



09.528

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

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e
della sanità del Consiglio nazionale**

del 5 aprile 2019

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge sull'assicurazione malattie¹, che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

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

5 aprile 2019

In nome della Commissione:

Il presidente, Thomas de Courten

¹ RS 832.10

Compendio

Le prestazioni remunerate secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) 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; in una prima fase, per mancanza di dati affidabili, i costi delle cure di lunga durata saranno esclusi e continueranno ad essere coperti secondo le norme vigenti in materia di finanziamento delle cure. 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 22,6 per cento dei costi lordi. Questa aliquota, che dal 2012 al 2015 sarebbe equivalsa in media a 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, non tenga sufficientemente in considerazione le esigenze dei Cantoni e non sia in grado di riscuotere la maggioranza dei consensi. Per motivi legati agli oneri amministrativi e a considerazioni di diritto costituzionale, un'altra minoranza vuole che il contributo cantonale sia fissato sulla base dei costi netti che restano a carico degli assicuratori dopo la deduzione delle franchigie e della partecipazione ai costi degli assicurati. Un'ulteriore 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.

Indice

Compendio	2880
1 Genesi del progetto	2882
2 Situazione iniziale	2884
2.1 Terminologia	2884
2.2 La normativa vigente	2884
2.3 Falsi incentivi nel sistema attuale	2886
2.4 Antefatti	2888
2.5 Procedura di consultazione	2890
3 La normativa proposta	2892
3.1 Punti essenziali del progetto	2892
3.1.1 Campo di applicazione	2892
3.1.2 Agente pagante e chiave di riparto dei costi	2893
3.1.3 Immissione dei fondi pubblici	2894
3.1.4 Possibilità di una gestione strategica dei Cantoni nel settore ambulatoriale	2895
3.1.5 Periodo transitorio	2896
3.1.6 Proposte di minoranza	2896
3.2 Soluzioni esaminate ma abbandonate	2898
3.2.1 Chiave di riparto dei costi differenziata per Cantoni	2898
3.2.2 Immissione di fondi pubblici per il tramite della riduzione individuale dei premi	2899
3.2.3 Correzione dei premi per i minorenni	2900
3.2.4 Correzione della partecipazione ai costi	2901
3.3 Richieste dei Cantoni	2901
4 Commento alle singole disposizioni	2903
5 Ripercussioni	2909
5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	2909
5.2 Attuabilità	2912
5.3 Altre ripercussioni	2913
6 Relazione con il diritto europeo	2914
7 Aspetti giuridici	2914
7.1 Costituzionalità e legalità	2914
7.2 Delega di competenze legislative	2914
7.3 Forma dell'atto	2915
7.4 Subordinazione al freno alle spese	2915
Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero) (Progetto)	2917

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

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

³ RS 171.10

nonché di esperti. Al termine della 49^a legislatura la sottocommissione «LAMal» è stata sciolta.

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.

Il 24 gennaio 2019 la Commissione ha preso conoscenza dei risultati della procedura di consultazione e ha incaricato la Sottocommissione di esaminare approfonditamente il dossier. Nel contempo ha deciso, con 20 voti contro 3 e 1 astensione, di presentare il postulato 19.3002 «Cure e finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero», che incarica il Consiglio federale di esaminare, congiuntamente con i Cantoni, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni, se le cure secondo l'articolo 25a LAMal possano in un secondo momento eventualmente essere anch'esse integrate nel finanziamento unitario delle prestazioni. Il 14 marzo 2019 il Consiglio nazionale ha accolto il postulato con 135 voti contro 36 e 6 astensioni.

Il 5 aprile 2019 la Commissione ha discusso il suo progetto di atto normativo e il rapporto esplicativo, approvando il progetto nella votazione sul complesso con 15 voti contro 7 e 2 astensioni.

4 Humbel, Brand, Carobbio Guscelli, Cassis (sostituito in seguito da Nantermod), de Courten, Frehner, Häslar (sostituita in seguito da Graf Maya), Hess Lorenz, Moret, Steiert (sostituito in seguito da Gysi), 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.)

