

Messaggio

numero

6422

data

23 novembre 2010

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Adeguamento della normativa cantonale (LCAMal) alle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 21 dicembre 2007 concernente il finanziamento ospedaliero

INDICE

PREMESSA.....	2
1. SINTESI DELLE NUOVE NORME FEDERALI SUL FINANZIAMENTO E SULLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA	5
1.1 Pianificazione	5
1.2 Finanziamento	6
1.3 Scadenziario.....	7
2. ORIENTAMENTI GENERALI DEL CONSIGLIO DI STATO.....	7
3. PROPOSTE DI ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA CANTONALE.....	10
3.1 Impostazione generale: modifica della LCAMal	10
3.2 Commento ai singoli articoli.....	11
3.3 Commento alle modifiche della LEOC	18
4. IMPATTO FINANZIARIO SUL CONTRIBUTO DEL CANTONE.....	19
5. NECESSITÀ DI POTENZIAMENTO DELLE UNITÀ AMMINISTRATIVE CANTONALI	20
6. RELAZIONI CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO DI LEGISLATURA ..	20
Disegno di legge	21

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

con il presente Messaggio ci pregiamo sottoporre alla vostra approvazione la modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997.

PREMESSA

Conformemente all'art. 3 della Costituzione federale (Cost.) concernente la ripartizione delle competenze, l'approvvigionamento sanitario costituisce un compito pubblico dei cantoni, mentre alla Confederazione spetta la responsabilità di far sì che la popolazione possa assicurarsi a condizioni sopportabili contro i rischi della malattia e degli infortuni (art. 117 Cost.). Secondo questa impostazione è dunque importante che la legislazione federale e quella cantonale in materia siano convenientemente armonizzate.

Con Messaggio del 15 settembre 2004, dopo che il Consiglio nazionale aveva respinto la proposta di revisione della Legge federale sull'assicurazione malattia del 18 marzo 1994 presentata dal Consiglio federale con il Messaggio del 18 settembre 2000, lo stesso Consiglio federale riproponeva al Parlamento una nuova modifica di legge concernente il finanziamento ospedaliero. Le Camere federali approvavano finalmente tale modifica il 21 dicembre 2007, decretandone l'entrata in vigore per il 1° gennaio 2009, unitamente alle relative ordinanze d'applicazione promulgate in data 22 ottobre 2008: Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) e Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre).

Le suddette modifiche sono importanti per l'impatto diretto sui Cantoni, i quali devono di conseguenza adattare convenientemente la propria legislazione in materia. Per capire la portata di tale impatto, è utile richiamare gli obiettivi politici perseguiti tramite il nuovo regime di finanziamento ospedaliero. Nel Messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004 sopra richiamato, si definivano i seguenti obiettivi:

- "tenere in debito conto la necessità della cooperazione tra l'assicurazione malattie sociale ed i Cantoni e stabilire la responsabilità comune del finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in ragione di metà ciascuno¹,
- definire l'ambito delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie indipendentemente dal luogo della degenza ospedaliera e di conseguenza precisare quali sono le prestazioni a carico delle assicurazioni complementari,
- disciplinare le sinergie tra pianificazione statale e meccanismi concorrenziali, in modo che la pianificazione ospedaliera possa garantire la copertura del fabbisogno a tutti gli assicurati soggetti all'assicurazione obbligatoria e creare le condizioni quadro per uno sfruttamento ottimale delle risorse." (Messaggio 04.061, FF 2004, 4916).

Inoltre, con riferimento al finanziamento delle prestazioni ospedaliere, si precisavano gli intendimenti socio-politici nel modo seguente:

"Il finanziamento delle prestazioni ospedaliere dovrà essere garantito - come le altre prestazioni conformemente alla LAMal - dai premi individuali e dalla partecipazione ai costi

¹ Questo obiettivo, come verrà illustrato, è poi stato modificato dal Parlamento federale, che ha stabilito che i cantoni devono assumersi una quota parte di almeno il 55% delle remunerazioni della cura ospedaliera, art. 39 cpv. 1 e 49a cpv. 1 e 2 LAMal.

dei pazienti, ma anche da fondi pubblici. Il parziale finanziamento delle prestazioni ospedaliere mediante introiti fiscali vuole essere un ammortizzatore sociale, nella misura in cui una parte dei costi sarà infatti coperta da fondi provenienti dall'imposizione progressiva sul reddito. In questo modo è applicato con coerenza uno dei principi di base dell'assicurazione malattie sociale." (Messaggio 04.061, FF 2004, 4916).

Questi indirizzi del Consiglio federale, successivamente ed essenzialmente condivisi dal Parlamento federale, non solo consolidano la struttura federalista del sistema sanitario elvetico, ridefinendo l'importante ruolo dei cantoni, ma riaffermano la peculiarità pubblica dell'assicurazione obbligatoria delle cure e dunque dei principi di base dell'assicurazione malattie sociale. Infatti, benché alla base della terza revisione parziale della LAMal si fossero postulati i principi regolatori ispirati alla libera concorrenza e benché si fosse postulato un modello di finanziamento cosiddetto "monista", gli obiettivi richiamati e l'elevata quota parte di finanziamento pubblico decisa, non lasciano dubbi riguardo all'importante ruolo di regolazione affidato all'ente pubblico, ovvero ai cantoni.

Tre sono gli aspetti più rilevanti da considerare: gli aspetti pianificatori, quelli finanziari e la libera scelta dell'ospedale.

Innanzitutto gli aspetti pianificatori. Le disposizioni transitorie relative alla modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 (finanziamento ospedaliero) prevedono che le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere alle nuove esigenze definite all'art. 39 LAMal e ai nuovi criteri di pianificazione uniformi definiti nell'OAMal, entro il 1° gennaio 2015, tre anni dopo l'introduzione degli importi forfetari (art. 49a LAMal). Questa sfasatura temporale è stata voluta al fine di poter valutare con sufficiente cognizione di causa gli effetti dell'introduzione del nuovo regime di finanziamento sull'offerta ospedaliera attuale prima di metter mano alla pianificazione ospedaliera in vigore, ossia prima di eventualmente riconsiderare l'adeguatezza dell'offerta ospedaliera rispetto alla copertura del fabbisogno ospedaliero della popolazione. In ogni caso, entro il 2015 il Cantone dovrà elaborare una nuova pianificazione ospedaliera secondo i criteri di pianificazione definiti agli artt. 58a, 58b, 58c, 58d e 58e OAMal.

In secondo luogo, gli aspetti finanziari. A contare dal 1° gennaio 2012, in base al nuovo art. 49a cpv. 2 LAMal, i Cantoni saranno tenuti a finanziare nella misura minima del 55% (quota parte cantonale) le degenze in ambito ospedaliero somatico acuto, riabilitativo e psichiatrico a carico dell'assicurazione di base, dispensate a pazienti domiciliati nel Cantone in tutti gli istituti - pubblici e privati - autorizzati ad esercitare a carico della LAMal e figuranti nell'elenco ospedaliero allestito dal Cantone (art. 39 cpv. 1 LAMal). La quota parte residua, fino ad un massimo del 45%, è assunta dagli assicuratori malattia.

Come si vedrà al capitolo 4, l'impatto finanziario per il Canton Ticino è notevole, in virtù della forte presenza di strutture ospedaliere private (cliniche). Inoltre, la messa in esecuzione secondo le nuove norme, richiede l'adozione di nuovi strumenti di gestione che riguardano tutte le parti coinvolte: Cantone, fornitori di prestazioni ed assicuratori malattia.

In terzo luogo, la libera scelta dell'ospedale. Il nuovo art. 41 cpv. 1bis LAMal prevede che, in caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo cantone di domicilio o in quello del cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). Tuttavia, l'applicazione di questo principio è indebolita dalla definizione della tariffa di riferimento per le varie tipologie di cura.

La libertà di scelta non sarà pertanto assoluta e potrà comportare oneri supplementari a carico dell'assicurato.

* * *

Il presente progetto di adeguamento della normativa cantonale alle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 21 dicembre 2007 concernente il finanziamento ospedaliero, propone l'adattamento dell'assetto legislativo cantonale in modo da tener conto delle nuove norme federali, ma nel contempo delle necessità della realtà ospedaliera cantonale, non forzosamente uguale alla realtà ospedaliera degli altri cantoni o specchio della realtà ospedaliera nazionale. Per questa ragione, il Consiglio di Stato, tenuto conto anche delle raccomandazioni concernenti l'applicazione della LAMal elaborate dai cantoni nell'ambito della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS-GDK), esplicita di seguito gli orientamenti generali ai quali ha ispirato la presente proposta.

Dato l'attuale assetto legislativo cantonale settoriale, si propone l'adeguamento alle nuove norme federali attraverso una modifica della Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997.

1. SINTESI DELLE NUOVE NORME FEDERALI SUL FINANZIAMENTO E SULLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

Le modifiche della LAMal e delle relative ordinanze, entrate in vigore il 1° gennaio 2009, rappresentano un vero cambiamento di paradigma nell'ambito del finanziamento ospedaliero. Si passa infatti da un finanziamento pubblico della degenza ospedaliera limitato agli ospedali pubblici o sovvenzionati a un regime di finanziamento uniforme per tutti gli istituti autorizzati (siano essi pubblici o privati), garantito dagli assicuratori e dai Cantoni e basato su di una struttura tariffale uniforme sul piano nazionale, in un contesto che favorisce la libera scelta dell'ospedale da parte dell'assicurato in tutta la Svizzera. La finalità dell'armonizzazione del sistema di finanziamento e dell'apertura delle "frontiere" cantonali è quella di favorire un rafforzamento della concorrenza tra gli ospedali. Il Cantone mantiene una funzione regolatrice fondamentale rappresentata dalla pianificazione ospedaliera nonché un ruolo di vigilanza e controllo, ma soprattutto estende la propria responsabilità finanziaria ai privati.

