

Rapporto

numero

6422 R

data

1° marzo 2011

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

**della Commissione della gestione e delle finanze
sul messaggio 23 novembre 2010 concernente l'adeguamento della
normativa cantonale (LCAMal) alle modifiche della Legge federale
sull'assicurazione malattia (LAMal) del 21 dicembre 2007 concernente il
finanziamento ospedaliero**

INDICE

1.	INTRODUZIONE	2
2.	SINTESI DELLE PRINCIPALI NOVITA' IMPOSTE DAL DIRITTO FEDERALE AL FINANZIAMENTO E ALLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA.....	2
3.	ASPETTI PIANIFICATORI.....	4
4.	SISTEMA DELLE TARIFFE FORFETARIE.....	6
5.	PASSAGGIO ALLA NUOVA REGOLAMENTAZIONE DEL FINANZIAMENTO OSPEDALIERO	6
6.	IMPATTO AMMINISTRATIVO E FINANZIARIO DELLA NUOVA NORMATIVA	8
7.	POSIZIONE DELLA COMMISSIONE NEI CONFRONTI DELLA RIFORMA	10
8.	COMMENTO ALLA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE FEDERALE SULL'ASSICURAZIONE MALATTIE (LCAMAL).....	11
9.	CONCLUSIONI.....	20

1. INTRODUZIONE

Il messaggio propone un progetto di adeguamento della normativa cantonale alle modifiche della LAMal concernenti il finanziamento ospedaliero, approvate dalle Camere federali nel dicembre del 2007 e in vigore dal 1° gennaio del 2009. I principi alla base della nuova legislazione federale sono noti dalla presentazione da parte del Consiglio federale della seconda revisione parziale della LAMal, respinta nel dicembre del 2003 dal Consiglio nazionale. Il suo fallimento ha lasciato irrisolte una serie di problematiche, in primo luogo sul fronte del contenimento dei costi (è quanto attestano studi commissionati dal Consiglio federale). Il Consiglio federale ha quindi deciso di riproporre una serie di modifiche legislative, rinunciando al progetto unico di riforma e procedendo a tappe presentando due pacchetti separati, ma coordinati tra di loro, composti da più messaggi contenenti singoli punti della proposta di seconda revisione legislativa. Il secondo pacchetto legislativo (vedi messaggio del CF del 2004¹) riprende la proposta di disciplinamento del finanziamento ospedaliero adattata all'evoluzione della situazione, proposta praticamente mai contestata in sede di dibattito della seconda revisione della LAMal.

Le nuove norme federali LAMal impongono una modifica della Legge d'applicazione cantonale (LCAMal), determinandone ampiamente i contenuti. I margini di manovra concessi dalla Legge federale ai Cantoni permettono loro di rispettare le realtà ospedaliere presenti sul loro territorio, non necessariamente specchio della realtà nazionale. Perciò il Governo nel presentare la propria proposta di modifica legislativa ha anche seguito le raccomandazioni elaborate dai Cantoni nell'ambito della Conferenza delle Direttrici e dei Direttori cantonali della sanità².

2. SINTESI DELLE PRINCIPALI NOVITA' IMPOSTE DAL DIRITTO FEDERALE AL FINANZIAMENTO E ALLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

La nuova normativa federale in materia di finanziamento e pianificazione ospedaliera andrà attuata in tutta la Svizzera entro il 1° gennaio del 2012. Essa ha quale scopo il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- l'introduzione di un regime di finanziamento uniforme per tutti gli istituti autorizzati (iscritti nell'elenco cantonale), siano essi pubblici o privati;
- una concorrenza regolata tra ospedali svizzeri tramite l'adozione di alcuni valori di riferimento omogenei: i DGR (costo forfetario delle prestazioni), la parità di trattamento tra gli ospedali iscritti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato e gli ospedali iscritti nell'elenco del Cantone in cui è ubicata la struttura scelta dall'assicurato;
- la libera scelta da parte dell'assicurato dell'ospedale, sia esso ubicato nel Cantone di domicilio dell'assicurato o nel resto della Svizzera.

L'attuazione del nuovo sistema presuppone il seguente cambiamento di paradigma: l'abbandono del finanziamento esclusivo delle strutture ospedaliere pubbliche e il passaggio a un finanziamento delle prestazioni mediante l'attribuzione di mandati di prestazione, indipendentemente dal carattere pubblico o privato di un istituto.

¹ <http://www.admin.ch/ch/i/ff/2004/4903.pdf>

² http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf

Il nuovo paradigma coinvolge aspetti pianificatori e finanziari, segnatamente:

- l'elaborazione di una pianificazione ospedaliera (secondo gli art. 39 LAMal e 58a, 58b, 58c, 58d, 58e OAMal) entro il 2015, ossia a distanza di tre anni dall'introduzione dei costi forfetari delle prestazioni;
- una diversa ripartizione del finanziamento delle prestazioni ospedaliere tra Cantoni e assicuratori malattia (in cui sono inclusi i costi di investimento e della formazione non universitaria) in base a una struttura tariffale forfetaria uniforme in tutta la Svizzera (SwissDRG), negoziata dai partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori malattia); la ripartizione del finanziamento sarà la seguente:
 - una quota parte di almeno il 55% a carico del Cantone per le degenze in ambito somatico acuto, riabilitativo e psichiatrico, dispensate a pazienti domiciliati nel Cantone in tutti gli istituti - siano essi pubblici o privati - figuranti sia nell'elenco ospedaliero cantonale e autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 1 LAMal) sia nell'elenco del Cantone in cui è ubicata la struttura scelta dall'assicurato;
 - una quota residua del 45% a carico degli assicuratori malattia³.