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 finanziamento 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

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

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.).

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.

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 del finanziamento delle cure entrato in vigore il 1° gennaio 2011⁸ l'AOMS e la persona bisognosa di cure versano contributi; i Cantoni assumono la parte residua di finanziamento. L'AOMS presta un contributo stabilito in franchi dal Consiglio federale, differenziato a seconda del bisogno terapeutico (art. 25a cpv. 1 LAMal). Agli assicurati è addossato un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale, mentre la parte residua di finanziamento spetta ai Cantoni (art. 25a cpv. 5 LAMal).

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 trasferi-

menti delle prestazioni⁹. 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 domicilio¹⁰.

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 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.

⁹ Widmer, P., Hochuli, P., Telsler 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.).

¹⁰ 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.

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 ambulatoriale¹¹. 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 franchi¹².

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 differenziato 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

¹¹ 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.).

¹² PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen (disponibile soltanto in ted.).

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 LAMal¹³ 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.

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 ospedaliero¹⁴. 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:

¹³ Legge federale sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Finanziamento ospedaliero (00.079 s)

¹⁴ Legge federale sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Finanziamento ospedaliero (FF 2004 4903; 04.061 s)

- 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 senza ritardi, ritenendo che una soluzione può essere sostenibile soltanto se raccoglie un vasto consenso¹⁵.

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 approfondite¹⁶. 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 mozioni¹⁷, di proporre un finanziamento unitario dei

¹⁵ Rapporto del Consiglio federale, pag. 18 (disponibile soltanto in ted. e franc.).

¹⁶ Moser Markus, Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, 22 marzo 2012 (disponibile soltanto in ted.)

¹⁷ Mozione 09.3535 «Uniformare le modalità di finanziamento delle prestazioni previste dalla LAMal» e mozione 09.3546 «Finanziamento trasparente dell'assicurazione sociale di base»

settori ambulatoriale e ospedaliero. Prima di procedere ai lavori il Consiglio federale vuole tuttavia attendere i risultati delle deliberazioni relative all'iniziativa 09.528¹⁸.

2.5 Procedura di consultazione

Con lettera del 15 maggio 2018 la CSSS-N ha sottoposto per consultazione il suo progetto preliminare corredato del rapporto esplicativo ai Cantoni, ai partiti politici, alle associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, all'economia, ai consumatori, ai fornitori di prestazioni, agli assicuratori e ad altre organizzazioni interessate. Sono stati invitati 122 destinatari a esprimere un parere entro il 15 settembre 2018¹⁹. In totale sono pervenuti 110 pareri.

In linea di massima si sono espressi a favore i Cantoni GL e, in parte, TG, i partiti PBD, PPD, PLR.I, PVL e UDC, le associazioni economiche economiesuisse e usam, nonché tutti gli assicuratori partecipanti tranne Assura. Anche tra le associazioni dei fornitori di prestazioni i pareri sono stati prevalentemente positivi. I seguenti partecipanti alla consultazione sono invece contrari o chiedono di rielaborare completamente il progetto: tutti i Cantoni tranne GL e TG, il PS e i sindacati, nonché ACSI, FRC e SKS. Le associazioni dei pazienti hanno espresso pareri divergenti.

I sostenitori si aspettano che il progetto crei tra l'altro migliori presupposti per ottenere una tariffazione adeguata nel settore ambulatoriale, accelerando così il trasferimento a condizioni socialmente sostenibili dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, con conseguente riduzione dei costi e rafforzamento delle cure coordinate. I risparmi ottenuti nel settore ospedaliero si ripercuoterebbero integralmente sui premi, aumentando l'attrattiva dei modelli di cure integrate.

La maggior parte dei Cantoni e altri partecipanti che si dichiarano scettici o contrari al progetto ritengono che, da solo, il finanziamento unitario non abbia un effetto significativo sul contenimento dei costi e che i falsi incentivi vadano ricercati in primo luogo nella tariffazione delle prestazioni. Il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale può essere realizzato più rapidamente con l'ausilio di elenchi degli interventi. Rafforzando il ruolo degli assicuratori si riducono invece le possibilità di controllo dei costi da parte dei Cantoni poiché l'importanza della pianificazione ospedaliera verrebbe relativizzata. Alcuni dei partecipanti che si oppongono al progetto criticano anche l'indebolimento del controllo democratico.