Le nuove norme federali impongono chiaramente un adeguamento della legislazione cantonale, determinandone in gran parte anche il contenuto. Una sintesi degli aspetti centrali della revisione della LAMal, obiettivo di questo capitolo, risulta quindi indispensabile per comprendere la proposta di modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) in oggetto. Il capitolo successivo, per contro, si sofferma sugli orientamenti generali del Consiglio di Stato laddove il quadro normativo nazionale concede un certo margine di manovra.

In estrema sintesi, la nuova legislazione federale tocca la pianificazione ed il finanziamento ospedalieri, concedendo un'accessibilità dell'assicurato agli ospedali di tutta la Svizzera. Le principali novità imposte dal diritto federale vengono riassunte di seguito, suddividendole nei due ambiti citati.

1.1 Pianificazione

La pianificazione elaborata dal Cantone è intesa a coprire il fabbisogno di cure della popolazione e deve rispettare i criteri uniformi emanati dalla Confederazione, compito che il Consiglio federale ha assunto nell'ambito della modifica dell'OAMal. Essa va verificata periodicamente (art. 58a cpv. 2 OAMal).

La pianificazione è riferita alle prestazioni per le cure somatico acute, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la psichiatria ed alle capacità per le case di cura. Essa sfocia in un elenco degli istituti cantonali ed extracantonali necessari ad assicurare l'offerta a copertura del fabbisogno e si concretizza con l'attribuzione di mandati di prestazioni ai singoli ospedali figuranti sullo stesso. I mandati specificano segnatamente il ventaglio di prestazioni che ogni istituto può offrire.

Nell'ambito della propria attività pianificatoria, il Cantone deve debitamente tenere in considerazione il principio della libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera, anch'esso introdotto con la revisione della LAMal in oggetto, così come l'offerta garantita dagli istituti che non figurano nel proprio elenco, ma che operano in regime convenzionale (artt. 49a cpv. 4 LAMal e 58b cpv. 2 OAMal).

Conformemente al nuovo diritto federale, gli ospedali figuranti nell'elenco sono tenuti, nei limiti dei loro mandati di prestazioni e delle loro capacità, a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro domicilio o dalla loro copertura assicurativa (obbligo d'ammissione).

Nell'eseguire la valutazione e la scelta dell'offerta da assicurare che figura sull'elenco, la legislazione federale prevede che i Cantoni considerino, in particolare, l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni, l'accesso alle cure entro un termine utile e la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni. Il criterio della qualità e quello relativo al carattere economico delle prestazioni rivestono un ruolo centrale nel nuovo quadro normativo e assumono grande importanza sia nell'ambito della pianificazione che del finanziamento ospedalieri.

Il Cantone ha l'obbligo di partecipare alla remunerazione delle prestazioni di cura dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) dispensate dagli istituti figuranti nell'elenco del Cantone o in quello del cantone di ubicazione dell'ospedale.

1.2 Finanziamento

Dal 1° gennaio 2012 la remunerazione delle cure ospedaliere a carico dell'AOMS avverrà sulla base di prezzi o tariffe forfettarie riferiti alle prestazioni e negoziati dai partner tariffali, ossia assicuratori e fornitori di prestazioni.

In particolare, i trattamenti stazionari acuti in ospedale saranno remunerati attraverso dei forfait per caso riferiti alle prestazioni e basati su una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera (SwissDRG). Siccome la tariffa deve coprire l'integralità dei costi necessari all'ospedale per erogare la prestazione, i costi d'investimento dell'ospedale sono inclusi nella remunerazione forfettaria.

La remunerazione dovuta all'ospedale secondo la tariffa forfettaria negoziata è presa a carico dal Cantone e dagli assicuratori malattia. La partecipazione del Cantone ammonta almeno al 55% del forfait versato all'ospedale ed è dovuta a tutti gli istituti ospedalieri autorizzati a praticare a carico dell'AOMS e figuranti sull'elenco, siano essi pubblici o privati.

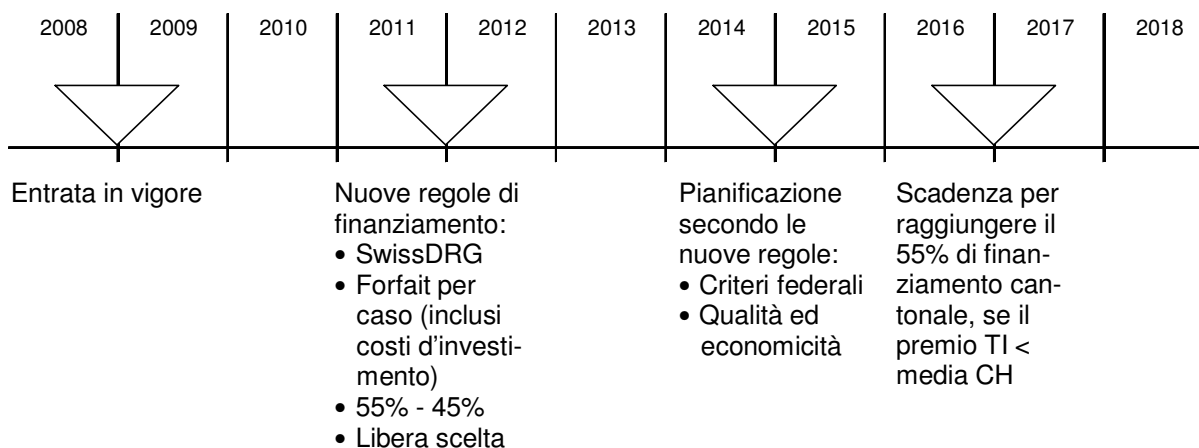
In caso di trattamento ospedaliero fuori Cantone in un ospedale riconosciuto (figurante quindi nell'elenco del Cantone o in quello del cantone di ubicazione dell'ospedale), la tariffa applicata è quella dell'istituto in caso di cura per motivi di ordine medico, altrimenti fa stato la tariffa applicata per la stessa cura in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone. In quest'ultimo caso, l'eventuale differenza sarà quindi assunta direttamente dall'assicurato o dall'assicurazione complementare. Infine, se un assicurato sceglie di farsi curare in un ospedale che non figura nell'elenco (ad eccezione dei casi urgenti per i quali assicuratori e Cantone di domicilio si assumono la tariffa dell'ospedale curante ripartita secondo la percentuale fissata dal Cantone di domicilio), il costo del trattamento sarà interamente a suo carico o a carico dell'assicurazione complementare.

Di competenza esclusiva del Cantone rimane il finanziamento delle prestazioni dette "d'interesse generale". Fra queste, la normativa federale cita il mantenimento di capacità ospedaliere per delle ragioni di politica regionale, la ricerca e la formazione universitaria. Questi costi non vengono finanziati attraverso i forfait.

In estrema sintesi, la revisione prevede quindi per il Cantone l'abbandono del finanziamento esclusivo di istituti ospedalieri pubblici e il passaggio a un finanziamento delle prestazioni, siano esse fornite da un ospedale pubblico o privato. Inoltre sancisce il principio della remunerazione delle stesse assunta dall'assicuratore e dal Cantone di domicilio dell'assicurato (finanziamento duale).

1.3 Scadenziario

L'entrata in vigore sul piano nazionale delle regole sul finanziamento e sulla pianificazione è stata volutamente prevista in più fasi. Il presente calendario riassume le scadenze delle principali modifiche suseposte:



In breve, le disposizioni inerenti il nuovo finanziamento ospedaliero entreranno in vigore il 1° gennaio 2012, mentre la pianificazione ospedaliera cantonale dovrà adempiere le esigenze della nuova normativa entro il 1° gennaio 2015. Come anticipato, questo *décalage* temporale si giustifica con la necessità di avere, ai fini della valutazione dell'attività pianificatoria ospedaliera, informazioni finanziarie e sulla qualità, disponibili solo a partire dal 2012, una volta iniziata l'introduzione di strumenti e regole uniformi.

2. ORIENTAMENTI GENERALI DEL CONSIGLIO DI STATO

Il contesto ospedaliero ticinese è caratterizzato da un importante settore privato che fornisce prestazioni in ambito ospedaliero somatico acuto, psichiatrico e riabilitativo. Secondo l'ultima pianificazione, attualmente in vigore, i posti letto attribuiti al settore ospedaliero pubblico rappresentano il 59% del totale, mentre quelli attribuiti al settore privato sono costituiti dal restante 41%², contro una media svizzera di rispettivamente 81% e 19%³.