Gli indirizzi generali alla base delle proposte di modifica della LCAMal presentate dal Consiglio di Stato al fine di gestire amministrativamente e finanziariamente il settore ospedaliero secondo le nuove disposizioni federali sono:

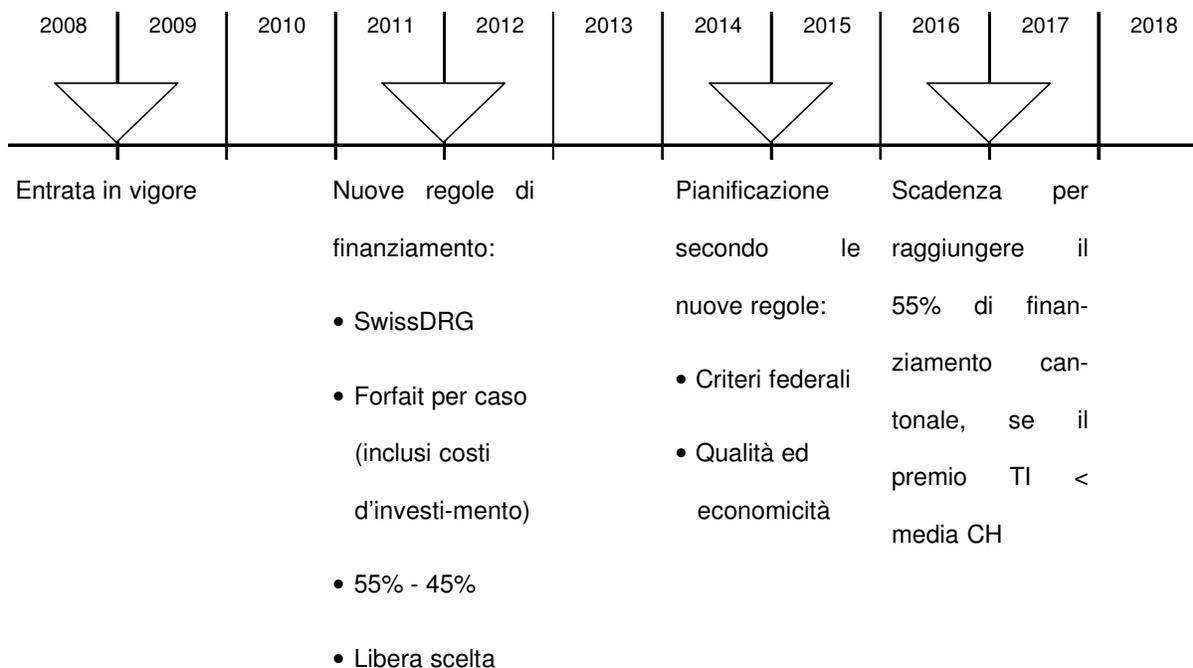
- a) la definizione di un volume massimo di prestazioni (art. 63c LCAMal);
- b) l'adempimento dell'obbligo di ammissione: i pazienti con la sola AOMS sono almeno il 60%;
- c) il versamento di una quota parte cantonale fissata al 55% (art. 66e LCAMal);
- d) la definizione di un contributo globale e di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

Parte degli indirizzi indicati sono stati elaborati tenendo conto delle raccomandazioni della Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della Sanità.

³ Attualmente il finanziamento delle cure effettuate in ospedali pubblici o presso cliniche private sussidiate dall'Ente pubblico è regolato sul piano nazionale nel modo seguente: l'assicurazione malattia è tenuta a coprire al massimo il 50% dei costi operativi dell'ospedale (esclusi l'ammortamento degli investimenti ed i costi per la ricerca e la formazione); il restante 50%, così come la totalità degli investimenti, i costi della ricerca scientifica e delle attività di formazione svolte in ambito ospedaliero, sono finanziati direttamente dallo Stato (con un'ulteriore suddivisione tra cantoni e comuni), nella forma della copertura retroattiva del deficit o tramite il contributo globale (contratto di prestazioni).

Con il sistema attualmente in vigore lo Stato è chiamato a contribuire nella misura del 50% ai costi complessivi di degenza e di cura causati dai cittadini ricoverati in istituti fuori cantone per ragioni mediche. Qualora un ricovero fuori cantone non sia giudicato necessario e, di conseguenza non autorizzato dal medico cantonale, lo Stato non finanzia la parte di spesa non coperta dall'assicurazione di base.

Le modifiche andranno attuate secondo la seguente tempistica:



3. ASPETTI PIANIFICATORI

L'obbligo dei Cantoni di pianificare l'intera offerta di prestazioni sanitarie ospedaliere (compresa l'attività delle cliniche private) è stato introdotto contestualmente alla creazione della LAMal, allo scopo di fornire prestazioni sanitarie commisurate al fabbisogno di cure e non esuberanti, onde poter contenere i costi della sanità, razionalizzando e riordinando l'offerta di prestazioni attraverso l'inserimento o l'esclusione di un ospedale nella lista ospedaliera ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal; sono i Cantoni a stabilire l'inserimento o meno di una struttura nell'elenco degli ospedali autorizzati ad esercitare a carico della LAMal.

