

**Provvedimenti volti a contenere i costi nell'ambito
della legge sull'assicurazione contro le malattie**

**Provvedimenti e margini di manovra degli organi
responsabili della Confederazione**

**Sintesi dell'Organo parlamentare di controllo dell'amministrazione
all'attenzione della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati**

del 30 novembre 2001

Rapporto

1 Oggetto e portata dell'esame

Nel 2000 la Commissione della gestione del Consiglio degli Stati (CdG-S) ha incaricato l'Organo parlamentare di controllo dell'amministrazione (OPCA) di procedere a una valutazione nell'ambito della legge del 18 marzo 1994 sull'assicurazione contro le malattie (LAMal). La LAMal, entrata in vigore all'inizio del 1996, persegue i seguenti tre obiettivi principali:

- garantire cure mediche di alta qualità finanziariamente sopportabili per tutti,
- rafforzare la solidarietà tra gli assicurati con rischi diversi per quanto concerne la malattia e con redditi diversi, e
- consentire di contenere l'aumento dei costi nel settore sanitario.

Secondo l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), diversi studi effettuati su suo mandato¹ mostrano che cinque anni dopo l'entrata in vigore della LAMal i due primi obiettivi hanno potuto essere realizzati nei loro punti essenziali². Rispetto agli altri Paesi, il sistema svizzero si distingue per il livello elevato delle sue prestazioni, per il fatto che tutti gli strati della popolazione vi hanno facile accesso e per la grande libertà di scelta che l'assicurazione di base offre agli assicurati³.

Il terzo obiettivo, il contenimento dei costi della salute, non è invece stato realizzato fino ad oggi. Dall'introduzione della LAMal l'aumento dei costi della salute ha superato ogni anno l'evoluzione generale dei prezzi e dei salari. In altre parole, la LAMal non ha avuto effetti tangibili sull'evoluzione dei costi nel settore sanitario. Mentre le autorità sottolineano regolarmente che il fatto che i provvedimenti tardino a mostrare i loro effetti non consente ancora di trarre conclusioni definitive in merito all'insuccesso della LAMal, sono sempre più numerose le voci che mettono in dubbio l'efficacia della LAMal per quanto concerne il contenimento dei costi. Uno sguardo oltre i nostri confini mostra che nel nostro Paese i costi della salute sono elevati nel confronto internazionale; la Svizzera si situa al secondo posto dopo gli Stati Uniti. Per la letteratura il livello elevato dei costi della salute è imputabile non soltanto all'elevato livello dell'offerta e della domanda bensì anche a incentivi economici sbagliati e alle strutture federaliste del sistema sanitario svizzero⁴.

È nell'ambito di questa problematica presentata brevemente – costi della salute elevati e in continuo aumento – che l'OPCA ha proceduto alla valutazione dei provvedimenti volti a contenere i costi nella LAMal e del margine di manovra degli organi responsabili della Confederazione. Infatti, anche se il messaggio del Consiglio federale relativo alla LAMal indica che il contenimento dei costi è in primo luogo un

¹ L'art. 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) incarica l'UFAS, in collaborazione con gli assicuratori, i fornitori di prestazioni, i Cantoni e rappresentanti del campo scientifico, di procedere a studi scientifici sull'esecuzione e gli effetti della legge. Nell'ambito dell'analisi degli effetti della LAMal sono stati realizzati 23 progetti individuali. Una sintesi di questi progetti è prevista per la fine del 2001.

² Gärtner, Ludwig, 2001: La loi sur l'assurance-maladie et l'évolution des coûts de la santé. In: *La Vie économique* 9–2001, 19–23.

³ Loc. cit., 23.

⁴ Cfr. n. 3.4 della presente sintesi.

dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. I provvedimenti volti a ridurre la domanda rappresentano invece soltanto il 14 per cento circa⁵.

Nella letteratura il sistema sanitario è spesso descritto come un mercato nel quale la domanda è in buona parte determinata dall'offerta di prestazioni. Secondo l'analisi effettuata dall'OPCA, la LAMal sembra tener conto di questa situazione poiché circa la metà dei provvedimenti di contenimento dei costi da essa previsti si prefigge la riduzione dell'offerta. Occorre tuttavia tener conto del fatto che l'analisi programmatica descrive il modo in cui un programma politico dovrebbe funzionare dal punto di vista del legislatore. Una riflessione critica in merito alle categorie del meccanismo d'azione contenute nel messaggio del Consiglio federale rivela invece che esse non sono molto severe, o che sono addirittura fallaci. Pertanto, la maggior parte dei provvedimenti descritti dal messaggio come provvedimenti destinati a ridurre l'offerta sono tutt'al più provvedimenti che agiscono indirettamente sull'offerta.

Destinatari: I provvedimenti sono destinati nella maggior parte dei casi – e con distacco – ai fornitori di prestazioni (65%). I fornitori di cure ospedaliere e i fornitori di cure mediche ambulatorie si equivalgono grosso modo. Questa ripartizione corrisponde all'immagine risultante dalle recenti statistiche che mostrano che il settore delle cure ospedaliere e quello delle cure ambulatorie tendono ad equilibrarsi dal profilo dei costi prodotti. Il ruolo degli altri destinatari quali gli assicurati (14 %) e i partner tariffali (13 %) è nettamente meno importante⁶.

Strumenti: I provvedimenti coercitivi, volti a determinare il comportamento dei destinatari per mezzo di obblighi legali, rappresentano il gruppo più grande di provvedimenti (45 %). Questo gruppo è seguito dai provvedimenti volti a influenzare il comportamento degli attori per mezzo di incentivi finanziari (41 %). Questo risultato sottolinea la caratteristica del sistema sanitario svizzero, un sistema misto composto da elementi ispirati a un'economia dirigista e da elementi ispirati a un'economia liberale. Al contrario, colpisce il fatto che la percentuale degli strumenti di persuasione volti a influenzare il comportamento dei destinatari per mezzo di informazioni sia particolarmente poco importante (5 %)⁷.

Organi responsabili: L'analisi programmatica dell'OPCA ha mostrato che numerosi provvedimenti di contenimento dei costi sono attuati da più organi responsabili. Questa constatazione consente di concludere che i compiti sono molto frammentati e che le strutture di attuazione sono complesse. Il Consiglio federale e l'amministrazione federale sono i più citati in quanto organi principali di attuazione dei provvedimenti (in circa il 41 % dei casi). I partner tariffali (15 %), i Cantoni (13 %), gli assicuratori (12 %) e i fornitori di prestazioni (10 %) svolgono un ruolo nettamente meno importante⁸.

Questo risultato è piuttosto sorprendente poiché secondo l'idea programmatica della LAMal come è concepita dal Consiglio federale, il contenimento dei costi incombe innanzitutto ai diversi partner del sistema sanitario e gli interventi dello Stato devo-

⁵ Il rimanente 7 per cento raggruppa provvedimenti che non hanno potuto essere attribuiti a nessuna delle tre categorie previste.

⁶ Gli assicuratori, il Consiglio federale e i Cantoni rappresentano complessivamente l'8 per cento dei destinatari.

⁷ Il rimanente 9 per cento non può essere classificato.

⁸ Gli altri organi responsabili (9%) sono le commissioni consultive, le associazioni professionali, gli assicurati nonché la Fondazione 19 che lavora al servizio della prevenzione.

no essere limitati alle situazioni d'urgenza. La predominanza quantitativa degli organi responsabili della Confederazione deve tuttavia essere relativizzata nella misura in cui il numero delle volte in cui un organo è menzionato nella legge non fornisce molte indicazioni sulla sua influenza reale. Il numero 3.3 della presente sintesi contiene pertanto una valutazione critica del margine di manovra della Confederazione per quanto concerne i provvedimenti identificati come importanti.

3.2 Importanza dei provvedimenti di contenimento dei costi nella LAMal

3.2.1 Problematica e indicazioni in merito all'approccio metodico

Qual è l'importanza dei provvedimenti descritti dal profilo del contenimento dei costi? Per poter rispondere a questa domanda, l'OPCA ha effettuato un *sondaggio scritto presso alcuni periti*. I 24 partecipanti sono stati selezionati in maniera aleatoria tra 83 esperti della LAMal. È stato chiesto loro di valutare il potenziale di contenimento dei costi di detti provvedimenti servendosi di una scala di valutazione da «grande» a «piccolo». Per poter rappresentare lo stato attuale della situazione, la valutazione dei provvedimenti in vigore è stata estesa a cinque provvedimenti supplementari che, al momento del sondaggio, si trovavano nella fase decisionale in Parlamento.

3.2.2 Riassunto e valutazione dei risultati del sondaggio presso i periti

L'OPCA ha identificato *21 provvedimenti di contenimento dei costi importanti*, ossia provvedimenti il cui potenziale è stato giudicato da «medio» a «grande» dai periti interrogati.

Il sondaggio ha in tal modo permesso di mettere in evidenza un numero relativamente elevato di provvedimenti di contenimento dei costi. Le offerte di assicurazioni alternative con scelta ristretta dei fornitori di prestazioni (HMO) guidano nettamente questa classifica. Esse sono seguite dalla revisione del finanziamento degli ospedali trattata attualmente in Parlamento. La pianificazione ospedaliera e le tre condizioni di assunzione dei costi (prestazioni efficaci, appropriate e economiche) occupano il terzo posto ex aequo. La classifica dei 21 provvedimenti principali è allegata alla presente sintesi.

Soltanto uno dei provvedimenti che all'epoca del sondaggio si trovava in fase decisionale in Parlamento (finanziamento degli ospedali) rientra in questa classifica. La *soppressione dell'obbligo della contrattazione* nel settore ambulatorio, che nella discussione pubblica viene ritenuta regolarmente importante, è considerata poco importante. Quest'opinione negativa dei periti rispetto ad altri provvedimenti si spiega con il fatto che il Consiglio federale prevede di applicare questo provvedimento soltanto ai medici di età superiore ai 65 anni⁹.

⁹ In modifica del disegno del Consiglio federale, il 29 novembre 2001 il Consiglio degli Stati ha deciso, come primo Consiglio e a larga maggioranza (37 voti contro 3), la soppressione dell'obbligo di contrattazione nel settore ambulatorio.

