

# Rapporto di maggioranza

numero

data

29 febbraio 2024

competenza

GRAN CONSIGLIO

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

## **della Commissione sanità e sicurezza sociale sulla domanda di referendum 22 gennaio 2024 presentata da Matteo Pronzini e Giuseppe Sergi per l'MPS-Indipendenti contro la modifica della LAMal del 22 dicembre 2023 sul finanziamento uniforme delle prestazioni (EFAS)**

### **1. PREMESSA**

Durante l'ultima giornata di sessione del 2023 (e meglio il 22.12.2023), il neo costituito Parlamento federale, con il proprio sì alla riforma EFAS, ha preso una decisione a lungo attesa e sostenuta da una coalizione formata da 22 attori della sanità.

Le modifiche della LAMal adottate sono diverse. Le stesse sono reperibili al link seguente:  
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2024/31/it>

La modifica della LAMal è soggetta a referendum facoltativo. Il termine di referendum scade il 18 aprile 2024.

Come indicato dalla domanda di referendum, il sindacato VPOD ha lanciato un referendum popolare per i motivi ivi indicati e a cui si rinvia.

### **2. ISTORIATO E MODIFICA**

#### **2.1 Situazione iniziale<sup>1</sup>- Sistemi di finanziamento nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

Oggi le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono finanziate in modo diverso a seconda del settore. I Cantoni finanziano almeno il 55% dei costi delle prestazioni stazionarie (con pernottamento in ospedale), mentre al massimo il 45% è finanziato con i premi. Le prestazioni ambulatoriali (senza pernottamento) sono interamente finanziate con i premi. Sia l'AOMS sia le persone bisognose di cure prestano un contributo alle cure, mentre i Cantoni sono responsabili del finanziamento residuo. L'attuale diversità di finanziamento delle prestazioni a seconda del settore crea incentivi controproducenti. Gli assicuratori hanno meno incentivi a promuovere il trasferimento, finalizzato a ridurre i costi, dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Se tale trasferimento avviene comunque, cresce la parte finanziata con i premi. Per questo motivo, negli ultimi anni la quota finanziata tramite le imposte è diminuita costantemente e, di conseguenza, i premi sono aumentati in misura maggiore rispetto ai costi complessivi delle prestazioni coperte dalla LAMal. Inoltre, la discontinuità del finanziamento tra i diversi settori non permette di realizzare appieno il potenziale delle cure coordinate lungo l'intera catena di trattamento.

<sup>1</sup><https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html>

## 2.2 Genesi della modifica della LAMal

La modifica della LAMal trae origine dall'iniziativa parlamentare Humbel 09.528 "Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico". Nel 2019 il Consiglio nazionale aveva adottato un primo progetto di finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, escluse le prestazioni di cura. Il Consiglio federale aveva accolto sostanzialmente con favore tale progetto nel [suo parere](#), ritenendo tuttavia che un finanziamento uniforme avrebbe dovuto essere attuato con il coinvolgimento dei Cantoni e che fossero ancora necessari adeguamenti nel loro interesse, compresa l'integrazione delle prestazioni di cura. In un [rapporto in adempimento di due postulati](#), il Consiglio federale aveva indicato che le condizioni per l'integrazione delle prestazioni di cura (fra cui la trasparenza dei costi) avrebbero potuto essere create entro cinque anni. Il Parlamento ha approvato questa integrazione e varie altre aggiunte. Le due Camere, come sopra indicato, hanno adottato il disegno di legge nella votazione finale del 22 dicembre 2023.

## 2.3 Contenuto della modifica

A partire dal 2028 le prestazioni ambulatoriali e stazionarie dovranno essere finanziate in modo uniforme e a partire dal 2032 dovranno esserlo anche le prestazioni di cura. L'assicurazione rimborserà i costi delle prestazioni assicurate ai fornitori di prestazioni (terzo pagante) oppure agli assicurati (terzo garante). I Cantoni verseranno agli assicuratori un contributo pari al 26.9% dei costi netti (cioè, dopo deduzione della partecipazione ai costi). Il 73.1% dei costi netti sarà finanziato con i premi. Poiché in futuro cofinanzieranno anche le prestazioni ambulatoriali, i Cantoni otterranno diverse nuove possibilità di gestione.