In Ticino la prima fase della pianificazione ospedaliera è stata approvata dal Consiglio di Stato il giugno del 2001 ed è entrata in vigore il 1° luglio dello stesso anno. Essa ha permesso la riduzione di 454 posti letto di cui 240 tramite la non inclusione di 7 istituti nella lista cantonale (art. 39 cpv. 1 LAMal). Le riduzioni maggiori sono state attuate nel settore privato, ciò che ha permesso di riequilibrare il rapporto anomalo - tipicamente ticinese - tra letti privati e letti pubblici.

La seconda fase della pianificazione ha preso avvio in Ticino nel maggio del 2003, è stata approvata dal Gran Consiglio alla fine del 2005 ed è entrata in vigore nell'ottobre 2007. Essa ha permesso una riduzione di ulteriori 209 posti letto, attraverso la non inclusione di due istituti nella lista relativa all'art. 39 cpv. 1 LAMal.

La seconda fase della pianificazione, meno incisiva della prima, ha anche mostrato i limiti di un approccio basato sulla riduzione dei posti letto. Il primo di questi limiti è dato dalla necessità di preservare una dimensione minima di un ospedale affinché sia in grado di operare sfruttando un'economia di scala. Secondo lo studio compiuto da Crivelli e Filippini, dal punto di vista dell'efficienza, le economie di scala sono sfruttabili a partire da 135 posti

letto e giungono alla loro piena potenzialità in corrispondenza dei 300 posti letto⁴. Attualmente le strutture presenti in Ticino sono lontane dall'adempiere pienamente ai criteri indicati nello studio sopraccitato⁵. Un secondo limite è posto dalla regola - indicata dal Consiglio federale - dei tagli minimi nel settore pubblico, giustificati in ragione dell'obbligo da parte degli ospedali pubblici di accogliere ogni persona bisognosa di cure, di disporre di servizi di pronto soccorso, d'urgenza e di cure intense, nonché dal ruolo preminente assunto dal settore pubblico nel campo della formazione.

La nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero impone ai Cantoni la rielaborazione della pianificazione ospedaliera e l'adeguamento del loro elenco ospedaliero entro la fine del 2014.

Essa non modifica la ripartizione delle competenze fissata dalla Costituzione federale, nella misura in cui non propone il trasferimento alla Confederazione delle competenze in materia sia di pianificazione sia dell'allestimento dell'elenco delle strutture autorizzate a operare a carico della LAMal. Lascia ai Cantoni la competenza dell'organizzazione della pianificazione ospedaliera e della selezione degli istituti da inserire nella lista, poiché meglio di tutti conoscono il fabbisogno della loro popolazione e la struttura delle cure presente sul loro territorio. A tal proposito è importante rilevare che il contesto ospedaliero ticinese è caratterizzato da un'importante presenza del settore privato. Attualmente i posti letto attribuiti al settore privato rappresentano il 41% del totale contro una media svizzera del 19%.

Resta vincolante, ai sensi della legge federale, il coordinamento delle pianificazioni dei diversi Cantoni e il rispetto dei relativi criteri uniformi emanati dal Consiglio federale in base a principi di qualità ed economicità.

Tra di essi figurano anche le condizioni quadro per l'attribuzione dei mandati di prestazioni, in base ai quali andrà concretizzato il nuovo approccio pianificatorio. In pratica i Cantoni sono tenuti a definire il volume delle prestazioni necessarie a coprire il fabbisogno di cure della loro popolazione, ad allestire un elenco cantonale degli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 e 3 LAMal e a definire il ventaglio di prestazioni loro assegnate, in funzione di criteri di qualità e di economicità emanati dalla Confederazione. La scelta degli istituti figuranti nell'elenco è invece regolata dalla legge cantonale, in funzione dell'accessibilità delle cure entro un termine utile e della disponibilità e capacità di un istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

Le indicazioni concernenti i costi e la qualità delle prestazioni andranno rilevate sulla scorta di criteri uniformi. Il completo adempimento delle prescrizioni di legge federale relative alla qualità e all'economicità delle prestazioni sarà possibile solo al momento in cui saranno disponibili in tutta la Svizzera, in maniera armonizzata, i dati forfetari relativi al costo delle prestazioni. Ciò giustifica il décalage temporale tra i termini di entrata in vigore della nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero (1° gennaio 2012) e della nuova pianificazione (1° gennaio 2015).

⁴L. Crivelli, M. Filippini, D. Lunati, [*Dimensione ottima degli ospedali in uno Stato federale*](#), Quaderno n. 00-08, Facoltà di Scienze Economiche - Università della Svizzera Italiana, maggio 2000

⁵<http://www.ti.ch/dss/temi/pian-osp/archivio/p1-frame.html>

4. SISTEMA DELLE TARIFFE FORFETARIE

Il punto centrale del presente disegno di legge è il sistema delle tariffe forfetarie basate su strutture uniformi approvate a livello nazionale. Esso costituisce il presupposto necessario affinché siano realizzati i principali obiettivi della presente modifica legislativa: il rafforzamento della concorrenza tra gli ospedali - il cui scopo è di impedire la violazione da parte dei fornitori della legislazione in materia di cartelli - la libera scelta da parte dell'assicurato e l'introduzione di un sistema di finanziamento uniforme in funzione delle prestazioni fornite dagli istituti iscritti negli elenchi cantonali.