L'entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero, ed in particolare l'uguaglianza di trattamento fra ospedali pubblici e privati, impone quindi degli evidenti oneri supplementari al nostro Cantone come evidenziato al capitolo 4 del presente Messaggio. Lo scopo affermato di questa modifica è quello di incentivare la concorrenza sul mercato delle cure ospedaliere. Tuttavia è importante sottolineare il fatto che, malgrado questa misura sia attuata per stimolare una più grande competizione fra istituti ospedalieri, permane il carattere pubblico del settore sanitario. Il Cantone partecipa al finanziamento di una prestazione fornita per l'adempimento di un compito pubblico. In effetti, un istituto privato, ammesso ad esercitare a carico della LAMal, è remunerato per delle prestazioni erogate al fine di coprire il fabbisogno in cure ospedaliere della popolazione, nell'ambito di un'assicurazione sociale. Il legislatore federale ha quindi creato un *mix* fra concorrenza e regolamentazione la cui applicazione non è di facile

² DL 29 novembre 2005 entrato in vigore il 2 ottobre 2007

³ Ufficio federale di statistica : Statistica amministrativa Intramuros 2009

interpretazione. È tuttavia indiscutibile il fatto che la nuova normativa federale attribuisce chiaramente al Cantone dei compiti di regolamentazione (pianificazione ospedaliera e definizione dei mandati) e di finanziamento (55% della tariffa relativa alle prestazioni erogate da ospedali pubblici e cliniche private). È pertanto importante e legittimo da parte dell'Autorità cantonale dotarsi di una serie di strumenti che permettano un'applicazione efficiente ed efficace della legislazione federale. In tal senso, e al fine di meglio monitorare e regolamentare l'offerta in ambito ospedaliero, il Consiglio di Stato ha optato per una serie di indirizzi strategici:

- a) la definizione di un volume massimo di prestazioni (art. 63c LCAMal);
- b) l'adempimento dell'obbligo di ammissione: i pazienti con la sola AOMS sono almeno il 60%;
- c) il versamento di una quota parte cantonale fissata al 55% (art. 66e LCAMal);
- d) la definizione di un contributo globale e di un contratto di prestazione (art. 66g LCAMal);
- e) la partecipazione del Cantone alle negoziazioni tariffali (art. 67a LCAMal).

È sulla base di questi orientamenti generali che il Consiglio di Stato ha deciso di modificare la LCAMal introducendo degli articoli in applicazione alla legge federale che permettano di meglio gestire sia dal punto di vista finanziario, sia amministrativo l'insieme del settore ospedaliero. Parte di questi indirizzi sono stati elaborati tenendo conto delle raccomandazioni della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Nei paragrafi che seguono saranno enunciati e sviluppati i principi generali, mentre che, per un loro maggior approfondimento, si rinvia al capitolo 3.2 del presente Messaggio.

a) Definizione di un volume massimo di prestazioni⁴

La nuova pianificazione prevede all'articolo 63c LCAMal che venga definito il ventaglio di prestazioni ed il volume massimo di prestazioni per gli istituti con sede nel Cantone. Questa norma si giustifica con la necessità di dare continuità alla situazione attuale. La legislazione in vigore attribuisce, in effetti, un numero determinato di letti alle strutture ospedaliere, limitando le capacità di trattamento degli ospedali presenti sulla lista. Alla stessa stregua è quindi ragionevole, con l'applicazione della nuova normativa federale, prevedere la definizione di un volume massimo di casi trattati nel quadro di una pianificazione ospedaliera fondata sulle prestazioni. Si tratta di non disperdere il lavoro attuato con le pianificazioni precedenti e di disporre a livello quantitativo di un perimetro di riferimento entro il quale andranno stabiliti i contratti di prestazione. È tuttavia evidente, come anche raccomandato dalla CDS, che una gestione diretta delle quantità non deve compromettere l'accessibilità alle cure della popolazione creando di fatto un razionamento implicito delle prestazioni. Al riguardo si evidenzia che la nuova pianificazione come già l'attuale, oltre ad assicurare l'offerta a copertura del fabbisogno (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal), va verificata periodicamente (art. 58a cpv. 2 OAMal). Il superamento di un valore massimo dovrà poi essere valutato attraverso differenti parametri che permettano di giustificarne la pertinenza (evoluzione epidemiologica, flussi dei pazienti all'interno del nuovo regime di libera scelta, per esempio). Eventuali misure correttive o sanzioni saranno previste all'interno dei singoli contratti di prestazione che regoleranno l'attività di ogni istituto. Da rilevare inoltre che la gestione delle quantità e, di conseguenza, la

⁴ Si veda: Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) (2009), [*Recommandations sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007*](#), adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, Recommandation 4: pp. 7-8

determinazione di una soglia massima di prestazioni risultano dall'impiego dei contratti di prestazione e del contributo globale, la cui validità come strumenti di gestione delle finanze è contemplata all'art. 51 cpv. 1 della LAMal.

Oltre alla gestione delle quantità, la CDS⁵ raccomanda pure di stabilire un numero minimo di casi per alcune prestazioni, al fine di assicurare qualità, concentrazione dell'offerta ed economicità. Non si è ritenuto di dover inserire questo principio nella legge, in quanto la definizione di un numero minimo di casi per alcune prestazioni si basa su criteri scientifici che possono evolvere a dipendenza di nuovi metodi di cura e del progresso tecnologico. Eventuali prescrizioni in questo senso potranno essere considerate nell'attribuzione dei mandati.

b) *Adempimento dell'obbligo di ammissione: i pazienti con la sola AOMS sono almeno il 60%*⁶

Gli istituti con sede nel Cantone figuranti sull'elenco sono tenuti a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone. Questo obbligo di ammissione può essere ritenuto adempiuto se almeno il 60% dei pazienti ha la sola AOMS. Il valore non è determinato al momento dell'attribuzione del mandato di prestazioni, ma verificato annualmente dall'entità designata dal Consiglio di Stato. Tenuto conto della quota di pazienti degenti negli istituti ticinesi con la sola AOMS, si ritiene appropriata una soglia del 60%. Il Consiglio di Stato reputa necessario che un finanziamento pubblico sia attribuito solo a quegli istituti che s'impegnano ad accogliere almeno il 60% di pazienti assicurati in camera comune. Questo garantisce delle condizioni di accessibilità minime uguali per tutti gli ospedali e le cliniche presenti sul territorio.

c) *Versamento di una quota parte cantonale fissata al 55%*

Il nuovo articolo 49a cpv. 2 della LAMal permette al Cantone di fissare, annualmente ed al più tardi nove mesi prima dell'inizio dell'anno civile, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. Il Consiglio di Stato ha deciso di stabilire per legge il principio che l'aliquota annuale a carico del Cantone ammonta al 55%. Questo consente al nostro Cantone di determinare una quota percentuale fissa di spesa. Il principio enunciato è coerente con la necessità del contenimento della spesa pubblica, tenuto conto anche dello sforzo importante a cui è chiamato il Cantone con la modifica della LAMal. È inoltre coerente con il principio della determinazione del contributo globale e con la definizione di un volume massimo di prestazioni.

d) *Definizione di un contributo globale e di un contratto di prestazione*

La possibilità di finanziare ospedali pubblici e cliniche private attraverso questo metodo di gestione è contemplata all' art. 51 cpv. 1 LAMal. Il contratto di prestazione è uno strumento di gestione applicato dal Cantone in modo generalizzato per i principali servizi pubblici. Oltre al campo socio-sanitario (anziani, cure e assistenza a domicilio, invalidi e dipendenze), si ricorda anche il settore dei trasporti e quello degli studi universitari. Nel contesto ospedaliero ticinese lo strumento del contratto di prestazione è uno strumento gestionale consolidato dal 2002, data dell'entrata in vigore del primo contratto di prestazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale. Esso consente di favorire un finanziamento prospettico e trasparente e, parallelamente, di responsabilizzare ed incentivare il contenimento dei costi. Il contratto di prestazione ha permesso, già durante questi anni di applicazione presso l'EOC, di essere considerato come un metodo di gestione flessibile ed

⁵ CDS, op.cit., *Recommandation 3*: p. 6

⁶ CDS, op.cit., *Recommandation 5*: pp. 9-10

efficiente che garantisce una gestione efficace del settore ospedaliero. L'applicazione empirica di questi concetti avviene attraverso la definizione di un contratto quadro e di un contratto di prestazione annuale. L'esistenza stessa del principio di rinnovo annuale consente di prendere in considerazione eventuali cambiamenti e/o scostamenti rispetto alla situazione regolamentata a preventivo, attraverso la definizione di soglie che permettano di valutare possibili variazioni. Per una valutazione dei suddetti strumenti, la cui applicazione si è rivelata oltremodo positiva, si rimanda al Messaggio 6373 sull'Approvazione del Rapporto annuale 2009 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e bilancio dell'applicazione del contratto di prestazione 2002 - 2009 (due quadrienni).

e) *Partecipazione del Cantone alle negoziazioni tariffali*

Per quel che concerne la definizione delle convenzioni tariffali ed il relativo processo di negoziazione, la nuova legislazione prevede la diretta partecipazione del Cantone. Questa proposta legislativa è giustificata dall'importante onere finanziario che il Cantone dovrà assumere con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero (rappresentato dal 55% di ogni prestazione). L'introduzione di questa nuova modalità di finanziamento di ospedali pubblici e di cliniche private rende auspicabile la partecipazione del Cantone alle negoziazioni tariffali, con l'obiettivo di garantire una metodologia comune di determinazione dei costi e dei prezzi ed in particolare della fissazione del 100% da considerare quale base di calcolo. La negoziazione fra finanziatori e fornitori di prestazioni, alla presenza del Cantone, favorirebbe quindi una coerenza nella definizione delle procedure concernenti la determinazione delle tariffe, a vantaggio di tutte le parti coinvolte.

