'aumento della partecipazione ai costi. Non è tuttavia possibile quantificare questo effetto.

Il settore ospedaliero, in cui oggi i Cantoni cofinanziano le prestazioni, perderà relativamente importanza rispetto al totale delle prestazioni secondo la LAMal. Il settore ambulatoriale, sempre più rilevante, non è invece oggi cofinanziato dai Cantoni. Attualmente l'aumento dei costi che si registra in questo settore è dunque totalmente a carico degli assicurati. Con un finanziamento unitario i Cantoni parteciperanno anche al finanziamento delle prestazioni ambulatoriali. L'onere per gli assicurati aumenterà dunque meno rispetto al mantenimento del sistema attuale.

Infine, un finanziamento unitario può tradursi complessivamente in una diminuzione o un aumento meno rapido dei premi se l'eliminazione dei falsi incentivi tra cure

ospedaliero e ambulatoriali accelera il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale e se una maggiore diffusione ed efficacia dei modelli di assicurazione con cure coordinate porta a una riduzione della crescita dei costi.

Ripercussioni finanziarie per i Cantoni

I Cantoni saranno sgravati dal cofinanziamento diretto delle prestazioni ospedaliere secondo la LAMal. Verseranno ora quale contributo cantonale lo stesso importo (nell'anno di transizione) all'istituzione comune. Il nuovo contributo cantonale è calcolato in modo tale che il passaggio a un finanziamento unitario sia neutrale sotto il profilo dei costi per tutti i Cantoni nel loro insieme. A livello di singoli Cantoni è tuttavia probabile che questo passaggio non sia completamente neutrale sotto il profilo di costi. È ad esempio il caso se nelle attuali strutture di assistenza, dei pazienti e di cura di un Cantone è erogata in proporzione una quantità maggiore di cure ambulatoriali. Nel confronto svizzero la quota dei costi ospedalieri può così risultare relativamente bassa. Visto che i Cantoni cofinanziano attualmente soltanto le cure ospedaliere, ma che il progetto prevede di estendere in futuro il loro contributo a parte dei trattamenti ambulatoriali, l'onere per un determinato Cantone potrebbe aumentare significativamente. Viceversa, un finanziamento unitario potrebbe sgravare notevolmente i Cantoni che erogano attualmente un'alta quota di cure ospedaliere. Tuttavia, se tutti i Cantoni si allineassero sul minimo legale, i due effetti si annullerebbero reciprocamente per i Cantoni considerati nel loro insieme.

La quota minima per il contributo cantonale è calcolata secondo il rapporto tra gli attuali contributi cantonali e la somma degli attuali contributi cantonali e delle prestazioni nette degli assicuratori. Visto che la partecipazione ai costi sarà anche percepita sull'attuale parte del finanziamento cantonale del settore ospedaliero, le nuove prestazioni nette degli assicuratori saranno probabilmente un poco inferiori rispetto alla somma attuale dei contributi cantonali e delle prestazioni nette degli assicuratori. Ne consegue che i contributi cantonali diminuiranno lievemente. Non è tuttavia possibile stabilire in che misura.

Attualmente i Cantoni cofinanziano le cure ospedaliere in Svizzera degli stranieri residenti all'estero che non hanno un nesso in alcun Cantone. Secondo le stime dell'UFSP, il disciplinamento proposto sgrava i Cantoni di questi contributi per un importo di 12 milioni di franchi all'anno (anno di riferimento 2019).

Negli anni che seguiranno l'introduzione del finanziamento unitario, il contributo che i Cantoni devono versare quale quota dei costi combinati ospedalieri e ambulatoriali secondo l'articolo 60 capoverso 2 evolverà ulteriormente. Allo stato attuale i Cantoni cofinanziano soltanto le prestazioni ospedaliere, la cui quota rispetto ai costi totali è in diminuzione. Rispetto al disciplinamento vigente si prevede dunque che l'importo totale del contributo dei Cantoni alle prestazioni secondo la LAMal aumenti un po' più rapidamente.

Questo effetto potrà essere un poco attenuato se migliorerà la diffusione e l'efficacia dei modelli assicurativi con cure coordinate e se nuovi incentivi nel settore delle tariffe rafforzeranno il trasferimento delle prestazioni ospedaliere verso il settore ambulatoriale. L'abbassamento dei costi complessivi dell'AOMS rispetto allo status quo andrà anche a beneficio dei Cantoni.

Il contributo cantonale resta proporzionalmente costante rispetto alle prestazioni nette degli assicuratori. Ma rispetto all'insieme dei costi delle prestazioni (inclusa la partecipazione ai costi) la sua percentuale può variare. Se la franchigia ordinaria è aumentata o se gli assicurati optano maggiormente per una franchigia più elevata, la quota del contributo cantonale rispetto all'insieme dei costi diminuirà, e viceversa.