L'articolazione concettuale di questi 21 provvedimenti ritenuti importanti è paragonabile a quella dei 44 provvedimenti di contenimento dei costi presentata nel numero 3.1.2. Il risultato differisce tutt'al più dal profilo del mezzo d'azione. Rispetto a tutti i provvedimenti in vigore, la percentuale degli incentivi finanziari è maggiore per i provvedimenti ritenuti importanti (52 % contro 41 %). Questo significa che i periti consultati tendono ad accordare maggiore importanza agli *incentivi finanziari* per quanto concerne l'obiettivo del contenimento dei costi.

3.3 Margine di manovra della Confederazione per i provvedimenti identificati come importanti

3.3.1 Problematica e indicazioni in merito all'approccio metodico

Qual è il margine di manovra degli organi responsabili della Confederazione per quanto concerne i 21 provvedimenti di contenimento dei costi identificati come importanti? Per rispondere a questa domanda, il margine di manovra della Confederazione è stato rilevato e valutato per ogni provvedimento sulla scorta di un'analisi della LAMal e dei messaggi relativi alle due revisioni parziali della stessa. Partendo dal presupposto che le frequenti menzioni degli organi responsabili della Confederazione (cfr. n. 3.1.2) non permettevano di concludere a priori che questi fossero effettivamente in grado di influire sui costi, si è reso necessario valutare l'ampiezza del loro margine di manovra. A questo proposito sono state considerate l'esistenza di una possibilità di influenza diretta sull'ampliamento dell'offerta, la natura della relativa competenza (p. es. competenza in materia di decisione o di giurisprudenza) o la possibilità di infliggere sanzioni.

3.3.2 Riassunto e valutazione dei risultati dell'analisi del margine di manovra della Confederazione

La Confederazione è l'organo responsabile *principale* dell'attuazione di 9 dei 21 provvedimenti considerati importanti; essa ha inoltre, insieme ad altri responsabili, determinate competenze per 9 altri provvedimenti per i quali non assume la responsabilità principale, mentre non ha nessuna competenza per 3 provvedimenti.

La Confederazione in quanto organo principale (9 casi)

Ad eccezione di quattro provvedimenti nell'ambito della *determinazione del catalogo delle prestazioni obbligatorie* che permettono al Consiglio federale di influire direttamente sull'ampliamento dell'offerta, quest'ultimo dispone di determinate possibilità (straordinarie) di limitare direttamente la quantità offerta soltanto nel *settore delle cure ambulatorie* (limitazione dell'ammissione alla pratica nel settore delle cure ambulatorie, in vigore dal 1° gennaio 2001). Al contrario, per quanto concerne le cure ospedaliere, la Confederazione non è l'organo principale per nessun provvedimento. Questa situazione corrisponde all'attuale ripartizione delle competenze in base alla quale la competenza in ambito sanitario spetta ai Cantoni.

Per quanto concerne le questioni tariffali, la Confederazione dispone senza dubbio di un certo margine di manovra (influenza sulla struttura tariffaria per mezzo della

fissazione di principi, intervento dell'Incaricato della sorveglianza dei prezzi prima dell'approvazione di convenzioni tariffali), ma si tratta solamente di competenze regolatrici moderate (il Consiglio federale non dispone di nessun potere di sanzione)¹⁰.

La Confederazione con determinate competenze (9 casi)

Per i due terzi di questi provvedimenti, il margine di manovra della Confederazione si limita alla funzione del Consiglio federale in quanto istanza legislativa e giurisprudenziale. Per gli altri tre provvedimenti il Consiglio federale funge da istanza d'approvazione e dispone di competenze decisionali sussidiarie o di determinate competenze nell'ambito di un'istituzione alla quale la Confederazione partecipa.

Gli organi responsabili della Confederazione non dispongono di *alcuna possibilità di intervenire direttamente in prima istanza* per influire sull'ampliamento dell'offerta. Il Consiglio federale riesce al massimo a esercitare un'influenza diretta per mezzo della giurisprudenza (pianificazione ospedaliera).

3.4 Digressione: confronto internazionale

Nell'ambito dei suoi lavori relativi ai risultati dell'analisi programmatica effettuata dall'OPCA, la competente sottocommissione della CdG-S ha auspicato di poter disporre di un sunto sulla posizione della Svizzera nel *confronto internazionale* per quanto concerne il contenimento dei costi della salute. La valutazione degli studi comparativi effettuati in questo ambito (cfr. a questo proposito l'allegato 6 della raccolta di dati 1) offre l'immagine seguente:

Nel confronto internazionale delle spese sanitarie pro capite, la Svizzera si trova in testa, al secondo posto dopo gli Stati Uniti. Un confronto nel tempo mostra inoltre che da qualche anno anche altri Paesi dell'OCSE – indipendentemente dall'organizzazione del loro sistema sanitario – sono confrontati al problema dell'aumento dei costi della salute, problema al quale tentano di ovviare con provvedimenti diversi. Contrariamente a altri Paesi – quali il Canada, la Danimarca o i Paesi Bassi – che sono riusciti a ridurre la quota delle spese sanitarie nel loro PIL durante il periodo esaminato (1993-1997), le statistiche internazionali mostrano che, come la Germania, la Svizzera non è riuscita a ridurre né a stabilizzare questi costi durante gli anni 90. Il confronto mostra che diversi Paesi hanno ridotto le loro spese sanitarie riducendo le capacità, segnatamente nel settore ospedaliero. Il trasferimento dei costi attraverso un aumento della partecipazione privata è un altro mezzo parimenti diffuso che ha consentito di influire sui costi sanitari assunti dai poteri pubblici. In occasione di un sondaggio effettuato dall'OCSE, la Svizzera non ha indicato provvedimenti di questo tipo. Questa constatazione non è tuttavia sorprendente se si pensa

¹⁰ Occorre tuttavia tener conto del fatto che queste affermazioni si riferiscono ai provvedimenti ritenuti importanti. Per quanto concerne la tariffa, il Consiglio federale dispone di un potere di sanzione conferitogli dal suo statuto di autorità di approvazione della tariffa e dalla sua funzione giurisprudenziale. Occorre rilevare inoltre che, in base al nostro sondaggio, lo statuto di autorità di approvazione della tariffa è classificato nell'ultimo terzo dei provvedimenti. Per quanto concerne la funzione giurisprudenziale, occorre rilevare che la LAMal non la situa tra i provvedimenti di contenimento dei costi, ragione per cui il nostro sondaggio non ne ha valutato il potenziale.

che, rispetto alla media internazionale, la percentuale privata dei costi sanitari è già molto elevata in Svizzera (costi assunti dai pazienti, assicurazioni complementari).

4 Pianificazione ospedaliera e TARMED: indicazioni sulla procedura di selezione

Come già citato nel numero 2, la sottocommissione DFI/DATEC della CdG-S ha deciso di esaminare in dettaglio, basandosi sui risultati della prima tappa dell'esame, l'utilizzazione, da parte degli organi responsabili della Confederazione, del loro margine di manovra, e questo per due settori scelti. Ai fini della trasparenza, la procedura di selezione di questi due settori è presentata brevemente qui di seguito.

La CdG-S ha tenuto conto di cinque criteri per effettuare una *selezione motivata*:

- Importanza del provvedimento: i provvedimenti scelti dovevano fare parte dei provvedimenti di contenimento dei costi importanti secondo i periti (cfr. la «classifica» allegata alla presente sintesi).
- Momento dell'analisi: a causa della domanda principale della valutazione – il margine di manovra degli organi responsabili della Confederazione e l'uso che essi ne fanno – potevano entrare in linea di conto soltanto i provvedimenti previsti dalla LAMal in vigore (ossia ad esclusione di qualsiasi provvedimento in fase di pianificazione).
- Estensione delle competenze degli organi responsabili della Confederazione: era indispensabile che la Confederazione disponesse di competenze di una certa importanza per i provvedimenti scelti.
- Stato delle conoscenze relative al provvedimento: si trattava di valutare provvedimenti nei settori che non erano ancora stati oggetto di studi dettagliati (cfr. raccolta di dati 1, allegato 5, che contiene una panoramica degli studi già pubblicati o in corso, documento esistente soltanto in tedesco).
- Raccomandazioni di periti (formulate in occasione del sondaggio).

Sulla scorta di questi criteri, l'OPCA ha proposto alla competente sottocommissione della CdG-S cinque provvedimenti che potevano essere oggetto di un esame approfondito: la pianificazione ospedaliera (art. 39 cpv. 1 lett. d ed e e art. 53 LAMal), la possibilità di influire sulla struttura delle tariffe e l'approvazione delle convenzioni tariffarie da parte del Consiglio federale (segnatamente gli art. 43 cpv. 7 e 46 cpv. 4 LAMal), la promozione della salute (art. 19 e 20 LAMal), il controllo dei costi, ossia il calcolo dei costi e la classificazione delle prestazioni in base ad un metodo uniforme nonché il confronto dei costi di gestione tra i diversi istituti (art. 49 cpv. 6 e 7 e art. 50 LAMal), nonché i controlli destinati a garantire la qualità delle prestazioni (art. 58 LAMal).

Di questi cinque provvedimenti proposti, la sottocommissione DFI/DATEC ha infine scelto «la giurisprudenza del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera» (n. 5) e «l'intervento della Confederazione sulla tariffa medica TARMED» (n. 6).

Il presente capitolo si occupa di un'analisi approfondita della maniera in cui gli organi responsabili della Confederazione utilizzano il loro margine di manovra e degli effetti che questo ha nell'ambito della giurisprudenza del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera. La raccolta di dati 2 (*Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung*, documento non tradotto) contiene una presentazione dettagliata di questa analisi.

5.1 Oggetto dell'esame

Conformemente all'articolo 39 capoverso 1 LAMal i Cantoni sono tenuti a pianificare l'offerta di ospedali e di case di cura. Questi ultimi devono adempiere un certo numero di condizioni per poter essere autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione sociale contro le malattie. Accanto a tre criteri relativi alla competenza – garantire una sufficiente assistenza medica, nonché disporre del necessario personale specializzato e di appropriate installazioni mediche – essi sono tenuti parimenti a adempiere due *condizioni nel settore della pianificazione*. Essi devono infatti:

- corrispondere alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati, e
- figurare nell'elenco compilato dal Cantone nel quale sono indicate le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.

Conformemente al messaggio del Consiglio federale del 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie questi criteri di pianificazione si prefiggono di garantire il coordinamento dei fornitori di prestazioni, lo sfruttamento ottimale delle risorse e il contenimento dei costi.