Il rafforzamento della concorrenza implica un'offerta da parte di tutti i fornitori di prestazioni a medesime condizioni e prezzi. L'introduzione della tariffazione delle prestazioni fornite - alla base della quale assume un ruolo fondamentale l'utilizzo di classificazioni uniformi su tutto il territorio nazionale, in funzione della diagnosi (DRG), del reparto, dell'iter terapeutico, ecc. - ponendo l'accento sul rapporto prezzo/prestazione, permetterà la realizzazione di questo obiettivo. Il compito di elaborare in modo appropriato e secondo criteri di economia aziendale una struttura tariffale uniforme è di competenza dei partner tariffali.

Con il passaggio agli importi forfetari in funzione delle prestazioni, verrà a cadere la differenziazione tra strutture pubbliche e strutture private, poiché le cliniche private iscritte negli elenchi ospedalieri saranno sottoposte al medesimo regime di finanziamento a cui soggiacciono gli ospedali pubblici. Con l'utilizzo di classificazioni uniformi verrà meno la differenziazione delle tariffe in funzione della provenienza degli assicurati (dall'interno o dall'esterno del Cantone), poiché in presenza di un prezzo concordato risulta irrilevante il luogo della degenza dell'assicurato o della struttura in cui è fornita la prestazione. Ciò favorisce la libera scelta del fornitore da parte dell'assicurato.

In ragione dell'onere finanziario a carico dei Cantoni derivante dall'introduzione del nuovo sistema di finanziamento in funzione delle prestazioni, a prescindere dalla forma giuridica del fornitore di prestazioni, il Consiglio di Stato avrà un ruolo regolatore nella fissazione delle tariffe. Esso non sarà un vero e proprio partner tariffale, ma avrà la facoltà, in assenza di convenzione tariffale tra assicuratori e fornitori di prestazioni, di fissare la tariffa. Grazie a questa competenza sussidiaria da un lato e alla pianificazione in funzione dell'attribuzione di mandati di prestazioni dall'altro, i Cantoni continueranno ad avere un'influenza sul volume di costi che dovranno assumere.

5. PASSAGGIO ALLA NUOVA REGOLAMENTAZIONE DEL FINANZIAMENTO OSPEDALIERO

Attraverso l'applicazione della nuova normativa la totalità delle prestazioni volte a coprire il fabbisogno ospedaliero sarà soggetta a un unico regime di finanziamento. L'idoneità a fornire prestazioni da parte di una struttura ospedaliera e la sua iscrizione in un elenco cantonale saranno in futuro i soli elementi determinanti ai fini della remunerazione dei costi ospedalieri (vedi art. 49 cpv. 1, 2, 3 LAMal⁶).

⁶Le prestazioni degli ospedali previste dalla LAMal sono remunerate interamente secondo l'art. 49 cpv. 1, 2, 3. Trattandosi di prestazioni regolate dalla legge, sono escluse fatturazioni di altri onorari supplementari. Ciò significa implicitamente che ad esempio le comodità supplementari in una camera singola o doppia e la libera scelta del medico non sono prestazioni ai sensi della LAMal. L'assicurazione obbligatoria assume i costi solo in base alla tariffa degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Se un assicurato, senza motivi di ordine medico, sceglie un fornitore di prestazioni non incluso nell'elenco del proprio Cantone di domicilio, ma autorizzato in un altro Cantone, l'assicurazione malattia riconosce solo la parte dei costi che corrisponde alla tariffa degli ospedali inclusi nell'elenco cantonale di domicilio e che dispongono di un mandato di prestazioni. Il Cantone non è tenuto a versare alcun contributo per la parte di

Il precedente testo della LAMal (art. 49) concedeva agli ospedali e agli assicuratori malattia un esiguo margine di negoziazione dei prezzi delle cure ospedaliere. Essendo definiti i costi computabili per la tariffazione, la possibilità di condurre trattative era limitata al grado di copertura dei costi. Ne conseguiva che la copertura dei costi ospedalieri era garantita indipendentemente dal rapporto tra il prezzo e le prestazioni. Ciò contravveniva ai principi di qualità ed economicità, nonché di promozione della concorrenza sanciti dalla LAMal.

Con il passaggio alla nuova normativa non saranno più determinanti ai fini del finanziamento ospedaliero i costi fatturabili, ma la remunerazione delle prestazioni. Essa sarà assunta per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Nella remunerazione saranno computabili i costi di investimento (attualmente a carico del Cantone per il settore pubblico e dell'assicurazione malattia per il settore privato), i costi per la formazione non universitaria (attualmente a carico del Cantone per il settore pubblico e delle cliniche per il settore privato), ma non saranno compresi i costi per la formazione universitaria e per la ricerca.

Gli investimenti non sono mai indipendenti dall'esercizio, ma si ripercuotono sui suoi costi (offerta di prestazioni, ammortamenti). Forme di finanziamento, in particolare il leasing, rendono inoltre labile il confine tra costi d'investimento e costi d'esercizio. Perciò la Confederazione ha ritenuto giustificata l'adozione di una visione globale degli impegni finanziari, in cui costi d'esercizio e costi d'investimento siano retti dallo stesso disciplinamento. Solo i costi d'investimento necessari all'adempimento del mandato di prestazioni saranno computabili. L'esigenza sarà stabilita nel mandato stesso (ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. 3 LAMal) o in base al ventaglio di prestazioni definito (ai sensi dell'art. 58e cpv. 2 OAMal).