* * *

Gli orientamenti elencati consentono allo Stato di monitorare e regolamentare l'offerta in ambito ospedaliero, soprattutto prendendo in considerazione l'importante onere finanziario che il Cantone dovrà assumere a partire dal 1. gennaio 2012 (si veda il capitolo 4. Impatto finanziario sui contributi del Cantone).

Il capitolo seguente propone il commento ai singoli articoli di adeguamento della legislazione cantonale.

3. PROPOSTE DI ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA CANTONALE

3.1 Impostazione generale: modifica della LCAMal

A seguito dell'entrata in vigore a livello federale della Legge sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994, il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore in Ticino la sua Legge di applicazione (Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997, LCAMal), il cui scopo è la definizione delle disposizioni cantonali di esecuzione della LAMal (art. 1 LCAMal). Il titolo V della LCAMal in vigore (artt. 63 segg.) è dedicato alle norme relative alla pianificazione cantonale degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS. Ai sensi dell'art. 39 vLAMal⁷ la pianificazione comprende, oltre gli ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal), anche le case di cura (art. 39 cpv. 3 vLAMal, segnatamente istituti per anziani e istituti per invalidi).

⁷ vLAMal = vecchia LAMal

Il Consiglio di Stato non intende modificare l'assetto legislativo attuale. Per unità di materia e per evitare inutili doppioni (ad esempio per quanto attiene alle norme relative alle convenzioni tariffali che valgono anche per il settore ambulatoriale) ritiene opportuno adeguare le disposizioni di esecuzione della LCAMal alle nuove norme federali concernenti la pianificazione e il finanziamento ospedaliero, introdotte con la revisione del 12 dicembre 2007 della Legge federale sull'assicurazione malattie. Questa soluzione tiene inoltre conto della scelta operata nel settore del finanziamento delle cure di non scorporare dalla LCAMal le disposizioni relative alla pianificazione ex art. 39 cpv. 3 LAMal (vedi Messaggio 6390 del 24 agosto 2010).

3.2 Commento ai singoli articoli

Art. 2 cpv. 3 - Campo di applicazione

L'art. 2 della LCAMal definisce il campo di applicazione limitatamente all'assoggettamento alla LAMal delle persone fisiche. Per chiarezza l'articolo è completato da un nuovo capoverso che estende il campo di applicazione alle norme relative alla pianificazione delle cure stazionarie nel settore sociosanitario ai sensi dell'art. 39 LAMal (ospedali e case di cura e case per partorienti) nonché a quelle concernenti il finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera.

Art. 3 - Vigilanza ed esecuzione

La competenza dell'esecuzione della legge non è della sola Cassa cantonale di compensazione AVS, ma di tutte le divisioni del Dipartimento della sanità e della socialità (Istituto delle assicurazioni sociali, Divisione della Salute pubblica e Divisione dell'Azione sociale e delle famiglie). Per ragioni di tecnica legislativa si propone lo stralcio del cpv. 2. Il Consiglio di Stato definirà in via di regolamento le istanze a cui affidare i compiti esecutivi.

Titolo V - Pianificazione

Art. 63 - Scopo e oggetto

L'art. 63 LCAMal definisce lo scopo e l'oggetto della pianificazione ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La revisione della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero non ha apportato alcuna modifica ai principi generali definiti all'art. 39 cpv. 1 lett. a - c LAMal per ottenere l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie degli ospedali e di altri istituti ai sensi dell'art. 39 LAMal. Il legislatore federale ha tuttavia introdotto un nuovo capoverso e delegato al Consiglio federale l'obbligo di formulare dei criteri uniformi di pianificazione in base alla qualità e all'economicità derivanti dalla sua giurisprudenza anteriore (art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal). Il Consiglio federale ha adempiuto al mandato e modificato gli artt. 58a - 58e dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995 (OAMal). La nuova formulazione dell'art. 63 LCAMal tiene conto degli obiettivi della pianificazione definiti a livello federale, in particolare all'art. 58a OAMal. La pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal garantisce agli abitanti del Cantone le cure ospedaliere in ospedale o in una casa per partorienti rispettivamente le prestazioni in una casa di cura (segnatamente istituti per anziani e istituti per invalidi). Affinché la copertura del fabbisogno sia garantita i cantoni devono determinare l'offerta da assicurare tramite l'inserimento degli ospedali e degli istituti nell'elenco ospedaliero (art. 58b cpv. 3 OAMal).

Art. 63a - Definizione dell'offerta

L'art. 63a riprende i criteri uniformi stabiliti a livello federale concernenti la pianificazione e concretizzati negli artt. 58a e segg. dell'OAMal.

Il cpv. 1 riprende la definizione degli ospedali, degli istituti e delle case per partorienti che devono essere presi in considerazione nell'elaborazione della pianificazione ospedaliera ai sensi dell'AOMS (art. 39 cpv. 1 e cpv. 3 LAMal). A seguito della revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero le case per partorienti figurano nell'elenco dei fornitori di prestazioni (art. 35 cpv. 2 lett. i LAMal). Le condizioni per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS sono analoghe a quelle previste per gli ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Il cpv. 2 definisce gli elementi dell'offerta complessiva: essa comprende, oltre l'offerta garantita dagli istituti (cantonali ed extracantonali) che figurano sull'elenco del Cantone, anche quella garantita da istituti che figurano su elenchi di altri Cantoni o che operano in regime convenzionale ai sensi dell'art. 49a cpv. 4 LAMal. Al momento attuale, nel nostro Cantone, non esistono ospedali che operano in regime convenzionale.

La pianificazione deve tenere conto di due principi introdotti con la revisione concernenti il finanziamento ospedaliero: da una parte la libera scelta dell'istituto da parte dell'assicurato e dall'altra la possibilità per gli ospedali o le case per partorienti che non figurano su un elenco cantonale di concludere delle convenzioni con gli assicuratori sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 63a cpv. 3). L'offerta da assicurare tramite l'elenco corrisponde quindi al fabbisogno di cure della popolazione cantonale dedotta l'offerta assicurata da istituti che non figurano sull'elenco (art. 58b cpv. 1, 2 e 3 OAMal).

Allo scopo di assicurare l'offerta necessaria, il cpv. 4 attribuisce al Consiglio di Stato la facoltà di sottoscrivere convenzioni con altri cantoni o istituti extracantonali. Questi accordi dovranno poi essere comunicati ai cantoni di ubicazione degli ospedali, nel rispetto delle norme dell'art. 39 cpv 2 LAMal e 58d OAMal sul coordinamento intercantonale delle pianificazioni.

Art. 63b - Modalità di pianificazione

Questo articolo riprende l'art. 58c OAMal ed elenca i vari tipi di pianificazione possibili. La revisione della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero ha introdotto il principio della remunerazione in base a importi forfettari riferiti alle prestazioni (art. 49 cpv. 1 LAMal). Per il settore delle cure somatiche acute e per le case per partorienti la legislazione federale prescrive la pianificazione riferita alle prestazioni. Per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale è mantenuta la possibilità della pianificazione riferita alle capacità accanto a quella riferita alle prestazioni. Tale soluzione è dovuta al fatto che per questi settori non è ancora stato creato un sistema basato su gruppi di diagnosi.(DRG). Per le case di cura la pianificazione è riferita alle capacità.

Art. 63c - Elenco e mandati

La determinazione e la garanzia dell'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure della popolazione cantonale avviene tramite l'elenco e i mandati di prestazioni previsti all'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal e art. 58e OAMal. A seguito della revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero i cantoni devono allestire un elenco completo degli istituti cantonali ed extra-cantonali necessari a coprire il fabbisogno "senza alcuna distinzione tra ospedali accessibili a tutti i beneficiari dell'assicurazione di base ed ospedali accessibili unicamente a chi è a beneficio di un'assicurazione complementare" (Messaggio finanziamento ospedaliero FF 2004, 4926).

Il Cantone attribuisce un mandato di prestazioni ad ogni istituto figurante nell'elenco. Il mandato di prestazioni descrive i compiti che l'istituto deve adempiere nel quadro della pianificazione cantonale. Attraverso il mandato il Cantone assegna all'istituto un ventaglio

di prestazioni per le quali esso è ammesso nell'elenco e quindi a fatturare a carico della assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Per gli istituti con sede nel Cantone il mandato definisce inoltre il volume massimo di prestazioni. La CDS raccomanda ai cantoni di prevedere una gestione delle quantità definendo nel quadro dell'attribuzione del mandato il numero massimo di casi⁸. Con la revisione della LAMal il legislatore ha optato per un abbassamento dei costi sanitari attraverso una maggiore concorrenza dei fornitori di prestazioni (pubblici e privati). Allo scopo di delimitare la spesa sanitaria e di dare continuità a quanto raggiunto finora in Ticino in ambito di pianificazione ospedaliera, il Consiglio di Stato ritiene giustificato prevedere con la legge, già a livello di pianificazione, una norma di questo genere. La LAMal impone ai Cantoni l'obbligo di assicurare il fabbisogno di cure attraverso la pianificazione, in particolare di garantire delle cure di qualità alla popolazione del Cantone contenendo nel contempo la spesa sanitaria.

L'art. 63c cpv. 4 del disegno di legge riprende quanto stabilito all'art. 58e cpv. 3 ultima frase OAMal: il mandato di prestazioni può prevedere in particolare l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.