## 2.4 Organizzazione dei flussi finanziari

I contributi cantonali saranno calcolati, riscossi presso i Cantoni e distribuiti ai singoli assicuratori in base alle prestazioni erogate. Questo sarà il compito di un comitato specializzato dell'Istituzione comune LAMal degli assicuratori, nel quale saranno rappresentati anche i Cantoni affinché abbiano la possibilità di verificare la distribuzione del loro gettito fiscale.

## 2.5 Integrazione delle prestazioni di cura

A partire dal 2032 anche le prestazioni di cura saranno finanziate in maniera uniforme. Le persone bisognose di cure continueranno a versare un contributo ai costi delle prestazioni di cura, il cui importo sarà fissato dal Consiglio federale, come avviene attualmente. Al momento del passaggio alla nuova modalità di finanziamento, il Consiglio federale dovrà definire un importo che non sia superiore a quello precedente e che non potrà aumentare per almeno quattro anni. Le prestazioni di cura saranno remunerate secondo tariffe orientate ai costi di una fornitura efficiente. Affinché a tale scopo sia disponibile una base di dati comparabile, sarà prevista una fatturazione dei costi uniforme in tutta la Svizzera anche per le prestazioni di cura fornite ambulatorialmente.

## 2.6 Organizzazioni tariffali

I Cantoni sono già rappresentati nell'organizzazione tariffale per le prestazioni stazionarie e in futuro lo saranno anche in quella per le prestazioni mediche ambulatoriali. Nell'organizzazione tariffale per le prestazioni di cura, che sarà costituita con la presente modifica della LAMal, saranno rappresentati i fornitori di prestazioni (inclusi gli infermieri che esercitano a titolo indipendente), gli assicuratori e i Cantoni. Finora i Cantoni definivano il proprio finanziamento residuo delle prestazioni di cura in maniera autonoma, senza la partecipazione dei fornitori di prestazioni.

## 2.7 Autorizzazione di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale

I Cantoni possono già gestire l'autorizzazione dei medici che esercitano nel settore ambulatoriale. In futuro, come di recente fatto dal Cantone Ticino, i Cantoni potranno prevedere anche per tutti gli altri fornitori di prestazioni ambulatoriali che non siano più concesse nuove autorizzazioni a una determinata categoria di fornitori di prestazioni se in questa categoria l'aumento dei costi o il livello dei costi nel proprio territorio è superiore alla media.

## 2.8 Accesso ai dati da parte dei Cantoni

I Cantoni ricevono dagli assicuratori i dati di cui necessitano per adempiere tutti i compiti affidati loro secondo la LAMal. I Cantoni continueranno a ricevere in copia, come oggi, le fatture originali delle prestazioni stazionarie. Potranno così anche esaminare se tali fatture soddisfano i requisiti formali per l'assunzione dei costi (p. es. mandato di prestazioni) e, se necessario, rifiutarla. L'esame dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità nel singolo caso rimarrà per contro di competenza degli assicuratori, come finora.

## 2.9 Nessun cambiamento per quanto riguarda gli ospedali convenzionati

Gli ospedali convenzionati sono ospedali che non figurano in un elenco cantonale degli ospedali. Ciononostante, già oggi gli assicuratori possono stipulare convenzioni con questi ospedali, in virtù delle quali una parte dei costi è comunque assunta dall'AOMS. Per tali ospedali, la quota dei costi finanziata con i premi rimarrà all'attuale 45% invece di salire al 73.1% come per gli ospedali figuranti nell'elenco. Il resto dovrà essere pagato dagli assicurati o dalla loro assicurazione complementare. I Cantoni, come finora, non verseranno alcun contributo. In tal modo si eviteranno costi supplementari per i pagatori dei premi e un indebolimento della Pianificazione ospedaliera cantonale.