Quasi tutti i Cantoni e la maggior parte dei partecipanti scettici o contrari ritengono indispensabile che il cofinanziamento delle prestazioni ambulatoriali sia accompagnato da adeguate possibilità di gestione dell'offerta in questo settore. Diversi fornitori di prestazioni nonché PLR.I e UDC sono favorevoli alla gestione delle autorizzazioni, a condizione che venga introdotto un finanziamento unitario e che l'implementazione sia snella. Altri fornitori di prestazioni, invece, sono scettici o

¹⁸ Rapporto del Consiglio federale del 3 marzo 2017 «Mozioni e postulati dei Consigli legislativi 2016», pag. 38

¹⁹ Rapporto sui risultati della consultazione concernente il «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico», Ufficio federale della sanità pubblica, gennaio 2019, pubblicato in www.parlamento.ch > Curia Vista ricerca > 09.528 > Consultazione.

addirittura ostili a ulteriori possibilità di gestione. Dal canto loro, economie svizzese e usam si oppongono a ulteriori elementi di gestione ma sono favorevoli a un allentamento dell'obbligo di contrarre.

La maggior parte dei Cantoni chiede che nel settore ospedaliero le fatture vengano controllate e gestite come finora e che nel settore ambulatoriale venga introdotta una possibilità di controllo delle fatture, ad esempio da parte di un organismo comune. Diversi fornitori di prestazioni accolgono con favore la proposta di affidare la gestione delle fatture agli assicuratori. Anche gli assicuratori che si esprimono in merito respingono il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. Singoli assicuratori (Groupe Mutuel, SWICA) sono aperti a possibilità di controllo da parte dei Cantoni, ad esempio sotto forma di controlli a campione.

Mentre alcuni assicuratori (Curafutura, Helsana, kpt, sanitas, Visana, SWICA) e la minoranza dei membri della Commissione auspicano una ripartizione dei contributi cantonali attraverso il meccanismo di compensazione dei rischi, altri (la maggioranza dei membri di Santésuisse, tra cui Assura, Groupe Mutuel) e la maggioranza dei membri della Commissione preferiscono una ripartizione basata sui costi effettivamente sostenuti. La maggior parte degli assicuratori è propensa a conferire all'istituzione comune degli assicuratori la competenza di distribuire i contributi cantonali. Singoli assicuratori (Assura, Groupe Mutuel) vorrebbero conteggiare i contributi direttamente ai Cantoni. Questo faciliterebbe anche la verifica del domicilio da parte del Cantone.

L'usam e diversi assicuratori (Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SSMC) auspicano che il contributo cantonale venga calcolato sulla base dei costi lordi anziché netti, come avviene oggi nel settore ospedaliero, per evitare di penalizzare i pazienti con franchigie più elevate. Curafutura, CSS, SWICA e Visana preferiscono il calcolo basato sui costi netti, come d'altronde previsto dal progetto preliminare.

Vari partecipanti, tra i quali il Partito socialista, hanno criticato il leggero aumento della partecipazione ai costi previsto dal progetto. Alcuni, tra i quali Santésuisse, chiedono pertanto che la partecipazione ai costi si applichi come ora solo alla quota finanziata dai premi.

Quasi tutti i Cantoni, vari fornitori di prestazioni e organizzazioni di pazienti chiedono che il finanziamento unitario includa anche le cure di lunga durata. Alcuni Cantoni (BL, GL, TG) sono aperti all'eventualità di una futura inclusione delle cure di lunga durata, a condizione che il progetto contempli una dichiarazione d'intenti vincolante in tal senso. Diversi fornitori di prestazioni (in particolare Curaviva, H+ e Spitex) trovano più sensato includerle in una fase successiva, dopo aver chiarito le questioni ancora in sospeso. Santésuisse e altre organizzazioni approvano esplicitamente l'esclusione delle cure di lunga durata.