Inoltre, rispetto al sistema attuale, i Cantoni saranno sgravati del controllo delle fatture e del trattamento dei pagamenti per ciascuna prestazione ospedaliera.

Un finanziamento unitario con chiavi di riparto identiche per minorenni e adulti comporterà un abbassamento dei premi per minorenni e giovani adulti e un leggero aumento dei premi per gli adulti (cfr. n. 3.2.3). L'onere dei Cantoni per la riduzione dei premi per i minorenni diminuirà lievemente. Ad ogni modo, siccome i Cantoni dispongono di una grande autonomia per quanto riguarda la riduzione dei premi, non è possibile prevedere come reagiranno alla nuova situazione.

Ripercussioni finanziarie per la Confederazione

Il contributo della Confederazione per la riduzione dei premi resta immutato. La Confederazione deve versare ogni anno per la riduzione dei premi il 7,5 per cento delle spese lorde dell'AOMS (art. 66 cpv. 2 LAMal). Se, rispetto al sistema attuale, un finanziamento unitario dovesse comportare una diminuzione dell'aumento delle spese lorde, ad esempio accelerando il trasferimento delle cure ospedaliere verso il settore ambulatoriale o grazie ai risparmi conseguibili con i modelli assicurativi con cure coordinate, la Confederazione sarà sgravata finanziariamente oppure il suo onere finanziario aumenterà di meno rispetto al mantenimento dello status quo. Non è però possibile quantificare questo effetto.

Il nuovo contributo della Confederazione previsto per le cure ospedaliere fornite in Svizzera agli assicurati residenti all'estero che non hanno un nesso in alcun Cantone rappresenta per la Confederazione un onere supplementare che, secondo le stime dell'UFSP, dovrebbe ammontare nel 2019 a 12 milioni di franchi. Partendo dall'ipotesi che per questi assicurati il rapporto tra cure ambulatoriali e ospedaliere in Svizzera sia uguale al valore medio del medesimo rapporto per l'insieme degli assicurati, si prospetterebbe per la Confederazione anche una spesa supplementare periodica di 12 milioni di franchi all'anno. Se gli stranieri residenti all'estero venissero in Svizzera principalmente per cure ospedaliere, mentre per cure ambulatoriali restassero prevalentemente all'estero, le spese supplementari sarebbero inferiori, e viceversa.

Ripercussioni sull'effettivo del personale

Sull'effettivo del personale della Confederazione vi saranno ripercussioni dovute al compito di amministrare il nuovo contributo federale per gli assicurati domiciliati all'estero senza nesso in un Cantone. In contropartita i Cantoni saranno sgravati del compito di amministrare il cofinanziamento di prestazioni per questo gruppo di assicurati. Visto che non dovranno più occuparsi del controllo e del pagamento delle fatture dei fornitori di prestazioni, i Cantoni saranno sgravati sul piano dell'effettivo del personale in quanto per questi compiti è attualmente prevista una dotazione di personale.

La suddivisione delle quote di finanziamento cantonale tra gli assicurati comporterà oneri supplementari per l'istituzione comune secondo l'articolo 18 LAMal. Per questo compito esecutivo l'istituzione comune è indennizzata dagli assicuratori.

5.2 Attuabilità

I Cantoni restano responsabili del finanziamento di una parte delle prestazioni secondo la LAMal; tuttavia il progetto prevede ora che questo obbligo di finanziamento, oltre che per le prestazioni ospedaliere, valga anche per le prestazioni ambulatoriali. I Cantoni non dovranno pertanto più controllare separatamente le fatture relative alle cure ospedaliere, perché queste saranno fatturate esclusivamente agli assicurati, e dunque saranno sgravati da questa incombenza. L'istituzione comune avrà invece un nuovo compito d'esecuzione, perché dovrà ripartire i contributi dei Cantoni tra i singoli assicuratori. Gli assicuratori indennizzano l'istituzione comune per questo compito.

La fine del controllo delle fatture da parte dei Cantoni non costituisce un ostacolo all'applicazione del disciplinamento relativo agli elenchi delle prestazioni che devono di norma essere erogate negli ambulatori. Gli assicuratori continueranno a controllare le fatture, mentre le garanzie di presa a carico dei costi da parte degli assicuratori, per esempio, resteranno possibili.

Il Consiglio federale disciplina la procedura per la definizione tecnica dell'ammontare del contributo cantonale e per la suddivisione sui singoli assicuratori. L'esecuzione di questo nuovo compito non dovrebbe causare grosse difficoltà all'istituzione comune.

5.3 Altre ripercussioni

Stanziamento globale di bilancio

Secondo l'articolo 51 LAMal, quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali. La suddivisione dei costi secondo l'(attuale) articolo 49a è comunque fatta salva.