Contemporaneamente la nuova regola sarà estesa agli enti privati iscritti negli elenchi cantonali. Questa estensione garantisce la parità di trattamento tra gli ospedali, principio alla base del rafforzamento della concorrenza.

Ai fini del rafforzamento della concorrenza e di una gestione improntata ai principi della qualità ed economicità, gli ospedali saranno chiamati ad operare in maniera più imprenditoriale. Quanto ai Cantoni, per il fatto di essere chiamati a finanziare, almeno per la metà, le prestazioni di tutti gli ospedali iscritti in un elenco indipendentemente dalla loro forma giuridica, avranno interesse a operare affinché il rapporto tra costi e qualità delle prestazioni sia il più vantaggioso possibile. A tale scopo saranno incentivati a concludere mandati di prestazioni che soddisfino le esigenze in maniera efficiente. Nella misura in cui anche gli investimenti saranno remunerati secondo la medesima chiave di riparto, i Cantoni non avranno interesse a mantenere aperte strutture inadeguate e superflue.

A tal proposito va sottolineata la possibilità dei Cantoni di porre condizioni al conferimento dei mandati di prestazioni, il cui adempimento costituisce il presupposto per l'accettazione nell'elenco cantonale di istituti pubblici o privati. È stata introdotta questa facoltà per non arrecare pregiudizio agli ospedali pubblici, che non hanno la possibilità di scegliere i loro pazienti e che sopportano la maggior parte delle spese di formazione e ricerca. Figurano ad esempio tra le condizioni citate la presenza di un pronto soccorso nelle regioni isolate o l'ammissione di tutte le persone coperte dall'assicurazione obbligatoria.

tariffa supplementare. Essa dovrà essere finanziata tramite un'assicurazione complementare. Ciò perché un Cantone è chiamato a pianificare prestazioni a sufficienza per curare gli abitanti del proprio Cantone in presenza di qualsiasi tipo di malattia.

Al fine di evitare effetti devastanti sulle finanze cantonali e sull'evoluzione dei premi dell'assicurazione malattia, l'attuazione a livello cantonale della nuova normativa federale è stata prevista in diverse tappe e momenti (vedi schema relativo alla tempistica al capitolo 2). Infatti, l'applicazione del nuovo modello di finanziamento, in assenza dell'introduzione di una struttura tariffale uniforme a condizioni concorrenziali, avrebbe causato un aumento massiccio dei premi e degli oneri cantonali. Da ciò deriva il differimento dell'adeguamento legislativo all'inizio del 2012.

6. IMPATTO AMMINISTRATIVO E FINANZIARIO DELLA NUOVA NORMATIVA

Le ripercussioni del nuovo regime di finanziamento ospedaliero a livello amministrativo sono descritte a pag. 20 del messaggio. Esse consistono nell'impiego di tre unità di lavoro a tempo pieno supplementari, di cui una già autorizzata dal Consiglio di Stato nel febbraio del 2009. L'unità già assunta sta preparando gli strumenti necessari all'implementazione delle modifiche legislative; le altre due unità saranno impiegate nella preparazione dei contratti di prestazioni e al loro controllo in sede di rendiconto.

Tre componenti determinano invece l'impatto finanziario della riforma, stimato complessivamente in 85 milioni di franchi a carico del Cantone:

1. la quota parte del 55% a carico del Cantone per le degenze in ambito somatico acuto, riabilitativo e psichiatrico, dispensate a pazienti domiciliati nel Cantone in tutti gli istituti - siano essi pubblici o privati - figuranti nell'elenco ospedaliero cantonale e autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 1 LAMal);
2. l'inclusione nella tariffa dei costi d'investimento e dei costi per la formazione non universitaria;
3. la partecipazione cantonale alle ospedalizzazioni per le degenze fuori cantone: è prevista, in caso di prescrizione medica, una quota parte del 55% della tariffa applicata dall'ospedale curante; senza prestazione medica, la quota parte del Cantone è uguale al 55% della tariffa più bassa applicata per la medesima prestazione ottenuto in un ospedale iscritto sull'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato (vedi nota a piè di pagina no. 5).

Il sistema di finanziamento duale comporterà un onere supplementare per il Cantone stimato in 66.8 milioni di franchi (85 milioni di franchi determinati dai tre elementi sopraccitati, dedotti 18.2 milioni di franchi, stimati, di minor spesa per le riduzioni dei premi), secondo il seguente dettaglio:

per le cure somatiche-acute:	Fr. 67.7 milioni
per le cure psichiatriche:	Fr. 7.5 milioni
per le cure riabilitative:	Fr. 9.0 milioni
per la libera scelta:	<u>Fr. 0.8 milioni</u>
totale (punti 1, 2, 3)	Fr. 85.0 milioni
spesa riduzione premi	<u>- Fr. 18.2 milioni</u>
Totale	<u>Fr. 66.8 milioni</u>

Gli importi indicati sono ancora provvisori. Sono riconducibili a stime effettuate sulla base dei pagamenti a carico della LAMal nell'anno 2009. Non è stato possibile utilizzare lo stesso criterio per la stima dei costi di investimento e per la formazione perché i parametri per la valutazione dei medesimi sono ancora in fase di studio a livello federale.