Un'ampia maggioranza dei Cantoni come pure PS, Curaviva e senesuisse chiedono la creazione di un'organizzazione nazionale paritetica per le tariffe ambulatoriali, simile alla SwissDRG SA.

La maggior parte dei Cantoni auspica un passaggio neutrale sotto il profilo dei costi per ogni singolo Cantone. Anche a causa dell'aumento o della riduzione degli oneri finanziari per i singoli Cantoni, diversi partecipanti ritengono necessario accordare

periodi transitori come previsto dalla revisione della LAMal per il settore del finanziamento ospedaliero.

La metà dei Cantoni chiede esplicitamente di eliminare sistematicamente i falsi incentivi che risultano dal legame tra l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare. Anche altri partecipanti alla consultazione formulano richieste in questo ambito.

La maggioranza dei Cantoni come pure PS, diversi fornitori di prestazioni e altre organizzazioni respingono l'aumento della quota di finanziamento delle prestazioni fornite nel regime dell'AOMS per gli ospedali convenzionati, mentre alcuni Cantoni esigono l'abolizione di questa categoria di ospedali. PVL, le associazioni economiche e altri condividono quanto proposto su questo aspetto nel progetto preliminare

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 costi²⁰. 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 in una prima fase 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.

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 secondo l'articolo 25a capoversi 1 e 5 (cfr. anche n. 2.2) devono in una prima fase essere escluse dal finanziamento unitario. Prima di poter prendere una decisione sull'integrazione delle cure, devono essere elaborate diverse basi. Il 14 marzo 2019 il Consiglio nazionale ha incaricato il Consiglio federale con un

²⁰ Cfr. n. 2.3

postulato (19.3002) di elaborare tali basi congiuntamente con la CDS e le associazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. Si tratta in particolare di creare trasparenza nei costi, definire e consolidare le quote dei diversi attori del finanziamento delle cure, delimitare le prestazioni di cura rispetto alle prestazioni di assistenza, definire in modo unitario i livelli delle cure nel settore ambulatoriale e ospedaliero, armonizzare le regole di remunerazione per i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri, creare un organo nazionale che si occupi delle questioni relative alla struttura tariffaria nel finanziamento delle cure.

Non appena saranno pronte le necessarie basi, il Consiglio federale dovrebbe presentare al Parlamento una revisione di legge volta a integrare le cure di lunga durata nel finanziamento unitario. La Commissione ha inserito un relativo mandato nella cifra II del progetto di atto normativo.

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 un'analisi speciale non pubblicata svolta dall'Ufficio federale di statistica (UST) in base alla statistica «Costi e finanziamento del sistema sanitario», negli anni dal 2012 al 2015 i Cantoni hanno versato per le prestazioni stazionarie secondo la LAMal a ospedali per cure acute, cliniche psichiatriche, cliniche di riabilitazione e altre cliniche specializzate (escluse le prestazioni d'interesse generale), contributi per importi tra 7,0 e 7,4 miliardi di franchi. L'analisi speciale si distingue soprattutto per il grado di dettaglio della suddivisione delle tabelle standard pubblicate nella statistica «Costi e finanziamento del sistema sanitario». Per permettere una differenziazione tra trattamenti ambulatoriali e stazionari nonché cure di lunga durata, alcune singole categorie di fornitori di prestazioni sono state suddivise in modo più dettagliato.

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. Nell'analisi summenzionata dell'UST, questa quota raggiungeva negli anni 2012–2015 in media il 52,7 per cento. Una plausibilizzazione di questi valori sulla base di dati forniti dalla CDS relativi alle chiavi di riparto del finanziamento stabilite dai singoli Cantoni²¹, ponderati secondo il volume dei costi

²¹ www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf

stazionari dei singoli Cantoni, ha portato per lo stesso periodo al risultato di 52,5 per cento. Gli ordini di grandezza sono pertanto paragonabili. Per evitare che dopo la conclusione del periodo transitorio la chiave di riparto per un finanziamento unitario venga fissata a partire da un valore inferiore rispetto alla quota del 55 per cento prevista dal legislatore, i contributi effettivi dei Cantoni ripresi dalla statistica dell'UST «Costi e finanziamento del sistema sanitario» sono estrapolati in maniera che ogni anno sia raggiunta esattamente la quota del 55 per cento in ciascun Cantone, senza tuttavia superarla. Secondo questa modalità di estrapolazione, i contributi dei Cantoni per i singoli anni dal 2012 al 2015 si situano tra 7,3 e 7,7 miliardi di franchi.