Dall'interpretazione letterale dell'articolo dell'OAMal e dalla volontà del legislatore federale si evince che in generale il mandato di prestazioni può imporre altre condizioni o obblighi, sempre che questi siano riferiti alla copertura del fabbisogno di cure, che rispondano ad un interesse pubblico o che siano in relazione con i criteri pianificatori della qualità e dell'economicità imposti dalla LAMal.

Art. 63d - Criteri di pianificazione

L'art. 63d definisce i criteri da considerare nella valutazione e nella scelta degli istituti da riportare nell'elenco. I criteri menzionati non sono esaustivi e riprendono il contenuto dell'art. 58b cpv. 4 e 5 dell'OAMal. I cantoni devono valutare l'offerta tenendo conto in particolare dei criteri elencati e fare una scelta al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno e garantire una fornitura di prestazioni efficiente e di qualità. I Cantoni sono liberi di scegliere la procedura da adottare nella valutazione e nella scelta degli istituti. Il legislatore ha infatti rinunciato a imporre ai cantoni una procedura analoga a quella prevista dalla LF sugli acquisti pubblici⁹.

Art. 63e - Obbligo di ammissione

L'art. 63e cpv. 1 riprende il principio contenuto all'art. 41a LAMal concernente l'obbligo d'ammissione. Gli istituti con sede nel Cantone e figuranti sull'elenco ospedaliero sottostanno all'obbligo d'ammissione di tutti gli assicurati domiciliati in Ticino, tenuto conto del loro mandato di prestazioni e della loro capacità. L'obbligo d'ammissione vuole garantire una copertura sanitaria della popolazione del Cantone conformemente alla pianificazione.

Il cpv. 2 riprende la raccomandazione della CDS¹⁰ secondo cui l'obbligo di ammissione è rispettato se almeno il 50% dei pazienti dispone della sola AOMS. In questa sede, in base alla quota di pazienti degenti negli istituti ticinesi con la sola AOMS, si è ritenuta commisurata una percentuale del 60%. Questo capoverso crea la base legale per un controllo a posteriori del rispetto dell'obbligo d'ammissione da parte degli istituti figuranti sull'elenco del Cantone e mira a contenere distorsioni nella concorrenza.

⁸ CDS, op.cit., *Recommandation 4*: pp. 7-8

⁹ BU CN 2007 N 431; BU CS 2007 N 754 e CDS, op.cit., *Recommandation 1d*: p. 3

¹⁰ CDS, op.cit., *Recommandation 5b*: p. 9

Per gli assicurati domiciliati fuori Cantone l'obbligo d'ammissione si applica solo nei limiti dei mandati di prestazioni e nei casi d'urgenza.

Art. 66 - Verifica e revisione

L'art. 66 è stato riformulato per tenere conto delle modifiche intervenute e stabilire le competenze nel caso una revisione della pianificazione fosse necessaria.

Il Consiglio di Stato ha il compito di verificare periodicamente la pianificazione. Nel caso fosse necessaria una revisione si applica la medesima procedura prevista per l'adozione (art. 65).

Il Consiglio di Stato è inoltre competente a procedere a revisioni di minore entità. Si pensa in particolare alla capacità delle case di cura (istituti per anziani e istituti per invalidi) a seguito di ristrutturazioni come pure a eventuali aggiornamenti formali della struttura tariffale.

Il cpv. 4 dà la competenza al Consiglio di Stato di adeguare l'elenco ospedaliero in caso di revoca del mandato di prestazioni a seguito di rescissione del contratto ai sensi dell'art. 66r cpv. 3. Un tale modo di procedere è giustificato dal fatto che le prestazioni degli istituti figuranti sull'elenco sono finanziate dal Cantone tramite un contratto di prestazione. In caso di grave o ripetuta violazione dello stesso il Consiglio di Stato ha la facoltà di recedere e conseguentemente deve avere la competenza di adeguare tempestivamente l'elenco.

TITOLO Vbis - FINANZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI DI CURA OSPEDALIERA (Art. 39 cpv. 1 LAMal)

La revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero impone l'introduzione di questo nuovo Titolo nella LCAMal concernente il finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi della LAMal. Finora il Cantone partecipava al finanziamento dei costi di gestione dell'EOC con la concessione di un contributo globale calcolato annualmente sulla base dei mandati di prestazione. Le norme relative sono contenute nella Legge sull'Ente ospedaliero cantonale del 19 dicembre 2000 (LEOC). La modifica della LAMal del dicembre 2007 sul finanziamento ospedaliero impone invece ai Cantoni la partecipazione al finanziamento delle prestazioni stazionarie a carico dell'AOMS di tutti gli ospedali figuranti nell'elenco ospedaliero, indipendentemente dalla ragione sociale (pubblico o privato). È quindi necessario disciplinare in un unico nuovo Titolo le regole concernenti la partecipazione finanziaria del Cantone alle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi della LAMal e abrogare gli articoli specifici della LEOC.

Il Titolo Vbis distingue la partecipazione del Cantone al finanziamento delle prestazioni ospedaliere dei fornitori di prestazioni con sede nel Cantone (capitolo II) dalla partecipazione ai costi delle prestazioni ospedaliere effettuate da ospedali fuori Cantone (capitolo III). Il primo capitolo disciplina invece il campo di applicazione e i principi generali.

Art. 66a - Principio

Questo articolo definisce il principio secondo cui il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ospedaliero ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal.

Art. 66b - Fornitori di prestazioni

Questo articolo disciplina il campo d'applicazione del Titolo Vbis della LCAMal definendo i fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico della LAMal ai quali sono applicabili

le norme cantonali sul finanziamento ospedaliero. Il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera dei seguenti fornitori:

- a. ospedali e i rispettivi reparti adibiti alla cura di malattie somatiche acute, psichiatriche e di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, e
- b. le case per partorienti.

La LCAMal non concerne invece il finanziamento delle case di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, regolato a livello cantonale da altre leggi specifiche (Legge anziani, Legge assistenza e cura a domicilio, Legge invalidi).

Art. 66c - Principio

Allo scopo di limitare la spesa sanitaria l'art. 51 LAMal permette ai Cantoni di fissare un importo complessivo per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie degli ospedali e, analogamente, delle case per partorienti, riservata la ripartizione dei costi tra Cantone e assicuratori ai sensi dell'art. 49a LAMal. Il Consiglio di Stato, viste le incertezze ancora esistenti a livello federale concernenti la remunerazione delle prestazioni a carico dell'assicurazione di base e allo scopo di contenere e avere un controllo sulla spesa sanitaria, ritiene opportuno mantenere quale strumento di finanziamento, analogamente ad altri cantoni (attualmente sono conosciuti: NE, OW, NE, SZ, VD e ZH), quello del contributo globale, già oggi valevole per l'EOC e per altri istituti.

Il cpv. 2 permette al Cantone di finanziare i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale che non sono a carico della LAMal (art. 49 cpv. 3 LAMal). Sono ad esempio considerate prestazioni economicamente di interesse generale il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale, la ricerca e l'insegnamento universitario.

Art. 66d - Contributo globale

Questo articolo riprende il sistema di finanziamento e la formulazione degli articoli relativi al finanziamento dell'EOC (art. 25 lett. b, art. 30 LEOC). Conformemente all'art. 51 LAMal il Consiglio di Stato fissa annualmente per ogni fornitore di prestazioni figurante sull'elenco un contributo globale sulla base del mandato di prestazioni, della relativa attività e nel rispetto delle disposizioni legali e degli accordi tariffali. Il Consiglio di Stato sottopone al Gran Consiglio un messaggio unico, corredato dai singoli contratti di prestazione e contributi globali, per l'approvazione dell'ammontare annuale del contributo complessivo. A consuntivo, il Consiglio di Stato sottopone per approvazione al Gran Consiglio, tramite messaggio, un resoconto dell'utilizzo dei contributi globali e del rispetto dei contratti di prestazione.

Art. 66e - Prestazioni di cura ospedaliera

Art. 66f - Prestazioni economicamente di interesse generale

Questi due articoli disciplinano le modalità per la determinazione del contributo globale concernente le prestazioni di cura ospedaliera e quelle economicamente di interesse generale.

L'art. 66e cpv. 1, 3 e 4 riprende i principi delle disposizioni federali relativi alla remunerazione delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi della LAMal.

La revisione della LAMal del dicembre 2007 ha introdotto il sistema del finanziamento legato alle prestazioni. Le cure stazionarie a carico della LAMal sono remunerate attraverso importi forfettari fissati per ogni singolo caso. Tali importi sono riferiti alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera (art. 49 cpv. 1 LAMal).

Nel calcolo degli importi forfettari confluiscono anche i costi d'investimento e quelli per la formazione non universitaria (si veda Messaggio FF 2004, pag. 4931).

Il cpv. 4 riprende la definizione di "investimenti" contenuta all'art. 8 dell'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre).

Il cpv. 2 definisce la quotaparte a carico del Cantone. Il Consiglio di Stato ritiene opportuno, per ragioni di trasparenza e di contenimento della spesa pubblica¹¹ stabilire già a livello di legge la quotaparte cantonale relativa al finanziamento ospedaliero delle prestazioni di cura ai sensi della LAMal. Ai sensi dell'art. 49a cpv. 2 LAMal la quotaparte del Cantone ammonta almeno al 55% della tariffa fissata dai partner tariffali a copertura del costo delle prestazioni erogate ai sensi dell'AOMS.