L'inclusione delle spese d'investimento e per la formazione nella remunerazione delle prestazioni determinerà un onere supplementare a carico dell'assicurazione malattia. È difficile valutare quali saranno gli effetti dell'inclusione di questi costi negli importi forfettari in funzione delle prestazioni, anche perché il passaggio agli importi forfettari avverrà in maniera graduale e perché il finanziamento delle prestazioni sarà effettivo solo a partire dal 2015, una volta rielaborata la pianificazione ospedaliera.

La principale preoccupazione che ne deriva è che il trasferimento dei costi previsto dal nuovo sistema di finanziamento, che in Ticino penalizza il Cantone in ragione dell'importante presenza di strutture private, si ripercuota nuovamente in maniera negativa sull'evoluzione dei premi dell'assicurazione malattia, una preoccupazione già manifestata dal Consiglio di Stato tramite uno scritto al Consiglio federale del 13 ottobre 2010 in vista della fissazione dei premi 2012.

Ma purtroppo senza un contenimento dei consumi sanitari, ben difficilmente ci sarà una riduzione dei premi, perché il sistema sanitario elvetico è retto da un meccanismo che trasferisce su premi individuali e obbligatori parte del finanziamento dei consumi e della spesa sanitari. Uno dei mezzi attraverso i quali raggiungere il contenimento della spesa è la razionalizzazione dell'offerta. Il nuovo regime di finanziamento fa sperare nell'ottenimento di benefici su questo fronte, poiché dalla sua attuazione ospedali e Cantone avranno interesse a operare affinché il rapporto tra costi e qualità delle prestazioni sia il più vantaggioso possibile: i primi in ragione del rafforzamento della concorrenza e il secondo dell'impegno finanziario.

Resta l'incognita della corrispondenza tra i premi e i costi sanitari effettivi, problematica ripetutamente denunciata dal Consiglio di Stato. A tal proposito il Ministro Didier Burkhalter ha annunciato l'introduzione, il 1° luglio 2011, di un meccanismo correttivo per garantire che i premi corrispondano in ogni Cantone ai costi effettivi delle prestazioni di cura. *“Esso permetterà in futuro di rimborsare gli assicurati che avranno pagato troppi premi a causa di proiezioni erranee. Il Capo del DFI ha inoltre annunciato di aver incaricato l'UFSP di elaborare una soluzione che consenta di restituire ai Cantoni interessati l'eccedenza dei premi accumulatasi dall'entrata in vigore della LAMal fino all'introduzione del meccanismo correttivo. La soluzione preconizzata dalla Confederazione consiste nella restituzione delle somme pagate in eccesso mediante i sussidi concessi ogni anno dalla Confederazione ai Cantoni e volti a ridurre i premi delle persone di condizioni economiche modeste. Riassumendo, si tratterebbe di ripartire i circa due miliardi di franchi versati ogni anno dalla Confederazione per tenere conto dei premi eccessivi o troppo bassi pagati nei Cantoni. Questa proposta risponde alle richieste d'intervento immediato espresse dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e dal Parlamento, che ha accolto un'iniziativa ginevrina che chiedeva la cantonalizzazione delle riserve”*⁷.

⁷ <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=it&msg-id=35367>

7. POSIZIONE DELLA COMMISSIONE NEI CONFRONTI DELLA RIFORMA

La Commissione della gestione e delle finanze, a maggioranza, il 15 febbraio ha deciso di seguire l'impostazione del messaggio con riguardo alla definizione dei contenuti della pianificazione ospedaliera che contemplerà:

- l'elenco degli istituti riconosciuti e
- la definizione, nel ventaglio di prestazioni assegnate ad ogni istituto, di un volume massimo di prestazioni o, per le categorie riabilitazione e psichiatria, di un numero di posti letto massimo.

La pianificazione ospedaliera dovrà tenere conto degli studi epidemiologici, dei flussi intercantionali dei pazienti, nonché dei criteri di qualità e di economicità in cui rientra il concetto di volume minimo di prestazioni da effettuare. Questo approfondimento notevole sul fabbisogno sanitario della popolazione ticinese necessita di un investimento conoscitivo molto importante: perciò esso va fatto periodicamente e non già annualmente, ma comunque con ritmi che consentano di assicurare una regolare copertura del fabbisogno di cure in costante evoluzione.

La Commissione della gestione e delle finanze precisa quindi che **la pianificazione ospedaliera dovrà essere flessibile**, come previsto dall'art. 66 LCAMal, **per consentire di perseguire l'eccellenza nella medicina ticinese, di sviluppare la specializzazione degli ospedali/cliniche e per raggiungere l'economicità delle cure:**

- la pianificazione dovrà essere **allestita periodicamente**;
- la pianificazione dovrà essere **aggiornata** dal Consiglio di Stato;
- la revisione pianificatoria di minore entità verrà approvata dal Governo, quella più importante verrà invece approvata dal Parlamento.