Secondo l'analisi summenzionata dell'UST basata sulla statistica «Costi e finanziamento del sistema sanitario», gli assicuratori hanno versato per tutte le categorie di fornitori di prestazioni – escluse le cure a domicilio e in casa di cura – complessivamente tra 23,5 e 27,6 miliardi di franchi (inclusa la partecipazione ai costi). Ne risulta, in combinazione con le cifre estrapolate per i contributi cantonali (vedi sopra), una quota del finanziamento pubblico pari in media al 22,6 per cento. Questa chiave di riparto dei costi 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 22,6 per cento delle prestazioni lorde degli assicuratori, ossia inclusa la partecipazione ai costi degli assicurati. Il calcolo del contributo cantonale sulla base dei costi lordi garantisce in particolare che tutti gli assicurati beneficino del contributo cantonale in modo equo, indipendentemente dalla franchigia da essi scelta. Il progetto riflette in tal modo la logica del sistema di finanziamento degli ospedali in vigore dal 1° gennaio 2009²² secondo cui la quota 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 la partecipazione ai costi non è tuttavia più prelevata soltanto sulla quota dei costi finanziata mediante i premi, bensì sul totale dei costi delle prestazioni. Il contributo cantonale agli assicuratori va pertanto prestato anche su costi che questi ultimi non devono in alcun modo sostenere, poiché sono assunti dagli assicurati per il tramite della partecipazione ai costi. Per percepire il contributo cantonale anche sulla parte assoggettata alla partecipazione ai costi, si prevede che gli assicuratori cercheranno di indurre gli assicurati a trasmettere loro possibilmente tutte le fatture, anche se la franchigia non è stata raggiunta, oppure di concordare con i fornitori di prestazioni il sistema del terzo pagante. Per queste ragioni il volume delle fatture trattate dagli assicuratori e i relativi oneri amministrativi dovrebbero aumentare.

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

²² RU 2008 2049

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. 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 morbilità 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 permarrà 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 Possibilità di una gestione strategica dei Cantoni nel 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 ha considerato la richiesta di rafforzare le possibilità di gestione strategica dei Cantoni nel settore ambulatoriale nell'ambito della trattazione del disegno «LAMal. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni» (18.047 n), più precisamente nell'articolo 55a LAMal²³. Ha inoltre deciso che la presente revisione di legge potrà entrare in vigore soltanto unitamente a quella concernente l'autorizzazione di fornitori di prestazioni (cfr. disposizioni finali cifra IV cpv. 2).

²³ L'oggetto è stato trattato dal Consiglio nazionale il 12 dicembre 2018 ed è attualmente pendente dinanzi alla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati.

3.1.5 Periodo transitorio

Per il passaggio al finanziamento unitario occorre prevedere sufficiente tempo. Per prepararsi al cambiamento di sistema i Cantoni e gli assicuratori devono disporre di tre anni. La legge deve pertanto entrare in vigore soltanto tre anni dopo la sua accettazione definitiva (cfr. disposizioni transitorie cifra IV cpv. 3 e 4). I Cantoni devono in seguito disporre di altri tre anni per raggiungere il contributo minimo del 22,6 per cento (cfr. disposizioni transitorie cifra III).