La LAMal lascia ai Cantoni un *grande margine di manovra* in materia di pianificazione ospedaliera. Dal 1998 questa libertà ha portato a pratiche in materia di ammissione molto diverse da un Cantone all'altro. Siccome queste differenze di interpretazione della LAMal possono essere percepite come una disparità di trattamento, l'articolo 53 LAMal prevede che contro gli elenchi cantonali degli ospedali può essere interposto ricorso dinanzi al Consiglio federale. Esso può decidere in ultima istanza e, conformemente alla legge, deve decidere in merito al ricorso entro quattro mesi.

Dall'entrata in vigore della LAMal fino al luglio del 2001 il Consiglio federale ha reso *140 decisioni relative a ricorsi* in materia di elenchi cantonali degli ospedali, fornendo in tal modo un'interpretazione dei criteri d'ammissione (molto generali) conforme alla LAMal. La decisione del Consiglio federale può confermare, respingere o accettare con riserva gli elenchi cantonali oggetto di un ricorso. Questo significa che le decisioni sui ricorsi sanzionano gli elenchi degli ospedali e influiscono direttamente sulle strutture ospedaliere dei Cantoni interessati. Queste decisioni costituiscono inoltre un'interpretazione giuridica delle disposizioni della LAMal e consentono di concretare i criteri di ammissione degli elenchi cantonali degli ospedali.

A causa delle strutture complesse dei supporti istituzionali degli ospedali e delle modalità di finanziamento, e visti i diversi modelli di assicurazione (assicurazione obbligatoria di base, assicurazioni complementari private) e i flussi intercantionali di pazienti, la necessità di procedere a una pianificazione ospedaliera e di fissare le prestazioni assunte obbligatoriamente dagli assicuratori malattie comporta diversi *problemi di delimitazione*. La giurisprudenza del Consiglio federale fornisce risposte concrete a questi problemi di delimitazione e consente di influenzare importanti fattori dei costi delle strutture ospedaliere nonché la ripartizione dei costi tra poteri pubblici e assicuratori malattie.

La questione dello statuto dei *reparti semiprivati e privati* negli elenchi degli ospedali riveste in questo ambito un'importanza centrale. Contrariamente a quanto succede per le cure di base che sono assunte dai Cantoni e dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie, questi reparti sono finanziati dalle assicurazioni complementari private. Secondo il Consiglio federale il contenimento dei costi in questo settore dev'essere garantito dalla concorrenza tra i diversi offerenti che regna su un mercato libero, mentre per quanto concerne l'assicurazione di base il contenimento dei costi dev'essere realizzato per mezzo di strumenti di pianificazione interventzionistici. L'intersezione tra assicurazione di base e assicurazioni complementari per i pazienti nel reparto semiprivato o privato costituisce un'importante *lacuna giuridica* poiché i pazienti che beneficiano di una copertura complementare privata hanno diritto ai cosiddetti contributi di base. Questi contributi corrispondono alla parte dei costi necessari per un soggiorno nel reparto comune.

La questione dello statuto dei reparti semiprivato e privato per quanto concerne l'elenco degli ospedali ha pertanto un'importanza centrale dal profilo dei costi. Non si tratta infatti semplicemente di una questione di ripartizione dei costi tra poteri pubblici e assicurazione malattie bensì anche del margine di manovra dei Cantoni per quanto concerne i loro sforzi volti a contenere i costi per mezzo della pianificazione ospedaliera.

Visti i problemi cui si è accennato qui sopra, la presente valutazione si prefigge di determinare l'influenza che la giurisprudenza del Consiglio federale ha avuto sulla pianificazione ospedaliera cantonale o intercantonale giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettere d ed e LAMal. Ai fini dell'esame sono state poste le seguenti domande:

- Quali sono le decisioni più importanti sui ricorsi in materia di pianificazione ospedaliera e elenchi degli ospedali?
- Quali decisioni ha preso il Consiglio federale in merito ai casi succitati?
- Quali sono stati gli effetti di queste decisioni sul seguito della pianificazione ospedaliera?
- Quali sono state le ripercussioni di queste decisioni dal profilo dell'obiettivo del contenimento dei costi?

5.3

Indicazioni sull'approccio metodico

Per rispondere alle domande di cui sopra, il Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, ha optato per un approccio in due fasi complementari.

- In una *prima fase* le 140 decisioni del Consiglio federale (prese fino al luglio del 2001) in merito agli elenchi cantonali degli ospedali sono state analizzate e valutate in funzione di caratteristiche omogenee. L'analisi quantitativa della frequenza di queste caratteristiche offre una *panoramica* dei ricorsi interposti e della prassi del Consiglio federale in materia. Sono stati analizzati inoltre i possibili nessi tra le diverse caratteristiche: l'esame ha ad esempio stabilito il rapporto tra oggetto del ricorso e percentuale di riuscita o tra categoria di autori dei ricorsi e percentuale di successo.

I risultati di quest'analisi globale sono riassunti nel numero 5.4.1 della presente sintesi. Essi mettono in evidenza gli *effetti diretti* delle decisioni del Consiglio federale e consentono di effettuare una valutazione globale della sua giurisprudenza dal profilo dell'obiettivo del contenimento dei costi.

- In una *seconda fase* i mandatari hanno esaminato gli *effetti diretti e indiretti delle principali decisioni relative ai ricorsi*. Un'analisi documentale e audizioni di periti (amministrazione federale, Conferenza dei direttori cantonali della sanità) hanno innanzitutto permesso di identificare le decisioni principali dal profilo dell'obiettivo del contenimento dei costi. In seguito sono state scelte quattro decisioni per effettuare uno studio più approfondito. Al di là del fatto che si tratta di decisioni di principio, i criteri di scelta si sono basati sull'importanza dal profilo dei costi nonché su alcune particolarità strutturali dei Cantoni interessati. Queste quattro decisioni sono state esaminate sotto forma di studi di casi comparativi dal profilo dei loro effetti nei Cantoni interessati. A tal fine i mandatari hanno adottato un triplo approccio metodico. In primo luogo hanno intervistato gli attori coinvolti: rappresentanti delle direzioni cantonali della sanità, delle associazioni degli assicuratori e dei sindacati ospedalieri. Hanno poi valutato documenti pertinenti e infine analizzato dati secondari relativi ai costi sanitari nei Cantoni.

La seconda fase dell'analisi tratta l'aspetto degli *effetti diretti e indiretti* delle principali decisioni relative ai ricorsi in materia di pianificazione ospedaliera. I risultati sono riportati nel numero 5.4.2.

5.4

Risultati

5.4.1

Analisi globale della giurisprudenza del Consiglio federale

Le 140 decisioni prese in seguito ai ricorsi interposti contro gli elenchi cantonali o intercantonali degli ospedali sono state valutate in funzione di *diverse caratteristiche*. Esse sono state in particolare analizzate in base all'origine degli autori dei ricorsi (associazione degli assicuratori malattie, ospedali del Cantone o extracantonali con supporto istituzionale pubblico o privato, ecc.) e al loro contenuto. Sono state inoltre analizzate le rivendicazioni principali dei ricorsi e le corrispondenti argomentazioni. Si trattava di un ricorso che chiedeva il rifiuto, l'ampliamento o la ridu-

zione del relativo elenco degli ospedali? I motivi addotti concernono una presunta violazione della disposizione che prevede che gli offerenti privati devono essere presi in considerazione in maniera adeguata o la rimessa in causa della legittimità della valutazione dei bisogni? Infine è stato analizzato il destino dei ricorsi: Quali sono state le decisioni del Consiglio federale, quali sono stati i suoi considerandi e quali gli effetti immediati di queste decisioni?

Qui di seguito presentiamo una selezione delle osservazioni più interessanti fra quelle fatte fino ad oggi dal Consiglio federale nell'ambito dell'analisi globale della giurisprudenza.

5.4.1.1 Dati relativi alla frequenza

Categorie di ricorrenti: In circa i due terzi dei casi i ricorrenti sono ospedali privati extracantionali (compresi gli ospedali che beneficiano di sussidi pubblici). Anche se nettamente distanziati, gli ospedali privati del Cantone interessato e le associazioni degli assicuratori malattie si piazzano al secondo e al terzo posto di questa classifica.

Rivendicazioni principali: L'80 per cento dei ricorsi suddivisi secondo la classifica qui sopra avevano come oggetto principale l'ammissione di un ospedale a fornire cure a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Motivi invocati nei ricorsi: La disposizione utilizzata più spesso (circa un terzo dei ricorsi) è stato l'articolo 39 capoverso 1 lettera d che recita che gli organi privati devono essere presi in considerazione in maniera adeguata nella pianificazione ospedaliera.

Decisioni del Consiglio federale: La valutazione delle decisioni relative alle rivendicazioni principali dei ricorsi mostra che la maggioranza dei ricorsi interposti contro gli elenchi cantonali degli ospedali sono stati accolti. Nel 60 per cento dei casi, infatti, il Consiglio federale ha deciso a scapito dei Governi cantonali¹¹.

Secondo la valutazione globale, gli *effetti diretti* delle decisioni sui ricorsi sono i seguenti: nella maggior parte dei casi le decisioni del Consiglio federale hanno portato al rifiuto degli elenchi cantonali e ne hanno chiesto la revisione. Nel 12 per cento dei casi esse hanno determinato un aumento della capacità, segnatamente portando all'ammissione di un ospedale nell'elenco cantonale. Una riduzione dell'offerta di cure rispetto alla situazione prevista dall'elenco cantonale si è avuta soltanto nel 3 per cento dei casi.

5.4.1.2 Nessi tra le diverse caratteristiche

Vi sono determinati nessi sistematici tra le caratteristiche analizzate? Alcuni ricorrenti hanno ad esempio meno successo che altri? Oltre che a queste domande, l'esame dei nessi tra le caratteristiche analizzate consente di rispondere anche a altre domande simili.

¹¹ Visto che per ogni ricorso è stato analizzato un solo oggetto, ossia quello principale, la categoria «parzialmente accolti» non è stata presa in considerazione dalla presente valutazione.