La Commissione della gestione e delle finanze sottolinea infine come la **pianificazione ospedaliera cantonale definisca unicamente il perimetro** entro il quale i fornitori di prestazione si muovono. Non c'è né da drammatizzare, né da sottovalutare l'impatto della pianificazione ospedaliera: attualmente essa definisce il numero massimo di letti assegnati agli istituti ospedalieri in base a un tasso d'occupazione dell'85% e in futuro (a partire dal 2015) stabilirà invece il volume massimo per tipo di prestazione e per istituto. Ne deriva che rispetto al volume di prestazioni determinato dalla pianificazione ospedaliera con un tasso d'occupazione dei letti dell'85% vi è un margine di ben il 18% (15/85esimi): è un margine di manovra ampio, che permette di considerare adeguatamente il fabbisogno di cure della popolazione ticinese, scongiurando il rischio che un paziente ticinese si ritrovi costretto a rivolgersi ad una struttura esterna al nostro Cantone. Da questo profilo, passando dalla pianificazione del numero massimo di letti alla pianificazione del volume massimo di prestazioni, **non cambia nulla rispetto ad oggi**: il perimetro della pianificazione ospedaliera serve a tenere sotto controllo l'evoluzione della spesa ospedaliera, nell'interesse dei contribuenti e degli assicurati che pagano il premio di cassa malati.

8. COMMENTO ALLA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE FEDERALE SULL'ASSICURAZIONE MALATTIE (LCAMAL)

8.1 Titolo I (Disposizioni generali) e Titolo V (Pianificazione) LCAMal

Le modifiche e i nuovi articoli dei titoli I e V della LCAMal si riferiscono alla pianificazione definita dall'art. 39 cpv. 1 LAMal e dagli artt. 58a /59b OAMal.

L'art. 39 cpv. 1 LAMal afferma che l'**offerta sanitaria** (introduzione) deve corrispondere al fabbisogno degli abitanti del Cantone o dei Cantoni: questo avviene tramite la pianificazione del/dei Cantone/i.

L'**art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal**, lettera d: indica che la pianificazione deve assegnare dei mandati agli stabilimenti ospedalieri in base al fabbisogno quantitativo.

Art. 39 LAMal Ospedali e altri istituti

¹ **Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:**

a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;

b. dispongono del necessario personale specializzato;

c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;

d. **corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;**

e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.

L'**art. 58a OAMal** impone ai Cantoni l'obbligo di revisione periodica della pianificazione, ovviamente in base all'evoluzione del fabbisogno della popolazione (demografia, morbidity, ecc.).

Art. 58a OAMal Principio

¹ *La pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 lettera d della legge garantisce le cure ospedaliere in ospedale o in una casa per partorienti e le cure in una casa di cura agli abitanti dei Cantoni che effettuano la pianificazione.*

² *I Cantoni verificano periodicamente la loro pianificazione.*

L'**art. 58b OAMal** impone ai Cantoni di definire il fabbisogno (che è il presupposto per la definizione dell'offerta) mediante una procedura trasparente, facendo capo a dati statistici, epidemiologici. Nel valutare l'offerta degli istituti da selezionare e da inserire nell'elenco cantonale, i Cantoni saranno tenuti ad applicare i criteri di economicità, qualità, accessibilità da parte dei pazienti e capacità degli istituti ospedalieri di adempiere il mandato di prestazioni, applicando procedure di benchmarking. Nel cpv. 5 si indica esplicitamente come criteri qualitativo ed economico il numero minimo di casi trattati da un ospedale e lo sfruttamento di sinergie tra ospedali.

Art. 58b OAMal Pianificazione del fabbisogno

¹ *I Cantoni determinano il fabbisogno secondo una procedura trasparente. Si basano in particolare su dati statistici fondati e su confronti.*

² *Determinano l'offerta utilizzata in istituti che non figurano sull'elenco da essi emanato.*

³ **Determinano l'offerta da assicurare mediante l'inserimento di istituti cantonali ed extracantonali nell'elenco di cui all'articolo 58e affinché la copertura del fabbisogno sia garantita.** Questa offerta corrisponde al fabbisogno di cui al capoverso 1, dedotta l'offerta di cui al capoverso 2.

⁴ *Nell'eseguire la valutazione e la scelta dell'offerta da assicurare che figura sull'elenco, i Cantoni considerano in particolare:*

- a. l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni;*
- b. l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile;*
- c. la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni di cui all'articolo 58e.*

⁵ *Nel valutare l'economicità e la qualità, i Cantoni considerano in particolare:*

- a. l'efficienza della fornitura di prestazioni;*
- b. la prova della qualità necessaria;*
- c. nel settore ospedaliero, il numero minimo di casi e lo sfruttamento di sinergie.*

L'art. 58c OAMal spiega le modalità di pianificazione dell'offerta nei 3 ambiti ospedalieri: in base al **criterio del volume massimo o al criterio della capacità** (numero massimo di letti).

Art. 58c OAMal Modalità di pianificazione

La pianificazione è:

- a. riferita alle prestazioni per quanto concerne la copertura del fabbisogno degli assicurati negli ospedali per la cura di malattie somatiche acute e nelle case per partorienti;*
- b. riferita alle prestazioni o alle capacità per quanto concerne la copertura del fabbisogno degli assicurati per la riabilitazione o la cura di malattie psichiatriche in ospedale;*
- c. riferita alle capacità per quanto concerne la copertura del fabbisogno degli assicurati nelle case di cura.*

L'art. 58e OAMal parla del mandato di prestazioni cantonale per gli istituti riconosciuti e figuranti nell'elenco cantonale ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal per poter soddisfare i bisogni: l'articolo al cpv. 2 indica che nell'elenco figura il mandato di prestazione con il ventaglio di prestazioni che il singolo ospedale può effettuare.