3.1.6 Proposte di minoranza

Una minoranza (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi) 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. 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 (Nantermod, Ammann, de Courten, Hess Lorenz, Humbel, Pezzatti, Roduit, Sauter, 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 il 17 marzo 2017²⁴ ed entrato in vigore il 1° gennaio 2019 risulterebbe in parte vanificato. Il contributo forfettario ammonta almeno al 22,6 per cento (cfr. n. 3.1.2) dei costi mediamente occasionati per questi gruppi (adulti, minorenni, ecc.). La morbilità 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 (morbilità). 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 impor-

²⁴ FF 2017 2071; RU 2018 1843

to forfettario pro capite non corrisponde quindi, 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^{sexies} e all'articolo 60 capoverso 5 una minoranza (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich) propone che soltanto la Confederazione versi il suo contributo secondo l'articolo 60 capoverso 4 agli assicuratori attraverso l'istituzione comune. I Cantoni dovrebbero invece versare il loro contributo direttamente agli assicuratori. Questi ultimi potrebbero richiedere il contributo cantonale direttamente ai Cantoni sulla base dei costi comprovati e non dovrebbero passare pertanto dall'istituzione comune.

Riguardo all'articolo 18 capoverso 2^{octies} LAMal, una minoranza (Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Töngi) propone che l'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal controlli le fatture dei fornitori di prestazioni. Il controllo delle fatture è una delle preoccupazioni principali dei Cantoni.

In merito all'articolo 49a sono state presentate due proposte di minoranza sostenute dagli stessi membri della Commissione (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi). La minoranza I propone riguardo al capoverso 2 che l'AOMS remunerati, come finora, al massimo il 45 per cento dei costi relativi alle prestazioni degli ospedali e delle case per partorienti convenzionati. 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 77,4 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. La minoranza II propone di abrogare l'articolo 49a e in tal modo di non prevedere nella LAMal alcuna remunerazione dell'AOMS per gli ospedali e le case per partorienti convenzionati. Le loro prestazioni sarebbero in tal modo totalmente a carico di un'assicurazione complementare o dei pazienti stessi.

Per quanto riguarda l'articolo 60 capoversi 2^{bis}, 3 e 4, una minoranza (Humbel, Ammann, Hess Lorenz, Pfister Gerhard, Roduit, Weibel) propone che il contributo cantonale sia fissato quale quota dei costi netti che restano a carico degli assicuratori dopo la deduzione della franchigia e della partecipazione ai costi degli assicurati. Secondo tale minoranza, se il contributo cantonale fosse calcolato quale quota percentuale dei costi lordi, come proposto dalla maggioranza della Commissione, gli assicuratori sarebbero maggiormente incentivati a richiedere sistematicamente tutte le fatture agli assicurati, anche se il limite della franchigia non fosse ancora raggiunto, oppure a concordare con i fornitori di prestazioni il sistema del terzo pagante. In tal modo l'onere amministrativo per gli assicuratori aumenterebbe notevolmente. Inoltre, la minoranza si chiede se sia conforme alla Costituzione obbligare per legge i Cantoni a versare agli assicuratori un contributo per costi che essi non hanno dovuto in alcun modo sostenere, poiché le prestazioni in questione sono state assunte dagli assicurati stessi nell'ambito della loro franchigia²⁵.

Una minoranza (Gysi, Aeschi Thomas, Barrile, Carobbio Guscetti, de Courten, Feri Yvonne, Heim, Hess Erich, Schenker Silvia) propone di stralciare il mandato conferito al Consiglio federale nella cifra II. A suo avviso, è prematuro incaricare il Consiglio federale di sottoporre al Parlamento un progetto volto a integrare le cure di lunga durata in un sistema di finanziamento unitario, perché le informazioni su questo tema sono ancora lacunose.

Una minoranza (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Herzog, Hess Erich, Moret, Pezzatti, Stahl) non è d'accordo di vincolare l'entrata in vigore di questa revisione a quella concernente la revisione LAMal «Autorizzazione dei fornitori di prestazioni» (cfr. cifra IV cpv. 2). A suo avviso, un finanziamento unitario deve poter essere posto in vigore a prescindere dal nuovo ordinamento sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni.