In una sentenza del 2012 il Tribunale federale³⁴ ha interpretato il rapporto tra gli articoli 49a e 51 nel senso che il legislatore, mantenendo l'articolo 51 nella revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero, aveva deliberatamente rinunciato ad applicare sistematicamente la nozione di finanziamento delle prestazioni. La riserva relativa all'articolo 49a nell'articolo 51 va dunque intesa nel senso che il contributo globale deve essere di almeno il 55 per cento dei costi delle prestazioni, senza che questa percentuale debba essere applicata separatamente per ogni singolo caso.

Il disciplinamento vigente può restare immutato in quanto il tenore della disposizione resta lo stesso anche con il rinvio al nuovo articolo 60. Con un finanziamento

³⁴ Sentenza del Tribunale federale 2C_796/2011 del 10 luglio 2012.

unitario, l'attuazione in concreto della disposizione sarà, come attualmente, lasciata all'apprezzamento dei Cantoni, senza essere precisata nel diritto federale.

L'attuazione dei Cantoni dovrà tuttavia adattarsi alla nuova situazione. Non vi sarà più una remunerazione per le prestazioni LAMal direttamente dai Cantoni ai fornitori di prestazioni. I Cantoni non possono pertanto più versare il loro contributo sotto forma di importo globale direttamente ai fornitori di prestazioni, saranno bensì tenuti a versarlo all'istituzione comune. I Cantoni saranno dunque chiamati a trovare un modo per attuare l'articolo 51 che tenga conto della nuova situazione. I pagamenti dei Cantoni destinati a prestazioni d'interesse generale restano al di fuori della LAMal e non sono interessati dal presente progetto. Restano possibili nella forma attuale.

Assicurazioni complementari

L'AOMS non finanzia più al massimo il 45 per cento, bensì il 74,5 per cento delle prestazioni degli ospedali. L'AOMS potrà dunque anche rimborsare una quota più elevata delle spese di ospedali e case per partorienti convenzionati non contemplati negli elenchi cantonali degli ospedali. Le spese restanti, che in questi casi sono a carico dei pazienti o di un'assicurazione complementare, diminuiranno di conseguenza. Ne potrebbe conseguire una diminuzione dei premi delle assicurazioni complementari (cfr. n. 4, commento all'art. 49a).

6 Relazione con il diritto europeo

Per quanto riguarda la garanzia della libera circolazione delle persone, il Codice europeo di sicurezza sociale non mira ad armonizzare i sistemi nazionali della sicurezza sociale. Nell'ambito dei principi di coordinamento (divieto della discriminazione, computo dei periodi di assicurazione, prestazioni transfrontaliere ecc.) previsti dal regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1) e che sono disciplinati dalle relative disposizioni di esecuzione del regolamento (CE) n. 987/2009 (RS 0.831.109.268.11), gli Stati membri conservano un'ampia libertà di stabilire la struttura concreta dei loro sistemi di sicurezza sociale. Dall'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e la Comunità europea (RS 0.142.112.681) questi principi di coordinamento valgono anche in Svizzera.

7 Aspetti giuridici

7.1 Costituzionalità e legalità

Il presente progetto di legge si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale (Cost.), che attribuisce alla Confederazione ampie competenze in materia di assicurazione malattie³⁵.

7.2 Delega di competenze legislative

L'articolo 96 LAMal delega al Consiglio federale la competenza di adottare le norme necessarie all'esecuzione dell'assicurazione malattie sociale (emanazione di disposizioni esecutive).

Il progetto contiene una nuova norma che delega al Consiglio federale la competenza di emanare disposizioni esecutive. L'articolo 60 capoverso 6 prevede ora che il Consiglio federale disciplini i dettagli per il calcolo e il pagamento del contributo cantonale e di quello federale.

7.3 Forma dell'atto

La presente legge è emanata sotto forma di legge federale ordinaria secondo l'articolo 164 Cost.

7.4 Subordinazione al freno alle spese

Secondo l'articolo 159 capoverso 3 lettera b Cost. le disposizioni in materia di sussidi contenute in leggi e decreti di obbligatorietà generale nonché i crediti d'impegno e le dotazioni finanziarie implicanti nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi richiedono il consenso della maggioranza dei membri di ciascuna Camera (freno alle spese). Visto che la presa a carico da parte della Confederazione dei contributi per gli assicurati che vivono all'estero e non hanno un nesso in alcun Cantone comporterà verosimilmente una spesa periodica di oltre 2 milioni di franchi all'anno, l'articolo 60 capoverso 5 del progetto sottostà al freno alle spese.

³⁵ Cfr. anche la perizia dell'Ufficio federale di giustizia del 15 gennaio 2018, pubblicata su www.parlamento.ch > Organi > Commissioni > Commissioni tematiche > Commissioni della sicurezza sociale e della sanità > Rapporti e oggetti posti in consultazione > Altri rapporti (disponibile soltanto in ted. e in franc.).