## 2.10 Sgravio dei pagatori dei premi

La percentuale del contributo cantonale è stata fissata in modo tale che il cambiamento rispetto al periodo 2016-2019 risulti neutrale in termini di costi. Durante lo scorso decennio la parte finanziata tramite le imposte si è ridotta in modo costante in seguito al trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Benché, nell'odierno sistema, i Cantoni e i Comuni debbano far fronte a un onere maggiore a causa del finanziamento residuo delle prestazioni di cura, quest'onere è comunque nettamente inferiore allo sgravio di cui beneficiano in virtù del trasferimento dei trattamenti al settore ambulatoriale. Rispetto al sistema attuale, i pagatori dei premi saranno sgravati perché la parte finanziata tramite le imposte non si ridurrà ulteriormente.

## 2.11 Potenziale di risparmio

Un potenziale di risparmio a favore di tutti i soggetti finanziatori è dato soprattutto dal rafforzamento delle cure coordinate lungo l'intera catena di trattamento, poiché si eliminano i trattamenti non necessari e, in particolare, si può evitare l'ospedalizzazione o ritardare il ricovero in una casa di cura. Attualmente questo tipo di cure è meno promosso dagli assicuratori perché i risparmi sui costi, dal punto di vista dei premi, sono meno interessanti. Mentre i costi del coordinamento sono generati principalmente nel settore ambulatoriale finanziato dai premi, i risparmi sono realizzati in particolare nei settori a forte finanziamento fiscale (degenze ospedaliere, prestazioni di cura). In uno studio commissionato dall'UFSP "[Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung \(disponibile solo in tedesco\)](#)" si stima che il potenziale di risparmio di un finanziamento uniforme possa arrivare a 440 milioni di franchi l'anno.

## 3. ALCUNI MOTIVI A FAVORE DELLA MODIFICA VOTATA DAL PARLAMENTO

Per gli ospedali un finanziamento uniforme di cure ambulatoriali e stazionarie è cruciale per accelerare il passaggio verso l'ambulatoriale chiesto a livello politico e sensato dal punto di vista medico-sanitario. Il modello attuale presenta pesanti incentivi errati da cui attualmente derivano troppo pochi trasferimenti verso il settore ambulatoriale finanziariamente più vantaggioso. L'attuazione dell'EFAS contribuirà in maniera determinante a eliminare questi incentivi errati.

### Una riforma che risponde agli interessi di assicurate/i e pazienti

Il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale fa senso sia a livello economico sia per quanto riguarda gli interessi delle/dei pazienti. Rafforzando il settore ambulatoriale, l'EFAS può fornire un contributo essenziale al contenimento dei costi del sistema sanitario. Gli ospedali e le cliniche sono pronti ad avviarsi verso un sistema sanitario del futuro. Con l'EFAS ora sussistono finalmente pure le condizioni quadro per farlo.

### Persiste la situazione finanziaria precaria degli ospedali e delle cliniche

La situazione finanziaria degli ospedali e delle cliniche rimane tesa anche dopo l'approvazione dell'EFAS. Da anni le tariffe ospedaliere vigenti non riescono più a coprire i costi effettivi: nel settore ambulatoriale il finanziamento insufficiente ammonta a circa il 30%, nel settore stazionario a circa il 10%. Il rincaro e la penuria di personale specializzato aggravano ulteriormente la situazione. Per questo motivo H+ chiede ulteriori misure, affinché si possa mantenere l'elevato livello di prestazioni e di qualità stimato dalla popolazione. Adattare le tariffe ai costi reali e al rincaro e introdurre un sistema tariffale che consiste in forfait ambulatoriali e Tardoc sono passi indispensabili per evitare perdite della qualità o persino problemi di approvvigionamento delle cure.