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 finan-

²⁵ Cfr. anche il parere dell'Ufficio federale di giustizia e polizia del 15 gennaio 2018 pubblicato in www.parlamento.ch > Commissioni > Commissioni tematiche > Commissioni della sicurezza sociale e della sanità > Rapporti e oggetti posti in consultazione delle CSSS > Altri rapporti (soltanto in franc. e ted.)

ziamento, 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 federale²⁶.

Se i contributi cantonali 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.

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»²⁷, 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

²⁶ V. note a piè di pagina 6, 7 e 16

²⁷ Art. 65 cpv. 1 LAMal

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 premi²⁸. 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 finanziamento 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

²⁸ Modifica del 17 marzo 2017 della LAMal (FF 2017 2071)

(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 2015²⁹ in occasione di numerose audizioni³⁰ e nell'argomentario della CDS³¹:

- 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

²⁹ V. n. 2.4

³⁰ V. n. 1

³¹ V. nota a piè di pagina 5

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 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. La vigilanza dell'UFSP ha lo scopo di tutelare gli interessi degli assicurati. Un uso corretto delle risorse versate dal Cantone per coprire i costi è anche nell'interesse degli assicurati ed è per questo motivo che anche queste risorse sono rilevate dalla vigilanza. Gli assicuratori devono utilizzare i fondi dell'assicurazione sociale malattie, compresi i contributi cantonali, solo per i suoi scopi. Il rispetto di questa disposizione è una condizione di base per l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. La vigilanza garantisce il rispetto durevole da parte degli assicura-

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

tori delle condizioni per il rilascio dell'autorizzazione e, in caso di mancato rispetto, pretende il ripristino della situazione prevista dalla legge. In caso di mancato rispetto delle condizioni possono essere applicate sanzioni che possono andare fino al ritiro dell'autorizzazione. Pertanto non è necessario procedere a un completamento delle disposizioni di legge.

- 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).
- Gestione strategica del settore ambulatoriale: si veda il numero 3.1.4.

4 **Commento alle singole disposizioni**

Art. 16 cpv. 3^{bis}

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 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 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 assicuratori 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

Cpv. 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.

Cpv. 2^{octies}

Il nuovo capoverso 2^{octies} riprende senza cambiamenti il tenore del vigente capoverso 2^{sexies}. In questo modo i Cantoni, se lo desiderano, possono trasferire all'istituzione comune ulteriori compiti contro indennità. Tali compiti potrebbero comprendere ad esempio anche un controllo dei dati che gli assicuratori trasmettono ai Cantoni in virtù dell'articolo 60 capoverso 5.

Cpv. 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. 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}–2^{quater}, 3, 3^{bis} 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

³³ RU 2017 6717

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 disciplinate 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 cantonale, vale a dire d'ora in poi nella misura del 77,4 per cento del contributo che spetterebbe a un ospedale figurante nell'elenco (cpv. 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 77,4 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 22,6 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.

Cpv. 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.

Cpv. 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 in un primo momento (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.

Cpv. 3

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 22,6 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.).

Cpv. 4

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 3 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. 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.).

Cpv. 5

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 (trime-

strale, 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) 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.

II *Mandato al Consiglio federale*

Il Consiglio federale è incaricato di proporre una revisione di legge non appena saranno predisposte le necessarie basi, in particolare la necessaria trasparenza in materia di costi. La presente revisione di legge deve prevedere l'integrazione delle cure di lunga durata nel finanziamento unitario delle prestazioni. A causa della mancanza di dati affidabili, i costi delle cure di lunga durata saranno esclusi in un primo momento e continueranno a essere remunerati secondo le regole vigenti per il finanziamento delle cure. Prima di poter prendere una decisione sull'integrazione delle prestazioni di cura, occorre elaborare diverse basi. Si tratta in particolare di creare trasparenza nei costi, definire e consolidare le quote dei diversi attori del finanziamento delle cure, delimitare le prestazioni di cura rispetto alle prestazioni di assistenza, definire in modo unitario i livelli delle cure nel settore ambulatoriale e ospedaliero, armonizzare le regole di remunerazione per i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri, creare un organo nazionale che si occupi delle questioni relative alla struttura tariffaria nel finanziamento delle cure.