Categorie di ricorrenti e oggetti dei ricorsi: Nella maggior parte dei loro ricorsi, le associazioni cantonali degli assicuratori malattie hanno rimesso in causa l'intero elenco degli ospedali dei Cantoni interessati. La grande maggioranza dei ricorsi interposti dagli ospedali (ospedali pubblici e privati, del Cantone interessato o extracantonali) rivendicavano invece l'ammissione di determinati ospedali nei relativi elenchi cantonali.

Categorie di ricorrenti e rivendicazioni principali: Nell'ampia maggioranza dei casi le associazioni degli assicuratori hanno chiesto di togliere determinati ospedali dai relativi elenchi cantonali, mentre le cliniche che hanno interposto ricorso contro gli elenchi cantonali hanno a stragrande maggioranza chiesto di ammettere i loro reparti comuni nel relativo elenco cantonale.

Categorie di ricorrenti e decisioni del Consiglio federale: Gli ospedali privati extracantonali rientrano tra i ricorrenti che hanno avuto più successo. Circa i due terzi dei loro ricorsi sono stati accolti dal Consiglio federale. La maggioranza dei ricorsi degli ospedali privati del Cantone interessato dal ricorso e delle associazioni di assicuratori sono anch'essi stati accolti. Sono stati invece respinti i ricorsi interposti dagli ospedali pubblici dei Cantoni interessati.

Oggetti dei ricorsi e decisioni del Consiglio federale: Circa l'80 per cento dei ricorsi accolti concernono singoli ospedali, dei quali quasi il 90 per cento sono ospedali privati.

Argomenti principali e decisioni del Consiglio federale: Il fatto che alcuni argomenti dei ricorrenti relativi alle loro rivendicazioni principali abbiano avuto più successo che altri è un altro risultato interessante dell'analisi globale. Oltre l'85 per cento dei ricorsi la cui argomentazione poggiava su una carente presa in considerazione degli organi privati è stato accolto dal Consiglio federale.

5.4.1.3 Valutazione globale

Globalmente, i risultati dell'analisi permettono di valutare nel modo seguente la giurisprudenza del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera:

- Finora la giurisprudenza del Consiglio federale *ha tendenzialmente protetto più gli interessi dei ricorrenti che non quelli dei Governi cantonali*. Ha infatti accolto il 60 per cento dei 140 ricorsi. Nel 34 per cento dei casi ha confermato gli elenchi cantonali. Non è entrato in materia nel 6 per cento dei casi rimanenti. Dei ricorsi delle associazioni degli assicuratori è stata accolta una piccola maggioranza, mentre dei ricorsi delle cliniche private, sia del Cantone interessato, sia extracantonali, è stata accolta la stragrande maggioranza.
- L'argomento secondo il quale *gli organi privati non sono sufficientemente presi in considerazione ha avuto particolare successo*. Rispetto ad altri argomenti, il Consiglio federale ha insistito in modo particolare sul rispetto della disposizione relativa alla giusta presa in considerazione degli organi privati. Anche se in modo meno manifesto, il Consiglio federale ha insistito anche sulla legittimità della valutazione dei bisogni. Questo argomento è tuttavia stato invocato sia in favore sia in sfavore dell'ammissione di ospedali nei corrispondenti elenchi cantonali.

- La valutazione globale mostra che, in maniera generale, le decisioni del Consiglio federale *hanno determinato piuttosto un'estensione delle capacità previste dagli elenchi cantonali* che non la chiusura di ospedali supplementari. Un terzo delle decisioni ha determinato la cancellazione di ospedali da elenchi; a queste si contrappone il 45 per cento delle decisioni che hanno determinato il rinvio degli elenchi contestati per revisione e condotto, in virtù del diritto transitorio, all'ammissione provvisoria degli ospedali interessati.

Infine occorre ricordare che la giurisprudenza del Consiglio federale è *in primo luogo determinata dai ricorsi interposti*. Nel settore della pianificazione ospedaliera il margine di manovra del Consiglio federale per quanto concerne il contenimento dei costi è ridotto in quanto esso limita il suo ruolo a una *reazione formale e giuridica* invece che esercitare un controllo politico attivo sulla pianificazione ospedaliera dei Cantoni.

Globalmente, l'esame mostra che il punto di vista puramente giuridico delle decisioni del Consiglio federale in merito agli elenchi cantonali degli ospedali porta a risultati tendenzialmente *contrari all'obiettivo politico del contenimento dei costi*.

5.4.2 Studi di casi relativi agli effetti della giurisprudenza del Consiglio federale

Per mezzo di studi di casi i mandatari hanno analizzato le decisioni principali relative ai ricorsi ed esaminato i loro effetti diretti e indiretti sulla pianificazione ospedaliera e sull'obiettivo del contenimento dei costi.

5.4.2.1 I casi esaminati: ZH, BS/BL, AG e TI

L'esame ha permesso di identificare complessivamente dieci decisioni relative ai ricorsi che, nel senso di decisioni di principio, sono servite da modello per lo sviluppo ulteriore della pianificazione ospedaliera. Si tratta di decisioni concernenti gli elenchi degli ospedali dei seguenti Cantoni: AG, AR, BS/BL, GR, LU, SG, SO, TG, TI e ZH. Il Consiglio federale ha accolto sette di questi ricorsi, dei quali uno parzialmente. Tra le dieci decisioni, i mandatari hanno scelto *quattro casi* considerati importanti dal profilo dell'obiettivo del contenimento dei costi. Queste quattro decisioni sono state esaminate più da vicino procedendo a studi di casi comparativi.

Cantone di Zurigo: Le decisioni del 17 febbraio 1999 concernenti i ricorsi di sei ospedali regionali del Cantone di Zurigo sono state ritenute molto importanti. Con queste decisioni il Consiglio federale ha sanzionato i provvedimenti cantonali in materia di pianificazione ospedaliera. In particolare ha confermato la soppressione delle capacità eccedenti per mezzo della chiusura di ospedali regionali pubblici. Queste decisioni sono state ritenute importanti nella misura in cui hanno confermato un elenco degli ospedali *molto restrittivo* che ha richiesto grandi sacrifici da parte delle cliniche e che ha comportato grandi rischi politici per il Governo cantonale zurighese.

Cantoni di Basilea-Città e Basilea-Campagna: La decisione del 23 giugno 1999 relativa al ricorso della Josefsklinik contro l'elenco comune dei due Cantoni di Basilea è stata anch'essa considerata molto importante. Con questa decisione il Consiglio federale ha obbligato i Cantoni a far figurare gli istituti che trattano soltanto assicurati in reparto privato e semiprivato nel loro elenco integrale e ha impedito la chiusura della clinica privata interessata. In tal modo il Consiglio federale ha *espresamente respinto la pianificazione dei letti nei reparti semiprivati e privati* e ha conferito a questi ultimi un diritto legittimo di figurare nell'elenco degli ospedali.

Cantone di Argovia: Con decisione del 17 febbraio 1999 in merito al ricorso dell'Associazione cantonale degli assicuratori, il Consiglio federale ha confermato la pianificazione cantonale, nonostante essa prevedesse *il mantenimento dello status quo e nessun adeguamento delle strutture*. Questa decisione è quasi un controesempio della decisione relativa al Cantone di Zurigo. Nel caso di Argovia, il Consiglio federale ha confermato l'elenco del Governo cantonale, ma la sua decisione non ha avuto gli effetti desiderati. Al contrario, essa costituisce piuttosto un potenziale di aumento dei costi sanitari della LAMal. La decisione è inoltre importante nella misura in cui, per la prima volta, si è precisato chiaramente che l'ammissione dei reparti privati e semiprivati non può dipendere dalla pianificazione dei bisogni della popolazione per quanto concerne le cure ospedaliere. I fornitori di prestazioni privati possono pertanto figurare in un elenco.

Cantone Ticino: Il caso del Ticino è un caso particolare. Gli ospedali privati costituiscono infatti oltre il 50 per cento della capacità ospedaliera complessiva. Con la decisione del 3 maggio 2000 relativa al ricorso dell'Associazione cantonale degli assicuratori, il Cantone Ticino ha beneficiato per primo di una nuova prassi del Consiglio federale, prassi che consiste nel non rifiutare nella sua integralità un elenco considerato insufficiente ma nell'accettarlo provvisoriamente, con riserva di revisione.

5.4.2.2 Effetti delle decisioni relative ai ricorsi

5.4.2.2.1 Effetti nei singoli Cantoni

In maniera generale, si può affermare che *gli effetti osservati sono stati molto diversi* tra un Cantone e l'altro.

Con la sua decisione relativa *all'elenco degli ospedali del Cantone di Zurigo*, il Consiglio federale ha confermato una pianificazione molto restrittiva che ha determinato una forte riduzione del numero di letti in pochi anni. Tuttavia, il caso di Zurigo mostra parimenti che la riduzione del numero di letti d'ospedale non coincide automaticamente con il contenimento dei costi. Infatti, nonostante il restrittivo elenco del 1998, i costi sanitari sono fortemente aumentati in questo Cantone.

Nel caso del *Cantone di Argovia* il Consiglio federale ha al contrario sostenuto gli offerenti privati, non limitando la loro offerta di prestazioni. Questa situazione ha determinato un trasferimento dei costi dai poteri pubblici verso l'assicurazione malattie. Questo effetto non può tuttavia essere considerato un effetto diretto della decisione del Consiglio federale. Si tratta in primo luogo di un effetto della politica ospedaliera cantonale, anche se la giurisprudenza del Consiglio federale vi ha contribuito con la sua decisione relativa alla pianificazione cantonale, decisione che cor-

risponde implicitamente a un'approvazione della pianificazione del Governo argoviese.

Gli effetti connessi alla decisione relativa all'elenco comune dei Cantoni di Basilea-Città e Basilea-Campagna sono stati innanzitutto effetti politici. In questo caso la giurisprudenza del Consiglio federale ha provocato una perdita di fiducia negli organi cantonali. Con questa decisione, percepita come un'ingerenza radicale nella politica ospedaliera cantonale, i Cantoni si sono visti togliere un'ampia parte del loro controllo sull'ampiezza delle prestazioni fornite nei reparti privati e semiprivati. Dal profilo materiale questa decisione non ha avuto effetti diretti¹². Tuttavia, siccome in virtù dell'argomentazione del Consiglio federale eventuali nuovi fornitori di prestazioni dovrebbero essere aggiunti nell'elenco degli ospedali se dovessero fornire prestazioni nel settore delle assicurazioni complementari, questa decisione rappresenta un contributo potenziale all'aumento dei costi sanitari.