### **EFAS presenta quattro vantaggi:**

1. I due soggetti finanziatori – assicuratori malattia e Cantoni – hanno un interesse condiviso a un'assistenza sanitaria efficiente. Sostenendo il finanziamento uniforme, uniscono le forze e si impegnano per garantire la sostenibilità dei costi sanitari.
2. Con EFAS gli assicuratori malattia possono accelerare il trasferimento di prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale, con un risparmio che potrà raggiungere un miliardo di franchi a regime.
3. EFAS dà ulteriore slancio alle cure mediche integrate e ai modelli assicurativi alternativi. Già oggi il guadagno di efficienza ottenuto tramite questi modelli (ad es. medico di famiglia) viene trasferito agli assicurati sotto forma di sconto sul premio assicurativo. Poiché con EFAS questi modelli alternativi diventeranno più interessanti, saranno possibili sconti sui premi più consistenti. Secondo alcuni studi, l'assistenza sanitaria integrata permette di risparmiare ogni anno circa 3 miliardi di franchi. Anche qui EFAS può dare il suo contributo. Il rafforzamento delle cure mediche integrate è auspicabile dal punto di vista medico: la qualità delle cure migliora poiché i pazienti vengono assistiti in funzione del bisogno e i ricoveri possono essere ridotti. In una società che invecchia e che si contraddistingue per il numero crescente di malati cronici, questa forma assistenziale è quella che garantisce la maggiore efficacia.
4. EFAS è più solidale e sociale: tutti traggono vantaggio dai contributi dei Cantoni, indipendentemente dal fatto che le cure siano fornite in regime stazionario o ambulatoriale. D'altro canto, la partecipazione dei Cantoni e quella degli assicurati al finanziamento delle prestazioni evolverebbero a lungo termine in misura analoga.

## **4. CONSIDERAZIONI COMMISSIONALI**

La maggioranza della Commissione condivide le riflessioni del Parlamento federale che hanno condotto all'adozione della modifica della LAMal.

Il referendum lanciato dal sindacato VPOD ha, comprensibilmente, una forte impronta sul tema dei posti degli operatori sanitari. Se non che la riforma di fatto mira a parificare due modalità di finanziamento postulando l'introduzione di un sistema di incentivi virtuoso sia per le cure stazionarie sia per quelle ambulatoriali. La riforma ampiamente approfondita a livello federale, con il coinvolgimento di numerosi attori del settore, Cantoni inclusi, ha certo obiettivi di risparmio ma volti a ridurre i costi delle cure e quindi, per automatismo, i costi dei premi di cassa malati.

Le motivazioni del referendum VPOD e riprese nell'atto parlamentare non sono condivise. Senza pretesa di essere esaustivi, come sopra indicato, non siamo di fronte a un disinvestimento dei Cantoni. Semplicemente questi saranno chiamati a sostenere in modo paritario le cure stazionarie come quelle ambulatoriali, certo in una proporzione diversa dall'attuale 55% delle sole cure stazionarie. Inoltre, la riforma prevede espressamente, come sopra spiegato, che i Cantoni continueranno a essere coinvolti in modo paritario con le casse malati e con la supervisione del Dipartimento federale competente.

Non si intravede quindi motivo per sostenere come Cantone un referendum su questa recente importante modifica voluta da tempo e da più parti.

## 5. CONCLUSIONI

In base alle considerazioni espresse, la maggioranza dei membri della scrivente Commissione invita il Parlamento a **respingere** la richiesta di avvalersi dell'istituto della domanda di referendum dei Cantoni per chiedere che sia sottoposto al voto del Popolo svizzero la modifica della LAMal del 22.12.2023 sul Finanziamento uniforme delle prestazioni EFAS approvata dalle Camere federali.

Per la maggioranza della Commissione sanità e sicurezza sociale:

Matteo Quadranti, relatore

Agustoni - Aldi - Caverzasio - Cedraschi -

Corti - Filippini - Gianella Alex - Giudici - Isabella

Mazzoleni - Passalia – Rusconi - Schnellmann