III *Disposizioni transitorie*

Dopo l'entrata in vigore della modifica, i Cantoni dispongono di un periodo transitorio di tre anni per raggiungere la quota di finanziamento fissata per il contributo cantonale. In tutti i Cantoni tale quota dev'essere perlomeno raggiunta al più tardi tre anni dopo l'entrata in vigore. Per evitare un aumento repentino degli oneri durante il periodo di transizione, i Cantoni in cui, tre anni prima dell'entrata in vigore, la quota dei costi delle prestazioni ospedaliere rispetto ai costi di tutte le prestazioni finanziate in modo unitario risulta al di sotto della media, possono prevedere nel periodo transitorio una quota di finanziamento più bassa, ma non al di sotto della quota minima del 18,1 per cento, la quale va aumentata annualmente. Viceversa, per evitare che i premi aumentino repentinamente, i Cantoni in cui la quota dei costi delle prestazioni ospedaliere rispetto ai costi di tutte le prestazioni finanziate in modo unitario risulta al di sopra della media possono ridurre la loro quota di finanziamento al massimo di 1,5 punti percentuali all'anno.

IV

La modifica può entrare in vigore soltanto unitamente alla modifica del ... della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Autorizzazione di fornitori di prestazioni). Inoltre per preparare il cambiamento del regime di finanziamento è previsto, prima dell'entrata in vigore, un periodo transitorio di tre anni a decorrere dall'accettazione del Parlamento o del Popolo. Qualora la modifica di legge concernente l'autorizzazione di fornitori di prestazioni non potesse entrare in vigore entro questo periodo, la presente modifica entrerebbe in vigore contemporaneamente alla modifica concernente l'autorizzazione per l'inizio dell'anno successivo. Durante il periodo di tre anni prima dell'entrata in vigore, tutte le parti coinvolte possono iniziare i preparativi necessari. Allo scadere dei tre anni è previsto un altro periodo transitorio di ulteriori tre anni durante il quale la quota di finanziamento potrà essere progressivamente adeguata (cfr. cifra III).

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 tradurrà in una diminuzione dei premi per i minorenni e i giovani adulti. Invece, i premi degli adulti aumenteranno leggermente (cfr. n. 3.2.3).

Il progetto prevede che gli assicuratori siano i soli a pagare direttamente le prestazioni. Esigeranno 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. I contributi cantonali potrebbero per contro aumentare leggermente, perché le prestazioni lorde per le quali gli assicuratori dispongono di una fattura potrebbero risultare leggermente superiori rispetto all'attuale somma di prestazioni lorde e contributo cantonale. Ciò potrebbe verificarsi se gli assicuratori riuscissero a indurre gli assicurati a inviare tutte le fatture concernenti il settore ambulatoriale o comunque il maggior numero possibile di fatture oppure a concordare con i fornitori di prestazioni il sistema del terzo pagante allo scopo di aumentare il contributo cantonale (cfr. n. 3.1.2). Di conseguenza, le fatture direttamente pagate dagli assicurati ai fornitori di prestazioni, che attualmente non sono inviate agli assicuratori e che sfuggono alle statistiche, sarebbero inviate agli assicuratori provocando un aumento del contributo cantonale e una conseguente diminuzione dei premi. La diminuzione dei premi corrisponde all'aumento combinato della partecipazione ai costi e del contributo cantonale. 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 ospedaliere 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 lorde degli assicuratori. Visto che gli assicuratori sono incentivati a richiedere tutte le fatture, anche quando la franchigia non è raggiunta, oppure a concordare con i fornitori di prestazioni il sistema del terzo pagante (cfr. n. 3.1.2), i pagamenti versati direttamente dagli assicurati, che oggi sfuggono alle statistiche, saranno rilevati e daranno diritto a un contributo cantonale. Ne consegue che i contributi cantonali aumenteranno 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.

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 devo-

no 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 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 77,4 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 conse-

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

guenza. 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 5 prevede ora che il Consiglio federale disciplini i dettagli per il calcolo e il pagamento del contributo cantonale e di quello federale.

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.).

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.