Nel *Cantone Ticino*, la decisione del Consiglio federale ha permesso di sbloccare una situazione complessa. Fissando un termine per l'allestimento di un elenco degli ospedali e la determinazione di obiettivi concreti, questa decisione ha offerto alle autorità cantonali un mezzo di pressione politica nei confronti degli attori cantonali del settore delle cure ospedaliere. A causa della lunga durata di trattamento del ricorso (27 mesi), la decisione del Consiglio federale non ha invece contribuito a contenere i costi nel settore dell'assicurazione malattie poiché durante tutto questo periodo gli assicuratori hanno dovuto continuare ad assumere i costi delle eccedenze di capacità contestate.

5.4.2.2.2 Confronto degli effetti

Effetti diretti dal profilo del contenimento dei costi

Le decisioni relative ai ricorsi che abbiamo analizzato non hanno avuto *alcun effetto diretto sui costi*. Tutti i rappresentanti delle direzioni cantonali della sanità pubblica, dei sindacati ospedalieri e delle associazioni degli assicuratori interrogati nell'ambito di quest'analisi hanno invece sottolineato che soltanto le pianificazioni cantonali e non le decisioni del Consiglio federale ad esse relative hanno effetti diretti sui costi. L'unico effetto sui costi che può essere direttamente attribuito alla giurisprudenza del Consiglio federale è un effetto negativo. Di conseguenza, oltre al Ticino, anche gli altri Cantoni hanno deplorato la *lentezza della procedura di ricorso*. Nei casi in cui hanno presentato ricorso contro l'ammissione di determinati ospedali o contro elenchi di ospedali nella loro integralità e hanno vinto, gli assicuratori malattie hanno dovuto assumere integralmente i costi supplementari contestati fino al momento in cui il Consiglio federale ha preso una decisione, il che ha determinato un aumento dei costi nell'assicurazione malattie.

Effetti indiretti dal profilo del contenimento dei costi

Al di là di questo effetto, gli studi dei casi hanno permesso di constatare *altri effetti indiretti sui costi*:

¹² La clinica interessata che, secondo la pianificazione ospedaliera cantonale, avrebbe dovuto essere cancellata dall'elenco unitamente ad altri istituti, ha chiuso i battenti di sua propria iniziativa prima della decisione del Consiglio federale.

Il ritegno dimostrato dal Consiglio federale nel determinare gli obiettivi o i criteri di pianificazione ha provocato una certa *incertezza* in materia di pianificazione ospedaliera. Il caso del Cantone Ticino è un caso estremo: in assenza di obiettivi precisi, questo Cantone ha volontariamente presentato un elenco degli ospedali insufficiente al fine di provocare un ricorso e ottenere pertanto dall'autorità di ricorso una precisazione dei criteri di pianificazione.

Nel settore dell'assicurazione malattie la giurisprudenza del Consiglio federale che conferma che i reparti semiprivati e privati degli ospedali hanno diritto ad essere ammessi nell'elenco degli ospedali è *un fattore che fa aumentare i costi*. Siccome questi reparti devono essere finanziati integralmente dagli assicuratori malattie, l'assicurazione obbligatoria di base può trovarsi nella situazione di dover rimborsare prestazioni che non corrispondono alla pianificazione cantonale dei bisogni della popolazione per quanto concerne le cure ospedaliere ma che sono state ammesse dal Consiglio federale. Questo è in contraddizione con gli sforzi cantonali volti a contenere i costi per mezzo della pianificazione ospedaliera.

Secondo le cerchie consultate, sia la vigente regolamentazione della LAMal relativa alle modalità di finanziamento degli ospedali sia le decisioni del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera sono percepite in quanto *incitamenti negativi a qualsiasi coordinamento intercantonale*. I Cantoni non sono infatti incitati ad avviare una collaborazione intercantonale se i fornitori di prestazioni extracantonali possono far valere il loro diritto al contributo di base mentre i letti dei reparti privati e semiprivati del Cantone devono essere integralmente finanziati dagli assicuratori¹³. Diversi esperti interpellati ritengono che questa situazione ha come conseguenza che i Cantoni hanno tendenza a offrire alla propria popolazione una gamma di prestazioni più completa possibile, il che non è molto sensato né dal profilo della pianificazione né da quello economico.

Gli attori della politica sanitaria consultati hanno sottolineato inoltre che la distinzione operata nella LAMal tra mercato e Stato non sarà praticabile fintanto che la pianificazione si baserà soltanto sulle *categorie di letti*. Infatti le capacità del reparto comune sopresse con la pianificazione ospedaliera sono compensate dall'offerta nei reparti privato e semiprivato, offerta che, nell'ambito delle assicurazioni complementari, produce prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria di base e, di conseguenza, fa aumentare i premi della stessa. Inoltre, alcuni periti interrogati ritengono che i fornitori di prestazioni applicano una *strategia elusiva* trasferendo prestazioni dal settore delle cure ospedaliere verso quello delle cure ambulatorie, interamente a carico dell'assicurazione obbligatoria di base. Per uscire da questa situazione gli assicuratori e alcuni ospedali preconizzano il passaggio alla pianificazione delle prestazioni. Gli organi cantonali non sono però favorevoli a questa soluzione a causa delle complicazioni ad essa connesse.

¹³ Il 30 novembre 2001 il Tribunale federale delle assicurazioni ha deciso che i pazienti ricoverati nel reparto privato o semiprivato negli ospedali pubblici o sussidiati avevano parimenti diritto a contributi cantonali (decisione K 178/00).

Conclusioni relative alla giurisprudenza del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera

In base alle risposte alle domande dell'esame e ad altre constatazioni fatte nel corso dell'analisi i mandatarî giungono alle seguenti conclusioni:

Innanzitutto la prassi del Consiglio federale consistente nel decidere in merito ai ricorsi *sulla scorta di criteri giuridici invece che politici è problematica* dal profilo dell'evoluzione dei costi sanitari. Il diritto di ricorso di cui all'articolo 53 LAMal consente al Consiglio federale di costruire una giurisprudenza consistente e coerente, ma questa invia *nel contempo segnali politici in parte contraddittori*. Non vi è una direzione politica con criteri di pianificazione e ammissione chiari. Limitandosi al ruolo di autorità giudiziaria, il Consiglio federale si è privato esso stesso di un'importante margine di manovra in materia di contenimento dei costi. Retrospectivamente, è possibile constatare che diversi ricorsi avrebbero potuto essere evitati se la Confederazione avesse previamente definito a livello politico, segnatamente per mezzo di un'ordinanza, le esigenze in materia di pianificazione ospedaliera. Questo avrebbe consentito di chiarire le questioni rimaste aperte e di rafforzare la posizione politica dei Cantoni incaricati di effettuare la pianificazione ospedaliera. I risultati dell'esame incitano i mandatarî a pensare che in futuro il Consiglio federale *dovrà rivedere la sua prassi e assumere una direzione politica* al fine di raggiungere l'obiettivo del contenimento dei costi.

Secondo il Consiglio federale l'autonomia cantonale in materia di pianificazione giustifica il fatto di rinunciare da un lato a rendere gli obiettivi di pianificazione più concreti e, dall'altro, a utilizzare la giurisprudenza per assumere una direzione politica. I Cantoni utilizzano il margine di manovra che ne risulta in maniera diversa uno dall'altro. Il modo di procedere del Consiglio federale, che ha preso decisioni caso per caso, *non ha facilitato né l'uniformizzazione dei criteri di pianificazione né l'armonizzazione tra i Cantoni*. Inoltre, a causa della mancanza di qualsiasi incitamento a un coordinamento intercantonale, i Cantoni rimangono regioni di pianificazione fortemente isolate le une dalle altre. Questa situazione pregiudica gli obiettivi della pianificazione ospedaliera, ossia il coordinamento tra fornitori di prestazioni, lo sfruttamento ottimale delle risorse e il contenimento dei costi.

Il presente esame ha consentito di mettere in evidenza il fatto che la LAMal contiene *incentivi inadeguati* che il Consiglio federale fa applicare per mezzo delle sue decisioni. Innanzitutto, la *separazione* operata tra *pianificazione* nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche da un lato e *mercato* nel settore delle assicurazioni complementari dall'altro è *inefficace*. I Cantoni si trovano nell'impossibilità di pervenire a una pianificazione ospedaliera e, di conseguenza, a un contenimento dei costi conseguente e globale poiché i reparti privato e semiprivato forniscono anch'essi prestazioni a carico dell'assicurazione di base e non è possibile limitare l'offerta in questo settore. Non sopprimendo la delimitazione piuttosto vaga esistente tra mercato e pianificazione e obbligando i Cantoni a tener conto degli offerenti privati, la giurisprudenza del Consiglio federale tende piuttosto a far aumentare i costi. Inoltre, la LAMal prevede un coordinamento intercantonale, ma nel contempo lo impedisce. A causa delle disposizioni relative al finanziamento dei soggiorni in ospedali extracantonali, i Cantoni sono *fortemente incitati* a ridurli al minimo, a fare in modo che l'offerta di prestazioni sul proprio territorio sia il più completa possibile e a procedere a una pianificazione basata su un *principio autarchico*, ossia

in modo *non coordinato*. La giurisprudenza del Consiglio federale si riferisce pertanto prevalentemente alla pianificazione di un determinato Cantone e non è di conseguenza in grado di incitare a un coordinamento intercantonale. Allo stato attuale dei lavori parlamentari, questi problemi – pianificazione dei bisogni limitata al settore dell'assicurazione malattie obbligatoria e finanziamento dei soggiorni in ospedali extracantonali – saranno trattati in occasione della seconda revisione parziale della LAMal.

Infine, appare evidente che lo *strumento della pianificazione della capacità non consente di raggiungere l'obiettivo del contenimento dei costi*. Infatti, sono le prestazioni fornite che determinano i costi e non il numero di letti. La pianificazione delle capacità permette tutta una serie di *effetti di trasferimento* non auspicabili dal profilo del contenimento dei costi: da un lato vi può essere un trasferimento dal settore delle cure ospedaliere a quello delle cure ambulatorie, dall'altro la riduzione del numero dei letti del settore pubblico può essere compensata con un aumento del numero di letti offerti dai fornitori di cure del settore privato. Se, in nome del rispetto del principio della concorrenza, le offerte concernenti esclusivamente il settore delle assicurazioni complementari non possono essere tolte dagli elenchi degli ospedali, non sarà possibile frenare la spirale ascendente dei costi nell'assicurazione malattie, il che indebolirà indirettamente il principio dell'assicurazione malattie sociale. Alcuni vedono nella *pianificazione delle prestazioni* una soluzione a questo problema. Siffatto cambiamento presuppone tuttavia una linea di condotta chiara poiché i cataloghi attuali di prestazioni mancano di trasparenza. I mandatari ritengono indispensabile che il Consiglio federale abbia un *ruolo direttivo attivo* in questo ambito.