Art. 66g - Principio

Art. 66h - Contratto quadro

Art. 66i - Contratto di prestazione annuale

Art. 66l - Assenza di contratto

Questi articoli disciplinano i contenuti minimi dei contratti di prestazione e la competenza a stipularli con i fornitori di prestazioni. Il Cantone è tenuto a partecipare al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera dei fornitori di prestazioni figuranti sull'elenco ospedaliero. I contratti di prestazioni regolano nel dettaglio i principi generali e gli impegni tra il Cantone e i fornitori di prestazioni relativi alle prestazioni risultanti dai mandati di prestazione a loro attribuiti conformemente alla pianificazione.

In particolare l'art. 66h, lett. b, permetterà di definire a livello contrattuale le modalità di contabilizzazione e di utilizzo della quota parte di tariffa relativa agli investimenti. Con questa disposizione si vuole garantire che questi importi vengano contabilizzati separatamente dai ricavi d'esercizio, per poter vincolare la loro destinazione alla copertura degli oneri d'investimento.

L'art. 66l crea la base legale per il Consiglio di Stato di definire attraverso una decisione gli obblighi relativi alla fornitura delle prestazioni e alle modalità di remunerazione, qualora non sia possibile giungere ad un accordo.

Art. 66m - Strumenti di gestione

Art. 66n - Trasmissione dei dati

Art. 66p - Costi d'investimento

Questi articoli disciplinano gli obblighi dei fornitori di prestazioni con sede nel Cantone e figuranti nell'elenco ospedaliero, con i quali il Cantone ha stipulato un contratto di prestazione. In particolare i fornitori di prestazioni devono disporre di strumenti di gestione adeguati e conformi alle disposizioni federali e devono trasmettere le statistiche e i dati necessari alla verifica dell'esecuzione dei contratti.

Art. 66q - Competenza

Art. 66r - Violazioni del contratto

Art. 66s - Modifica delle circostanze

Questi articoli regolano la vigilanza sul corretto adempimento dei contratti di prestazioni, definiscono le conseguenze di eventuali violazioni degli stessi o di disposizioni legali e creano la base legale per modificare i contratti in caso di cambiamenti importanti e imprevedibili delle circostanze.

¹¹ si veda il punto c) versamento di una quota parte cantonale fissata al 55%, a pagina 9

L'art. 66r cpv. 1 rimanda per analogia alle norme previste dalla Legge sui sussidi per quanto concerne la restituzione del contributo globale in caso di mancato adempimento dei contratti di prestazione.

In caso di grave e/o ripetuta violazione dei contratti di prestazioni o di norme legali il Consiglio di Stato ha la facoltà di recedere con effetto immediato dai contratti di prestazione. La rescissione dei contratti di prestazione comporta la revoca del mandato di prestazioni e l'esclusione dall'elenco ospedaliero (art. 66r cpv. 3). Questo capoverso è importante poiché il Cantone è tenuto a partecipare al finanziamento delle prestazioni ospedaliere di tutti i fornitori figuranti sull'elenco.

Art. 66t - Libera scelta

Art. 66u - Prestazione con indicazione medica

Art. 66v - Prestazione senza indicazione medica

Gli articoli del capitolo III disciplinano la procedura, le modalità e la partecipazione finanziaria del Cantone per i ricoveri fuori Cantone.

L'art. 66t riprende il principio contenuto nella LAMal della libera scelta dell'assicurato. Ai sensi dell'art. 41 cpv. 1bis LAMal l'assicurato, in caso di cura ospedaliera, ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone o nell'elenco del cantone di ubicazione dell'ospedale. Come anticipato (si veda pag. 3) il principio della libera scelta è comunque limitato e potrà infatti comportare, a seconda del caso, degli oneri supplementari a carico dell'assicurato.

La remunerazione delle prestazioni a carico dell'AOMS per la cura ospedaliera in un ospedale fuori Cantone è diversa a dipendenza se il ricovero avviene per motivi di ordine medico ai sensi dell'art. 41 cpv. 3bis LAMal (art. 66u) o per motivi personali (art. 66v).

In caso di cura ospedaliera con indicazione medica e in caso di urgenza in un ospedale che figura nell'elenco, il Cantone e l'assicuratore assumono la tariffa dell'ospedale curante secondo la quotaparte rispettiva ai sensi dell'art. 49a LAMal. In questi casi non è necessaria un'autorizzazione del Cantone.

In caso di cura ospedaliera per motivi di ordine medico in un ospedale che non figura nell'elenco cantonale, il Cantone e l'assicuratore assumono la tariffa dell'ospedale curante secondo la quotaparte rispettiva ai sensi dell'art. 49a LAMal. In questi casi è necessaria un'autorizzazione del Cantone o, nei casi di urgenza, una garanzia di pagamento (art. 41 cpv. 3 e 3bis LAMal).

Per i ricoveri fuori Cantone senza indicazione medica, se l'ospedale non figura sull'elenco del cantone di domicilio dell'assicurato, il Cantone e l'assicuratore remunerano la loro quotaparte ai sensi dell'art. 49a LAMal al massimo secondo la tariffa più bassa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco (art. 41 cpv. 1bis LAMal). L'eventuale differenza tra la tariffa dell'ospedale curante e quella di riferimento è a carico dell'assicurato o dell'assicurazione complementare.

TITOLO VI - CONVENZIONI

Art. 67a - Convenzioni tariffali con gli ospedali

L'introduzione di questo nuovo articolo tiene conto di una delle modifiche principali apportate alla LAMal nell'ambito della revisione concernente la pianificazione e il finanziamento ospedaliero: l'introduzione del finanziamento secondo importi forfettari in funzione delle prestazioni.

L'art. 67a riprende i principi generali contenuti nella LAMal concernenti le convenzioni tariffali del settore stazionario. Ai fini di una maggiore trasparenza e di agevolare i confronti su scala nazionale, le prestazioni di cura ospedaliera ai sensi della LAMal sono remunerate secondo tariffe basate su strutture uniformi approvate a livello nazionale (art.

49 cpv. 1 LAMal e 59c, 59d, 59e OAMal). I partner tariffali (assicuratori e fornitori di prestazioni) nell'ambito della negoziazione tariffale devono pertanto stabilire importi forfettari fissati di norma per ogni singolo caso, riferiti alle prestazioni e basati su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Per il settore somatico acuto si è optato per il sistema DRG (Diagnosis Related Group). Per i settori della psichiatria e della riabilitazione un tale sistema pare non appropriato e per il momento la remunerazione è prevista ancora sulla base di forfaits giornalieri.

La struttura tariffale riferita alle prestazioni è uguale per ogni assicurato, indipendentemente dalla sua copertura assicurativa. Ai sensi della LAMal la tariffa è negoziata annualmente dai partner tariffali (assicuratori e fornitori di prestazioni). Ai sensi dell'art. 67a cpv. 3 il Cantone partecipa alle negoziazioni.

Art. 68 cpv. 2 e 3 - Approvazione e fissazione della tariffa

L'articolo 68 è stato precisato con l'aggiunta della competenza del Consiglio di Stato di fissare la tariffa in caso di assenza di convenzione tariffale (art. 47 LAMal).

Art. 72 - Ricoveri ospedalieri fuori Cantone

L'articolo 72 della LCAMal in vigore disciplina le ospedalizzazioni fuori Cantone e deve essere abrogato, ritenuto che le nuove disposizioni concernenti la remunerazione di tali prestazioni sono regolate dagli articoli 66t - 66v del presente disegno di legge.

Capitolo Ibis - Tribunale cantonale amministrativo

Art. 76 - 76b

Le norme sul contenzioso sono state completate e adeguate all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento.

Per quanto concerne le ospedalizzazioni fuori Cantone per motivi di ordine medico l'art. 41 cpv. 3 LAMal prevede il rilascio di un'autorizzazione del Cantone di domicilio. L'art. 76 cpv. 3 è completato e istituisce quale autorità di ricorso contro tali decisioni il Tribunale cantonale delle assicurazioni, analogamente a quanto avviene oggi in ambito di rilascio della garanzia di assunzione dei costi.

Quale istanza di ricorso in materia di controversie derivanti dall'applicazione dei contratti di prestazione e in materia di finanziamento, il Consiglio di Stato ritiene opportuno attribuire questa competenza al Tribunale cantonale amministrativo, analogamente a quanto è previsto in altri settori. Per questo motivo, ritenuto che ai sensi dell'art. 76 contro le decisioni emanate in virtù della LCAMal è di regola competente il Tribunale cantonale delle assicurazioni, l'art. 76 cpv. 4 prevede una riserva.

3.3 Commento alle modifiche della LEOC

Art. 25 - Competenze del Gran Consiglio

Il contenuto della lett. b è stato precisato con un rimando all'art. 66d della LCAMal.

TITOLO IV - FINANZIAMENTO

Art. 29 - Principi

I cpv. 1 e 2 distinguono il finanziamento in base alle prestazioni erogate ai sensi dell'art. 66c LCAMal (prestazioni di cura ospedaliera e d'interesse generale) dalle altre attività e prestazioni dell'EOC erogate in ambito stazionario e ambulatoriale, nonché relative alle gestioni estranee e ai mandati speciali attribuiti dal Consiglio di Stato all'EOC ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 della LEOC.