6 Intervento della Confederazione sulla tariffa medica TARMED

Questo capitolo propone una sintesi dello studio parziale su come gli organi della Confederazione abbiano usufruito del margine di manovra in relazione alle singole prestazioni TARMED. La metodologia e i risultati sono presentati nella raccolta di dati 3 al capitolo «Influenza della Confederazione sulla tariffa medica TARMED».

6.1 Oggetto e domande dell'analisi

Una revisione delle tariffe mediche per l'assicurazione infortuni, l'assicurazione invalidità e l'assicurazione militare è in corso dal 1986. Il progetto «revisione totale della tariffa medica» (GRAT) fu lanciato su iniziativa degli esperti svizzeri in materia di assicurazione sociale e della Federazione svizzera dei medici (FMH). Con l'introduzione della LAMal, le ambizioni di revisione furono estese anche al settore dell'assicurazione malattie. L'articolo 43 capoverso 5 LAMal prevede una struttura tariffale uniforme per le singole prestazioni valida per tutta la Svizzera. Attualmente, in ragione della sovranità cantonale in materia, nel settore delle prestazioni mediche ambulatoriali esistono sistemi di remunerazione e di valutazione diversi, il che rende notevolmente più difficili i paragoni dal profilo del volume delle prestazioni e dei costi. Contemporaneamente al progetto GRAT, gli assicuratori, in collaborazione con l'associazione ospedaliera H+, hanno lanciato il progetto INFRA, finalizzato a

una nuova valutazione delle prestazioni delle infrastrutture ospedaliere. I due progetti (GRAT e INFRA) sono stati quindi fusi in TARMED che offre una *struttura unitaria delle tariffe valida per tutta la Svizzera* per la remunerazione delle prestazioni mediche e tecniche in ospedale e negli studi medici. TARMED è composta da una struttura tariffale valida in tutto il Paese e da singoli valori per punto che determinano i prezzi delle prestazioni. I valori per punto sono negoziati a livello cantonale tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori e devono essere approvati dalle autorità cantionali.

Gli *obiettivi* centrali di TARMED sono la ristrutturazione sistematica e la rivalutazione del catalogo di prestazioni; la creazione di basi unitarie di valutazione, fondate su criteri di economia aziendale, per le prestazioni mediche ed infine una diminuzione del divario tra i redditi dei fornitori di prestazioni di base e medici ospedalieri grazie ad una rivalutazione delle prestazioni mediche rispetto a quelle tecniche e dipendenti da apparecchi. In questo modo TARMED vuole raggiungere più trasparenza ed una maggiore possibilità di confronti nella remunerazione di prestazioni mediche con un maggiore controllo dei costi nella sanità. La revisione tariffaria, inoltre, deve soddisfare il *principio della neutralità dei costi*.

Ai sensi del principio contrattuale stabilito nella LAMal, TARMED viene negoziata tra i partner, i fornitori di prestazioni e le unità di costo nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni o nel settore dell'assicurazione malattie¹⁴. Gli *enti della Confederazione*¹⁵ non sono direttamente coinvolti nei negoziati. Ciononostante, per quel che riguarda TARMED nel quadro della LAMal, si delineano, per gli enti della Confederazione, alcuni *margini ed obblighi di intervento*:

- la struttura tariffale deve essere sottoposta all'approvazione del Consiglio federale, dopo aver consultato il Sorvegliante dei prezzi;
- se i partner non trovano un accordo, il Consiglio federale ha la competenza di ordinare una struttura tariffale;
- il Consiglio federale inoltre ha la possibilità di stabilire principi per una misurazione economica, una struttura opportuna e l'adeguamento delle tariffe;
- in caso di ricorsi contro decisioni cantionali riguardo al valore per punto, il Consiglio federale funge da autorità di ricorso.

Benché il termine legale per l'introduzione della struttura tariffale unitaria sia scaduto già a fine 1997, alla fine del 2001 TARMED non era ancora stata adottata. Da quando le parti hanno presentato agli inizi del 1999 un primo risultato dei negoziati, sono seguite numerose revisioni. La data dell'entrata in vigore di TARMED non è ancora fissata. Nel frattempo se ne prevede l'entrata in vigore per gli inizi del 2003, cioè più di cinque anni dopo la scadenza prevista per legge.

¹⁴ Le parti all'accordo, rappresentate nell'organizzazione progettuale TARMED sono le seguenti: la Federazione svizzera dei medici (FMH); gli Ospedali Svizzeri (H+); la Commissione per la tariffa medica LAINF; l'AI e l'AM; santé suisse (in precedenza Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri). La Conferenza dei direttori cantionali della sanità (CDS) ha lo statuto di osservatore all'interno dell'organizzazione progettuale.

¹⁵ Ci si riferisce qui al Consiglio federale ed all'amministrazione federale, non agli assicuratori federali AI e AM parti all'accordo.

Di fronte a questo ritardo e considerata l'importanza di TARMED per la trasparenza ed il controllo dei costi nell'assicurazione malattie, la CdG-S ha posto, nella seconda parte della sua ispezione, le seguenti domande:

- Quali *strategie di intervento* hanno seguito gli enti della Confederazione riguardo a TARMED?
- Quando hanno avuto luogo *le attività* con le quali *la Confederazione* ha esercitato la propria influenza su TARMED e in che modo? Quali enti le hanno esercitate e con quali risultati?
- Come devono essere valutate le strategie e le attività federali di fronte all'*obiettivo del contenimento dei costi* stabilito dalla LAMal?

6.2 Indicazioni metodologiche

Al fine di rispondere alle domande, i mandatarî hanno scelto la *metodologia* seguente:

- in una prima fase, ci si è preoccupati di rappresentare cronologicamente il processo decisionale ed elaborare i ruoli, le strategie e le attività concrete degli enti federali coinvolti nell'introduzione di TARMED;
- in un secondo tempo, queste strategie ed attività sono state valutate dal punto di vista degli obiettivi posti e dei risultati raggiunti. Per quel che riguarda i primi, si trattava soprattutto di rispondere alla domanda se gli enti federali avessero utilizzato tutto il margine di manovra a loro disposizione scegliendo strategie coerenti per influenzare le interazioni nel settore sanitario a favore della riduzione dei costi.

Dal *punto di vista metodologico*, il sondaggio si basa su un'analisi sistematica di documenti pertinenti e su una serie di interviste di esperti e rappresentanti di enti federali, dei partner tariffali, della CDS e della direzione progettuale di TARMED.

6.3 Risultati

6.3.1 Strategie di influenza degli enti federali

Un'analisi delle strategie degli enti federali deve distinguere tra contenuto e tattica.

Il modo di procedere basato sul *contenuto* consegue direttamente dalle indicazioni della LAMal e dagli obiettivi originari della revisione tariffaria già indicati. Oltre agli obiettivi generali della ristrutturazione come la creazione di trasparenza e la confrontabilità, gli organi federali intendono rivalutare le prestazioni intellettuali nei confronti di quelle tecniche connesse alle apparecchiature, rendere facilmente attuabile il nuovo sistema tariffario e garantire la neutralità dei costi. Per la Confederazione, l'ultimo criterio menzionato è sicuramente il più importante.

La strategia *tattica* della Confederazione consiste nel lasciar avanzare i negoziati TARMED seguendoli attivamente, insistere per raggiungere un risultato, informarsi sugli sviluppi della situazione, eventualmente intervenire per rettificare il tiro ed in-

fine approvare i risultati presentati senza però deciderli in prima persona. Questa strategia corrisponde in larga parte al principio contrattuale stabilito dalla LAMal. Lo scopo di questo modo di procedere è raggiungere una solida soluzione consensuale accettata da tutti gli interessati, decisa dalle parti coinvolte incaricate della realizzazione. Dal punto di vista tattico, la strategia della Confederazione è una combinazione di elementi di cooperazione e di confronto. Il margine di manovra va dal controllo e monitoraggio del processo alla fissazione di limiti temporali fino alla minaccia di introdurre una tariffa ufficiale nel caso in cui i partner non riescano ad accordarsi entro tempi utili.

6.3.2 Attività concrete degli enti federali per esercitare un'influenza su TARMED

La Confederazione ha avviato le attività destinate ad esercitare un'influenza su TARMED nel 1998. Da allora il progetto viene costantemente seguito con la partecipazione di vari attori federali in misura del loro incarico legale:

Il *Dipartimento federale dell'interno* si concentra sulla sorveglianza del progetto senza che la Confederazione assuma un ruolo di gestione, si occupa di mediare gli interessi tra i partner tariffali tenendo d'occhio in particolare la neutralità dei costi. La consigliera federale Ruth Dreifuss ha chiesto a più riprese ai contraenti di accelerare i lavori per la nuova struttura tariffaria e di terminarli. In caso contrario, avrebbe imposto una tariffa ufficiale. Grazie alla sua opera di mediazione, la responsabile del DFI ha potuto dare in varie occasioni nuovo impulso a trattative che sembravano bloccate.

L'*Ufficio federale delle assicurazioni sociali* segue le trattative da un punto di vista tecnico: esamina la documentazione inoltrata presso la Confederazione relativa alla struttura tariffaria controllandone l'oggettività e l'effetto sui costi e prepara gli interventi del Consiglio federale. I rappresentanti dell'UFAS partecipano agli incontri del capo del DFI con i partner tariffali sui quali cercano di esercitare pressioni ad un livello informale.