4. IMPATTO FINANZIARIO SUL CONTRIBUTO DEL CANTONE

Le conseguenze finanziarie della proposta di nuovo assetto legislativo risultano dalla combinazione di più elementi:

- la partecipazione dello Stato al finanziamento di tutte le strutture sanitarie (pubbliche e private) che figurano sul DL 29 novembre 2005 (in vigore dal 2 ottobre 2007), nella misura del 55% della tariffa stabilita dai partner tariffali, per la remunerazione dei costi delle prestazioni LAMal erogate;
- l'inclusione nella tariffa degli oneri d'investimento (attualmente a carico dello Stato per il settore pubblico e a carico degli assicuratori per il settore privato) e dei costi per la formazione del personale non universitario (attualmente completamente a carico dello Stato per il settore pubblico e a carico delle cliniche per il settore privato);
- le conseguenze finanziarie della libera scelta per tutti gli assicurati sulla partecipazione cantonale alle ospedalizzazioni fuori cantone, in caso di indicazione medica il 55% della tariffa dell'ospedale curante e in assenza di indicazione medica il 55% della tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione in un ospedale che figura sulla lista del Cantone.

I dati a disposizione per il calcolo dell'onere supplementare sono provvisori e si fondano sui pagamenti a carico della LAMal nell'anno 2009. Inoltre i parametri per la stima dei costi di investimento e dei costi di formazione del personale non universitario e universitario sono ancora in fase di studio a livello federale. A seguito del cambiamento, anche il flusso di pazienti verso ospedali della Svizzera interna è di difficile previsione.

In base agli elementi soprarichiamati, l'onere supplementare per il nostro Cantone può essere così stimato:

per le cure somatiche-acute:	CHF 67.7 milioni
per le cure psichiatriche:	CHF 7.5 milioni
per le cure riabilitative:	CHF 9.0 milioni
per la libera scelta:	CHF 0.8 milioni
per un totale di 85 milioni di franchi.	

Sulla base di questo trasferimento di oneri, si stima che la spesa dei contributi per la riduzione dei premi assicurazione malattia a carico del Cantone diminuisca di 18.2 milioni di franchi (si veda LD/PF capitolo nuovi compiti).

È sicuro che il nuovo regime di finanziamento ospedaliero avrà un effetto positivo sull'evoluzione dei costi a carico dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Questo importante trasferimento di costi dall'AOMS al Cantone deve essere computato integralmente dagli assicuratori malattia nelle loro richieste relative ai premi 2012. Al riguardo è indispensabile che il Dipartimento federale dell'interno assicuri la massima vigilanza nell'ambito della sua approvazione dei premi 2012. Il Consiglio di Stato con lettera al Consiglio federale del 13 ottobre 2010 (copia a: Deputazione ticinese alle Camere federali; Sorvegliante dei prezzi; santésuisse, Soletta; Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della salute) ha già evidenziato in modo molto chiaro la presente questione e richiesto la massima attenzione.

È indispensabile che l'Autorità politica competente garantisca una computazione corretta da parte degli assicuratori. La popolazione del Canton Ticino non deve assolutamente pagare due volte i costi che sono trasferiti dagli assicuratori al Cantone: una prima volta con i premi e una seconda volta con la fiscalità. Trattandosi di un puro trasferimento, non di un aumento di costi, la popolazione non deve sopportare maggiori oneri per il finanziamento di questi costi ospedalieri: globalmente l'onere supplementare a carico della fiscalità del Cantone deve essere integralmente compensato dalla diminuzione dei premi assicurativi.

5. NECESSITÀ DI POTENZIAMENTO DELLE UNITÀ AMMINISTRATIVE CANTONALI

Al fine di preparare per tempo gli strumenti necessari per l'implementazione delle modifiche LAMal, il Consiglio di Stato, nella sua nota a protocollo del 3 febbraio 2009, autorizzava il DSS ad avvalersi di un'unità di lavoro supplementare a tempo pieno. L'assunzione di un collaboratore scientifico è stata effettuata a far tempo dal 1° settembre 2009. Inoltre nelle Linee direttive e Piano finanziario (edizione del dicembre 2009: n. 16, pag. 185) è stata prevista un'ulteriore unità a PF 2011, già inclusa nel progetto di preventivo 2011.

La rinuncia da parte del Consiglio federale ad elaborare direttive chiare ed univoche di applicazione della legislazione federale in materia di pianificazione e finanziamento dei costi di investimento e di formazione, costringe i cantoni a proporre, sperimentare e controllare soluzioni che implicano un impegno elevato a livello di risorse umane.

Lo strumento del contratto legato all'erogazione delle prestazioni presuppone un controllo puntuale della pertinenza e della corretta codifica delle stesse, per rapporto a quanto convenuto: questo comporta la necessità di una competenza clinica.

I lavori di preparazione dei contratti di prestazione che accompagnano il messaggio governativo a preventivo e a consuntivo, nonché il *controlling* dei contratti stessi, giustificano di conseguenza la richiesta di due unità supplementari, di cui una già inserita a P2011.

6. RELAZIONI CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO DI LEGISLATURA

Il Piano finanziario e le Linee direttive di legislatura e i loro successivi aggiornamenti tengono conto in modo appropriato delle conseguenze della presente modifica legislativa, in particolare delle conseguenze finanziarie relative, stimate a 85.15 milioni di franchi (compresa un'unità di personale supplementare). Tuttavia, con riferimento alla necessità di un'unità di personale supplementare, si rileva che è stato precisato: "gli importi inseriti sono delle indicazioni di massima che andranno verificati e consolidati in base ai lavori di implementazione effettivi".

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, L. Pedrazzini

Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

LEGGE

di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal); modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista la modifica del 21 dicembre 2007 della legge federale sull'assicurazione malattie;
- visto il messaggio del 23 novembre 2010 n. 6422 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

I.

La Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 è così modificata:

Art. 2 cpv. 3 (nuovo)

³Essa disciplina inoltre la pianificazione delle cure stazionarie nel settore sociosanitario ai sensi dell'art. 39 LAMal e il finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera in ambito stazionario.

Art. 3 cpv. 2

²Abrogato.

Art. 63

¹La pianificazione definisce l'offerta intesa a coprire il fabbisogno di cure della popolazione ai sensi dell'art. 39 LAMal.

²La pianificazione presuppone la determinazione del fabbisogno di cure della popolazione del Cantone.

Art. 63a (nuovo)

B. Definizione dell'offerta

¹Per definire l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure la pianificazione ai sensi dell'art. 39 LAMal considera i seguenti istituti:

- a) ospedali somatici acuti, psichiatrici e di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal),
- b) le case di cura e
- c) le case per partorienti (art. 39 cpv. 3 LAMal).

²L'offerta é garantita dagli istituti che figurano sull'elenco e da quelli che non figurano sull'elenco e che operano in regime convenzionale.

³La pianificazione tiene conto della libertà di scelta dell'assicurato tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello di ubicazione dell'ospedale, come pure delle collaborazioni intercantionali e delle convenzioni sottoscritte con altri Cantoni e istituti con sede fuori Cantone.

⁴Allo scopo di assicurare l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure il Consiglio di Stato può sottoscrivere convenzioni con altri Cantoni e istituti extra-cantionali.

Art. 63b (nuovo)

C. Modalità di pianificazione

La pianificazione è riferita alle prestazioni per quanto concerne gli ospedali somatici acuti e le case per partorienti, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale, alle capacità per le case di cura.

Art. 63c (nuovo)

D. Elenco e mandati

¹Il Cantone riporta nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 1 lett. e e cpv. 3 LAMal gli istituti cantonali ed extracantionali necessari ad assicurare l'offerta secondo l'art. 63a.

²Il Cantone attribuisce un mandato di prestazioni agli istituti che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e e cpv. 3 LAMal.

³Il mandato definisce il ventaglio di prestazioni e per gli istituti con sede nel Cantone ai sensi dell'art. 63a lett. a e c il volume massimo di prestazioni.

⁴Il mandato può prevedere in particolare l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.

Art. 63d (nuovo)

E. Criteri di pianificazione

Nella valutazione e nella scelta degli istituti figuranti nell'elenco il Cantone considera in particolare:

- a) la qualità e l'economicità delle prestazioni,
- b) l'accessibilità alle cure entro un termine utile,
- c) la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

Art. 63e (nuovo)

F. Obbligo di ammissione

¹Gli istituti con sede nel Cantone figuranti sull'elenco sono tenuti, nei limiti del loro mandato di prestazioni e delle loro capacità, a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone.

²L'obbligo di ammissione risulta adempiuto se i pazienti con la sola Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono almeno il 60%.

³Per gli assicurati domiciliati fuori Cantone, l'obbligo d'ammissione si applica soltanto nei limiti del mandato di prestazioni e nei casi d'urgenza.

Art. 64

G. Elaborazione Solo numerazione marginale

Art. 65

H. Competenze del Gran Consiglio Solo numerazione marginale

Art. 66

I. Verifica e revisione ¹La revisione della pianificazione avviene secondo la periodicità richiesta dalla legislazione federale.

²Il Consiglio di Stato verifica se è necessario un aggiornamento della pianificazione e se del caso applica la medesima procedura prevista per l'adozione.

³Revisioni di minore entità sono di competenza del Consiglio di Stato.

⁴Il Consiglio di Stato adegua l'elenco in caso di revoca del mandato di prestazioni ai sensi dell'art. 66r cpv. 3.

TITOLO Vbis - FINANZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI DI CURA OSPEDALIERA (Art. 39 cpv. 1 LAMal)

Capitolo I - In generale

Art. 66a (nuovo)

A. Principio Il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal.

Art. 66b (nuovo)

B. Fornitori di prestazioni Sono considerati fornitori di prestazioni:

- a) gli ospedali e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie somatiche acute, psichiatriche e di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal e
- b) le case per partorienti.

Capitolo II - Fornitori di prestazioni con sede nel Cantone

Art. 66c (nuovo)

A. Principio ¹Il finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera dei fornitori di prestazioni con sede nel Cantone e figuranti sull'elenco conformemente all'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal è assunto dal Cantone tramite un contributo globale e dagli assicuratori LAMal.

²Il Cantone può finanziare i costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal.

Art. 66d (nuovo)

B. Contributo globale ¹Il Consiglio di Stato fissa annualmente per ogni fornitore di prestazioni un contributo globale sulla base del mandato di prestazioni, della relativa attività e nel rispetto delle disposizioni legali e degli accordi vigenti in materia tariffale.

²Il Gran Consiglio approva a preventivo l'ammontare annuale del contributo complessivo, suddiviso nei singoli contributi globali per ogni fornitore di prestazioni e, a consuntivo, il resoconto dell'utilizzo dei contributi globali e del rispetto dei contratti di prestazione.

Art. 66e (nuovo)

C. Determinazione del contributo globale
I. Prestazioni di cura ospedaliera ¹Il contributo globale copre parte dei costi delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

²Il contributo globale a carico del Cantone è determinato sulla base del 55% della tariffa ai sensi dell'art. 67a.

³I costi per le prestazioni di cura ospedaliera comprendono i costi di investimento e i costi per la formazione non universitaria.

⁴Sono considerati investimenti unicamente gli immobili e le attrezzature necessari all'adempimento dei mandati di prestazione attribuiti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal.

Art. 66f (nuovo)

II. Prestazioni economicamente di interesse generale Il Cantone può determinare l'ammontare del contributo relativo ai costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal tenendo conto in particolare delle disposizioni federali e di altre norme applicabili.

Art. 66g (nuovo)

D. Contratto di prestazione
I. Principio Il Consiglio di Stato stipula con i fornitori di prestazioni dei contratti quadro e dei contratti di prestazione annuali.

Art. 66h (nuovo)

II. Contratto quadro ¹Il contratto quadro regola i principi generali e gli impegni tra il Cantone e i singoli fornitori di prestazioni relativi alle prestazioni finanziate dal Cantone.

²Esso definisce in particolare:

- a) la tipologia di prestazioni;
- b) le modalità di contabilizzazione e di utilizzo della quota parte relativa agli investimenti;
- c) l'attività di formazione non universitaria;
- d) gli obblighi di assistenza;
- e) le modalità di calcolo del contributo e dei suoi adeguamenti;
- f) la natura, le modalità e la frequenza dei dati da trasmettere;
- g) le disposizioni relative alla sua approvazione e al suo rinnovo, come pure a eventuali aggiornamenti o revoca.

³Esso è concluso di regola per una durata di quattro anni.

- III. Contratto di prestazione annuale**
- Art. 66i (nuovo)**
- ¹Il contratto di prestazione annuale regola nel dettaglio i diritti e i doveri dei fornitori di prestazioni e del Cantone nei limiti dell'art. 66h.
- ²Esso definisce in particolare:
- a) il volume delle prestazioni da fornire;
 - b) i criteri di qualità;
 - c) la remunerazione delle prestazioni;
 - d) l'ammontare del contributo globale e gli eventuali adeguamenti.
- IV. Assenza di contratto**
- Art. 66l (nuovo)**
- In caso di assenza del contratto il Consiglio di Stato stabilisce in una decisione gli obblighi relativi alla fornitura delle prestazioni, in particolare il tipo, il volume delle prestazioni, i criteri di qualità e le modalità di remunerazione.
- E. Strumenti di gestione**
- Art. 66m (nuovo)**
- ¹I fornitori di prestazioni devono disporre di strumenti di gestione adeguati conformi alle disposizioni federali in materia, in particolare di:
- a) una statistica delle prestazioni,
 - b) una contabilità analitica,
 - c) una contabilità degli investimenti.
- ²Il Cantone e gli assicuratori LAMal possono consultare gli atti.
- F. Trasmissione dei dati**
- Art. 66n (nuovo)**
- ¹I fornitori di prestazioni devono trasmettere al Cantone le statistiche previste dalla legislazione federale e tutti i dati necessari alla verifica dell'esecuzione dei contratti di prestazione.
- ²La natura dei dati, le modalità e la frequenza di trasmissione sono definiti nel contratto quadro.
- G. Costi di investimento**
- Art. 66o (nuovo)**
- ¹I fornitori di prestazioni devono contabilizzare separatamente la quota parte di tariffa inerente gli investimenti secondo i principi fissati nel contratto quadro.
- ²L'utilizzo va documentato e deve essere conforme alle disposizioni della presente legge e del contratto di quadro.

Art. 66p (nuovo)

H. Formazione non universitaria

¹L'attività di formazione non universitaria è definita nel contratto quadro.

²La sua esecuzione deve essere documentata e la sua remunerazione deve essere conforme alle disposizioni della presente legge e del contratto quadro.

Art. 66q (nuovo)

I. Controllo I. Competenza

¹Il Consiglio di Stato esercita il controllo sul corretto adempimento dei contratti di prestazione.

²Egli può stabilire nel contratto quadro misure speciali di vigilanza.

Art. 66r (nuovo)

II. Violazioni del contratto

¹In caso di cattivo o mancato adempimento dei contratti di prestazione si applicano per analogia le norme previste dalla Legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

²Il Consiglio di Stato può recedere con effetto immediato dai contratti di prestazione nel caso di gravi e/o ripetute violazioni degli stessi o delle disposizioni legali.

³La rescissione dei contratti comporta la revoca del mandato di prestazioni e l'esclusione dall'elenco ospedaliero ai sensi dell'art. 63c.

Art. 66s (nuovo)

III. Modifica delle circostanze

Il contratto di prestazione è modificato in caso di cambiamenti importanti e imprevedibili delle circostanze, in particolare nel caso di modifiche della legislazione.

Capitolo III - Ricoveri fuori Cantone

Art. 66t (nuovo)

A. Libera scelta

In caso di cura ospedaliera ai sensi della LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali del Cantone di domicilio o tra quelli di un altro Cantone purché figuranti sui rispettivi elenchi.

Art. 66u (nuovo)

B. Prestazione con indicazione medica

¹In caso di cura ospedaliera per motivi di ordine medico, ai sensi dell'articolo 41 cpv. 3bis, in un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone è necessaria un'autorizzazione del Cantone, salvo per i casi di urgenza.

²In caso di cura ospedaliera urgente in un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone è necessario il rilascio di una garanzia di pagamento.

³Il Consiglio di Stato designa l'istanza idonea a verificare se sono adempiuti i requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione e il rilascio delle garanzie finanziarie.

⁴Il Cantone e l'assicuratore si assumono la tariffa dell'ospedale curante secondo la quotaparte rispettiva giusta l'art. 49a LAMal.

Art. 66v (nuovo)

C. Prestazione senza indicazione medica In caso di cura ospedaliera senza indicazione medica in un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone, ma in quello di ubicazione dell'ospedale, il Cantone e l'assicuratore remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'art. 49a LAMal al massimo secondo la tariffa più bassa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco.

Art. 67a (nuovo)

A1. Convenzioni tariffali con gli ospedali ¹Le prestazioni di cura ospedaliera a carico della assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono remunerate secondo tariffe basate su strutture uniformi approvate a livello nazionale.

²Ogni tariffa riferita alle prestazioni è identica per ogni assicurato LAMal indipendentemente dalla copertura assicurativa.

³Essa è negoziata annualmente dai partner tariffali.

⁴Il Cantone partecipa alle negoziazioni tariffali.

Art. 68 cpv. 2 e 3

B. Approvazione e fissazione della tariffa ²In caso di assenza di convenzione tariffale il Consiglio di Stato, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.

³L'atto di approvazione o di fissazione della tariffa è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino (Bollettino ufficiale).

Art. 72

Abrogato

Art. 76 cpv. 3 e 4

³Contro le decisioni concernenti il rilascio dell'autorizzazione e la garanzia dell'assunzione dei costi per le ospedalizzazioni fuori Cantone non è dato reclamo e vi è la facoltà di ricorso diretto al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

⁴È riservato l'art. 76b.

Capitolo Ibis - Tribunale cantonale amministrativo

Art. 76a (nuovo)

Le controversie derivanti dall'applicazione dei contratti di prestazioni sono di competenza del Tribunale cantonale amministrativo quale istanza unica ai sensi dell'art. 71 lett. b) della Legge di procedura per le cause amministrative.

Art. 76b (nuovo)

Contro le decisioni del Consiglio di Stato in materia di finanziamento è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

II.

La Legge sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale) del 19 dicembre 2000 è così modificata:

Art. 25 lett. b

b) approva l'ammontare del contributo globale ai sensi dell'art. 66d della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal).

Art. 29

¹Il finanziamento delle prestazioni dell'EOC ai sensi dell'art. 66c della LCAMal, è assicurato da tutte le entrate d'esercizio connesse ai mandati e dal contributo globale dello Stato.

²Il finanziamento delle altre attività dell'EOC, in ambito stazionario e ambulatoriale, è assicurato dalle entrate d'esercizio ad esse relative, compresi gli utili delle gestioni estranee.

Art. 30

Abrogato

Art. 32

Abrogato

III. - Entrata in vigore

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato ne fissa la data d'entrata in vigore.