La *Sorveglianza dei prezzi* è l'unico degli organi federali citati intervenuto concretamente nelle trattative. Al fine di ridurre al minimo la possibilità che il Consiglio federale rifiuti la struttura proposta, i contraenti hanno coinvolto di propria volontà il Sorvegliante dei prezzi nelle trattative. Questo passo rivela una posizione relativamente importante della Sorveglianza nel processo di autorizzazione da parte del Consiglio federale. I ripetuti interventi della Sorveglianza hanno come scopo correggere i tentativi di elevare il reddito dei medici evitando una spirale dei costi. Benché il corpo medico, direttamente coinvolto, reagisca poco favorevolmente agli interventi del Sorvegliante dei prezzi e ne critichi almeno in parte le competenze specifiche, le raccomandazioni del Sorvegliante sono state accolte almeno in parte, anche se nella maggior parte dei casi ci si è accordati su una situazione di compromesso tra le richieste del corpo medico e quelle della Sorveglianza dei prezzi. Secondo le affermazioni rilasciate, la Sorveglianza ha potuto evitare, con i suoi interventi nella meccanica tariffale, un aumento dei costi di circa 1 miliardo di franchi all'anno.

L'Ufficio federale di giustizia ha informato i partner sulle basi giuridiche e le possibilità dell'adeguamento tariffario, ma non è intervenuto oltre nelle trattative TARMED.

Il 18 settembre 2000, il *Consiglio federale* ha approvato la versione Alpha 3.0 della struttura tariffaria. Una volta concluso il contratto tra i partner tariffali sull'introduzione in rispetto della neutralità dei costi, si potrà decidere la data di introduzione della nuova struttura. Comunque, il nuovo contratto deve essere approvato dal Consiglio federale. L'approvazione della nuova struttura era stata chiesta dai partner e raccomandata dal Sorvegliante dei prezzi. Percepita dalle autorità federali come una specie di misura di pressione nei confronti dei partner, la decisione del Consiglio federale di approvare la versione Alpha 3.0 di fatto non aveva comunque avuto conseguenze concrete. I partner tariffali hanno dichiarato che la struttura approvata non poteva essere introdotta e non l'hanno ratificata. Nel frattempo, circa il 95 per cento dei circa 4500 punti sono stati riesaminati e sono stati nuovamente presentati al Consiglio federale per approvazione. Mancano tuttora i contratti quadro per l'introduzione della nuova struttura tariffale nel rispetto della neutralità dei costi.

6.3.3 Esaurire il margine di manovra degli enti federali

L'analisi degli interventi concreti degli organi federali nelle trattative TARMED mostra come la Confederazione abbia fatto *ampio uso* del margine di manovra giuridico a sua disposizione, pur *senza arrivare ad esaurirlo*. Gli enti della Confederazione non sono intervenuti nei modi indicati qui di seguito:

- il Consiglio federale non ha deciso alcuna struttura tariffale benché i contraenti non siano ancora riusciti ad accordarsi su tutti i punti della struttura unificata e nonostante il termine previsto dalla legge per la sua introduzione sia ormai scaduto da quattro anni. Le autorità federali hanno spiegato il mancato intervento da una parte sottolineando come, con l'approvazione della struttura tariffaria Alpha 3.0 si sia già in presenza di un risultato. Dall'altra, in base al principio contrattuale, una tariffa ufficiale viene decisa solo quando i partner tariffali dichiarano essi stessi il fallimento dei negoziati, cosa che finora non è avvenuta;
- il Consiglio federale inoltre ha rinunciato alla possibilità di elaborare in un'ordinanza principi per l'ordinamento e l'adeguamento delle tariffe. I rappresentanti della Confederazione spiegano questa rinuncia ad un elemento di controllo con il fatto che i partner tariffali hanno definito a livello di convenzione obiettivi essenziali della ristrutturazione tariffale; d'altra parte, l'aspetto economico e la conformità della struttura, secondo i rappresentanti federali, sono stabiliti in un altro capitolo della LAMal¹⁶ quali criteri e sono stati valutati dalle autorità federali durante la procedura di approvazione;
- un'ulteriore opportunità per la Confederazione di influenzare indirettamente le trattative si offre per il Consiglio federale con i ricorsi contro gli adeguamenti dei valori del punto finora vigenti a livello cantonale. Il collegio governativo potrebbe fare pressione e rifiutare le richieste di aumento delle

¹⁶ Ad es. art. 43 cpv. 4 LAMal.

tariffe fino a quando TARMED non sarà in vigore. Tuttavia, finora non è stato possibile far uso di questo strumento poiché non sono stati inoltrati ricorsi in questo ambito.

6.3.4 Valutazione delle strategie della Confederazione dal punto di vista degli ambienti interessati

Dal punto di vista delle cerchie coinvolte, *i punti forti delle strategie* della Confederazione consistono nel monitoring continuo ed in un'attività diretta di mediazione grazie all'impegno personale del capo del DFI, attività che oltrepassa i limiti dell'incarico affidatole dalla legge. Nella maggior parte dei casi, si attesta agli agenti federali un'elevata competenza professionale nella valutazione della materia complessa, fatto che ne rafforza la posizione. Il coordinamento tra i vari agenti federali nel controllo del processo di negoziazione può essere definito nel complesso adeguato e privo di contraddizioni.

In retrospettiva, si *osserva criticamente* che gli organi federali hanno sottovalutato la meccanica, la complessità e la portata delle nuove strutture tariffali e hanno, di conseguenza, stabilito termini troppo brevi. La ripetuta minaccia, peraltro priva di conseguenze, di decidere d'ufficio una tariffa allo scadere dei termini prestabiliti, ha perso molto del suo vigore nel corso dei negoziati. Da una parte, la Confederazione ha imposto ai partner tariffali scadenze precise, dall'altra mancavano, per l'introduzione di TARMED, obiettivi materiali concreti e indicazioni precise di attuazione da parte della Confederazione, cui i partner avrebbero potuto attenersi. Su questo punto, i partner avrebbero auspicato una conduzione più impegnata tanto sul piano politico quanto sul piano del contenuto. Secondo il parere di singole parti al negoziato, l'emanazione di un'ordinanza in merito da parte del Consiglio federale avrebbe potuto ridurre sia le insicurezze degli interessati riguardo le aspettative, sia il relativo potenziale conflittuale. Anche se TARMED è elaborata in base al principio contrattuale, la Confederazione avrebbe avuto la possibilità di precisare le condizioni quadro giuridiche ed amministrative con un'ordinanza contribuendo in questo modo ad accelerare la ricerca di un accordo. Per quel che riguarda la controversia sull'applicazione della nuova tariffa in base al principio della neutralità dei costi, i partner si aspettano un intervento concreto da parte della Confederazione.

6.3.5 Conclusioni in merito all'influenza della Confederazione sulla tariffa medica TARMED

A causa dell'autonomia tariffaria, il Consiglio e l'amministrazione federali possono esercitare solo un'influenza relativa nella strutturazione di TARMED. Nonostante il margine di manovra limitato, le autorità federali hanno cercato, con due provvedimenti, di raggiungere la neutralità dei costi nella ristrutturazione tariffale, come deciso originariamente:

- il *Consiglio federale* ha fatto dipendere l'approvazione e l'introduzione di TARMED nel settore dell'assicurazione malattie obbligatoria dalla proposta di un *piano in grado di garantire la neutralità dei costi* e chiede ai partner tariffali di presentargli il relativo accordo. Se la Confederazione non avesse

insistito in maniera costante su un'applicazione in base al principio della neutralità dei costi, la ristrutturazione tariffale probabilmente sarebbe terminata da tempo, ma avrebbe comportato notevoli aumenti dei prezzi. Tuttavia, l'impegno della Confederazione si è limitato soprattutto ad indicazioni formali, mentre sono mancati gli ausili sul piano del contenuto (ad es., indicazione degli obiettivi);

- il *Surveillante dei prezzi* è intervenuto sul piano materiale nell'elaborazione della struttura tariffale chiedendo in vari pareri *che venissero corretti incentivi la cui conseguenza sarebbe stata un aumento dei prezzi*. Nel far ciò ha insistito affinché questi incentivi venissero corretti nella stessa struttura tariffale e non solo dopo la sua introduzione con un adeguamento del valore punto.

Un apprezzamento critico del *margin di manovra* delle autorità federali permette di sottolineare due aspetti:

- da un lato, nell'ambito di TARMED le competenze delle autorità federali sono limitate. A parte le possibilità di intervento della Sorveglianza dei prezzi, si limitano essenzialmente a *seguire le fasi della procedura*. Il Consiglio federale ha la competenza di decidere una struttura tariffale di riserva, ma questo non ne garantisce l'applicazione poiché mancherebbero comunque gli accordi quadro tra i partner tariffali e la negoziazione a livello cantonale del valore del punto. Dunque la Confederazione non ha la possibilità di intervenire direttamente per accelerare i negoziati o per spingere i Cantoni a concretizzare la tariffa strutturale. Inoltre, questi ultimi assumono un ruolo centrale per il rispetto della neutralità dei costi, in veste di autorità di approvazione, decisione e mediazione;
- dall'altro, la LAMal stabilisce una *funzione polivalente del Consiglio federale* quale organo di approvazione e istanza di ricorso, accentuata ulteriormente dall'impegno del capo del DFI in qualità di mediatrice. La problematica di questa molteplicità dei ruoli si è manifestata quando la consigliera federale si è espressa in merito al previsto valore medio del punto in un dibattito del Consiglio degli Stati durante l'estate 2000: alcune parti tariffali hanno espresso critiche affermando che la responsabile del dipartimento, nella sua veste di membro della futura autorità di ricorso, non garantisce la neutralità necessaria ad un'istanza di mediazione. Il Consiglio federale è chiamato a decidere in caso di un futuro ricorso contro gli accordi tariffali conclusi a livello cantonale o contro le decisioni tariffali dei Cantoni. In questo caso il conflitto insito nella pluralità del ruolo verrebbe ancora accentuato¹⁷. Se queste molteplici funzioni mettono il Consiglio federale in una situazione di forza sul piano esecutivo, costituiscono d'altra parte un ostacolo alla conclusione del processo di negoziazione. In realtà TARMED è concepita come un gioco a somma nulla ed i perdenti nei negoziati si sentono lasciati in balia dell'arbitrio dell'autorità e privati di ogni influenza. Inoltre ritengono che il

¹⁷ Il messaggio del Consiglio federale sulla revisione totale dell'organizzazione giudiziaria contempla la completa trasmissione della funzione giurisprudenziale del Consiglio federale al previsto Tribunale amministrativo federale, piano che permetterebbe di ridurre la molteplicità dei ruoli del Consiglio federale negli accordi su TARMED.

Consiglio federale, di fronte alle competenze di cui dispone, anticipi le conclusioni dei negoziati cantonali limitando la loro autonomia in materia.

Poiché TARMED non è ancora in vigore, l'influenza della Confederazione sull'*evoluzione dei costi* nel settore ambulatoriale e semiospedaliero può essere valutata solo in prospettiva. L'UFAS e la Sorveglianza dei prezzi dispongono di strumenti atti a valutare l'effetto che la struttura loro presentata potrà avere sui costi. Poiché tuttavia la Confederazione non ha dati sulle ripercussioni della tariffa prevista, al momento non è possibile prevedere la futura evoluzione dei prezzi. Comunque, il fatto che la Confederazione definisca la neutralità dei costi come un criterio per l'approvazione ed abbia elaborato strumenti di valutazione e controllo posticipato, lascia prevedere che TARMED potrà garantire l'auspicata *trasparenza dei costi* e agevolare *gli interventi a fini correttivi per il controllo dei costi*. In ogni caso, per questi ultimi mancano ancora i piani che dovrebbero essere elaborati dai partner tariffali e che sono tuttora controversi.

Nel corso di varie interviste gli esperti hanno ricondotto l'aumento dei costi assicurativi nel settore ambulatoriale all'estensione del catalogo delle prestazioni. Numerosi esperti intervistati ritengono che, oltre ad altri fattori, ha influito anche l'*effetto di anticipazione* dei medici che sperano di ampliare con una vasta gamma di offerte la base per il calcolo della neutralità dei costi. Comunque, per mancanza di dati di base dettagliati, questo sospetto non può essere scientificamente provato.

7 Osservazioni finali

Arginare l'aumento dei costi nell'assicurazione malattie è uno dei tre obiettivi della LAMal. Mentre per quel che riguarda la garanzia di un'assistenza medica di qualità elevata e il rafforzamento della solidarietà tra i diversi gruppi di assicurati è stato possibile registrare dei progressi, l'obiettivo del contenimento dei costi non è stato ancora raggiunto.

La LAMal viene realizzata da numerosi attori: oltre alla Confederazione ed ai Cantoni, un ruolo essenziale è affidato anche agli assicuratori ed ai fornitori di prestazioni. La presente analisi si concentra sul ruolo degli *attori federali*. Anche se la LAMal definisce il contenimento dei costi in primo luogo un compito dei partner interessati nel settore sanitario ed assegna agli organi statali in vari ambiti solo ruoli sussidiari, anche questi ultimi dispongono di competenze per quanto riguarda il contenimento dei costi. Ed è proprio questo il punto di partenza della presente analisi. In una prima fase esamina quali siano i provvedimenti di contenimento previsti dalla LAMal, quale significato abbia ognuno di loro e quale margine di manovra permette agli organi federali. In una seconda fase, si analizza in maniera approfondita, sulla base della giurisprudenza del Consiglio federale nel caso della pianificazione ospedaliera ed in base all'esempio delle tariffe per singole prestazioni, se gli organi della Confederazione utilizzano il margine di manovra a loro disposizione ed in che modo, e quali sono le ripercussioni delle loro attività in vista dell'obiettivo del contenimento dei costi.

L'*analisi programmatica* della prima fase mostra che da un punto di vista meramente quantitativo gli organi federali assumono una posizione dominante quali organi di esecuzione dei 44 provvedimenti di contenimento dei costi definiti nella LAMal. Da un punto di vista qualitativo, questa valutazione deve essere relativizza-

ta, poiché gli organi della Confederazione spesso dispongono solo di competenze “moderate” senza autorità di sanzione oppure esercitano solo una funzione giurisprudenziale. Solo per quel che riguarda una piccola parte dei provvedimenti definiti importanti gli organi federali possono esercitare un’influenza diretta sull’*estensione del catalogo delle prestazioni*.

Il raggio di azione limitato e le possibilità spesso indirette di influire concesse agli organi della Confederazione per contrastare l’evoluzione dei costi nell’assicurazione malattie sono messe in mostra anche da ambedue le analisi approfondite sulla *pianificazione ospedaliera* e sulla tariffa delle singole prestazioni *TARMED*. Tuttavia, ambedue gli studi mostrano anche che gli organi federali *non hanno utilizzato completamente il margine di manovra* di cui disponevano e che non hanno assunto atteggiamenti conseguenti nella lotta al rialzo dei costi. Per quel che riguarda la definizione dell’ambito relativo ai due settori, gli organi della Confederazione si sono tendenzialmente limitati ad assumere un *ruolo formale* e, dal punto di vista del contenuto, hanno rinunciato in larga parte a fissare obiettivi ed a fornire appoggio.

Nel caso della *pianificazione ospedaliera*, la giurisprudenza del Consiglio federale segue criteri giuridici. Anche se in sé si presenta logica e coerente, emette segnali politici contraddittori. Manca dunque una *gestione politica* che indichi criteri di pianificazione ed ammissione chiari. In retrospettiva, dal punto di vista degli attori cantonali, un’ordinanza sulla pianificazione ospedaliera emessa in una fase precedente avrebbe potuto spiegare punti non ancora chiari permettendo ai Cantoni incaricati della pianificazione di illustrare le esigenze della Confederazione. Invece, il modo di agire del Consiglio federale che prende decisioni caso per caso, in funzione dei ricorsi inoltrati, non ha facilitato né l’uniformità dei criteri di pianificazione né l’armonizzazione tra i Cantoni. L’esame della pianificazione ospedaliera ha permesso di mettere in evidenza che la LAMal sostiene *stimoli non adeguati* che il Consiglio federale applica grazie alla giurisprudenza. Prima di tutto la divisione tra pianificazione statale nel settore dell’assicurazione obbligatoria ed il mercato nel settore delle assicurazioni complementari non è chiara. Le decisioni del Consiglio federale danno piuttosto l’impressione di contribuire ad elevare i costi, poiché il collegio governativo non provvede ad eliminare questa lacuna della LAMal nella suddivisione tra pianificazione e mercato e prescrive di tener conto di fornitori privati. Inoltre la LAMal favorisce la tendenza dei Cantoni a ridurre al minimo la parte di trattamenti extracantonali per motivi di costo, ad offrire una gamma di prestazioni più ampia possibile sul proprio territorio e dunque a pianificare in maniera isolata senza coordinamento con altri. La giurisprudenza del Consiglio federale si rivolge dunque soprattutto all’impiego migliore delle risorse di un determinato Cantone e non offre stimoli per un coordinamento intercantonale. In questo modo i Cantoni restano appunto isole nella pianificazione in contraddizione con gli obiettivi dell’utilizzazione migliore delle risorse e del contenimento dei costi.

Nel caso della tariffa medica *TARMED* si è constatato come la Confederazione abbia iniziato a far uso delle proprie possibilità di influire sul processo solo sei mesi dopo la scadenza della data di introduzione della nuova struttura tariffaria. Da allora gli organi della Confederazione si impegnano in un controllo attivo dei negoziati affinché venga decisa la nuova struttura. Invece sono mancate, da parte della Confederazione, *indicazioni materiali* concrete e *modalità di applicazione* precise cui si partner potevano attenersi. Secondo singole parti all’accordo, un’ordinanza corrispondente del Consiglio federale allo scadere della data di introduzione di

TARMED avrebbe diminuito l'*insicurezza riguardo alle esigenze federali* e perciò ridotto anche il potenziale conflittuale.

Riassumendo, la giurisprudenza del Consiglio federale nell'ambito della pianificazione ospedaliera e l'influenza della Confederazione sulla tariffa medica TARMED presentano un *elemento comune*: in ambedue i casi manca una gestione politica. Manca un controllo vero e proprio del settore sanitario a favore all'obiettivo principale del contenimento dei costi.

Lista delle abbreviazioni

AI	Assicurazione invalidità
AM	Assicurazione militare
CdG-S	Commissione della gestione del CS
CDS	Conferenza dei direttori cantonali della sanità
DATEC	Dipartimento federale dell'ambiente, dei trasporti, dell'energia e delle comunicazioni
DFI	Dipartimento federale dell'interno
FMH	Federazione svizzera dei medici
GRAT	Progetto di revisione completa della tariffa medica
H+	Gli Ospedali Svizzeri
HMO	Health Maintenance Organization
INFRA	Progetto di rivalutazione delle prestazioni delle infrastrutture ospedaliere
INSAI	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.20
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, RS 832.10
MTK	Commissione per la tariffa medica LAINF
OAMal	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie, RS 832.102
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici
OPCA	Organo parlamentare di controllo dell'amministrazione
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali

«Graduatoria» dei 21 provvedimenti LAMal più efficaci nel contenimento dei costi

Provvedimento:	«grado»
Offerte assicurative alternative con una scelta limitata del fornitore di prestazioni	1
Finanziamento ospedaliero (in via di revisione)	2
Pianificazione ospedaliera	3
Efficacia, opportunità, economicità: condizioni alle quali è possibile assumere i costi delle prestazioni	3
«Blocco» dell'estensione del catalogo delle prestazioni	5
Disdetta degli accordi tariffali con ospedali e case di cura in caso di costi eccessivi	5
Controllo dei costi	5
Budget globale per ospedali e case di cura	8
Accordo su importi forfettari	8
Statistica dell'evoluzione dei costi	10
Limite delle ammissioni a carico della cassa malati	10
Modalità di partecipazione ai costi a scelta	12
Rimborso parziale delle prestazioni in determinati casi	12
Importi fissi per singole prestazioni	12
Principio dell'economicità: obbligo di rimborso di un trattamento poco economico	12
Libero passaggio completo	12
Tariffe a forfait o a orario	12
Possibilità per il Consiglio federale di influenzare la struttura tariffale	12
Non escludere il Sorvegliante dei prezzi prima dell'approvazione degli accordi tariffali	12
Fissazione delle tariffe da parte delle autorità preposte all'autorizzazione	12
Promozione della salute	12

Realizzazione dell'indagine

Direzione progettuale: Prisca Lanfranchi e Daniel Janett

Collaborazione scientifica
(analisi di programma LAMal): Claudia Heierli

Segreteria: Hedwig Heinis

Studi esterni di esperti sulle conseguenze della giurisprudenza del Consiglio federale in caso di pianificazione ospedaliera e sull'influenza federale sulla tariffa medica TARMED: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, Gerberngasse 27, 3011 Berna.