Inoltre al cpv. 3 dà la possibilità al Cantone di attribuire il mandato del pronto soccorso a un ospedale.

Art. 58e OAMal Elenchi e mandati di prestazioni

¹ *I Cantoni riportano nell'elenco di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera e della legge gli istituti cantonali ed extracantonali necessari ad assicurare l'offerta stabilita secondo l'articolo 58b capoverso 3.*

² *Negli elenchi è riportato per ogni ospedale il ventaglio di prestazioni previsto dal mandato di prestazioni.*

³ *I Cantoni attribuiscono a ogni istituto figurante nell'elenco un mandato di prestazioni ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 lettera e della legge. Questo può prevedere in particolare l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.*

Passiamo ora al commento degli articoli della legge cantonale LCAMal.

Art. 2 cpv. 3 LCMal - Campo d'applicazione / Art. 63LCMal - Scopo e oggetto

Questi articoli meritano particolare attenzione: essi riprendono l'art. 39 LAMal. L'art. 63 LCMal esplicita che la pianificazione cantonale definisce l'offerta per rispondere ai bisogni della popolazione ticinese. La pianificazione cantonale riconosce un elenco dettagliato di ospedali operanti in Ticino, dopo un processo ragionato (es. analisi a medio termine dei dati demografici, della morbilità, dei flussi di pazienti relativi alla popolazione ticinese) e democratico (commissione consultiva, passaggio in Governo e Parlamento): attualmente la pianificazione assegna ad ogni stabilimento o istituto ospedaliero un numero di letti massimo, mentre dal 2015 la pianificazione assegnerà a ogni istituto i volumi di prestazione o, eventualmente, per gli istituti di riabilitazione e psichiatria, i letti massimi, qualora il primo criterio non fosse applicabile.

In ogni caso la pianificazione cantonale definisce il perimetro in cui si muovono gli stabilimenti ospedalieri riconosciuti.

Va fatto notare infatti come il numero (massimo) di letti assegnati agli istituti ospedalieri sia attribuito non in base a un tasso di occupazione del 100%, ma in base a un tasso di occupazione dell'85%. Ne deriva che rispetto al volume determinato con un tasso d'occupazione dell'85% vi è un margine di ca. il 18% (15/85esimi). Quindi il perimetro definito dalla pianificazione è ampio: ma è fondamentale definirlo anche nella nuova pianificazione, come prevede il legislatore federale. Va del resto ricordato che solamente grazie a questo lavoro pianificatorio di gestione delle capacità ricettive il Cantone Ticino è rientrato nella media svizzera per l'offerta ospedaliera (ovviamente, considerando il parametro demografico, ossia l'età della popolazione). Come scrive il messaggio a pag. 8 *“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.”*

Visto che la pianificazione passa dal numero massimo di letti al volume massimo di prestazioni, questo margine del 18% delle prestazioni sussisterà, ragione per cui non appaiono giustificati i timori in relazione al concetto di volume massimo. Non è infatti seriamente immaginabile che a partire dal 2015, improvvisamente, la popolazione ticinese sarà ricoverata in modo massiccio negli ospedali e nelle cliniche, in modo da superare il margine di capacità del 18% attuale.

D'altronde tutti i capigruppo e presidenti presenti in Parlamento il 25 giugno 2009 hanno sollecitato il Consiglio di Stato, tramite la mozione *“La pianificazione ospedaliera dei mandati deve entrare in vigore al 1.1.2012”*, ad effettuare in tempi rapidi la pianificazione dei mandati, come auspicato dalla commissione sanitaria nel 2005. Nel frattempo il Consiglio di Stato ha dato seguito alla mozione istituendo la Commissione di pianificazione sanitaria, che ha avviato i propri lavori, che conformemente alla legge federale dovranno allestire la pianificazione ospedaliera in vigore dal 2015.

Art. 63a LCMal - Definizione dell'offerta

L'articolo 63a ripete che la pianificazione concerne i singoli istituti appartenenti a 3 categorie: a) ospedali somatici acuti, psichiatrici e riabilitazione; b) case di cura; c) case per partorienti. Il presente messaggio e rapporto non trattano la categoria b (case anziani). Non ha alcun fondamento l'asserzione che la pianificazione ospedaliera si limiti a determinare tre volumi di prestazioni/letti globali (in base alle 3 categorie art. 63a cpv. 1 LCMal - 58 c OAMal) corrispondenti al fabbisogno della popolazione. La pianificazione determina i volumi di prestazione e i letti per istituto come prevedono l'art. 39 cpv. 1 LAMal e l'art. 58 b OAMal.

Art. 63b LCAMal - Modalità di pianificazione

L'art. 63b riprende in tutto e per tutto l'art. 58c OAMal, che indica quali sono le modalità di pianificazione dell'offerta: in base al criterio del volume massimo delle prestazioni (ospedali somatici acuti, case per partorienti), oppure al criterio della capacità (numero massimo di letti) per gli istituti di riabilitazione e cura di malattie psichiatriche.

Art. 63c LCAMal - Elenco e mandati

La maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze non ha accettato di sopprimere la seconda parte del cpv. 3 e di lasciarvi unicamente il concetto che "*Il mandato (della pianificazione al singolo istituto) definisce il ventaglio di prestazioni*".

Si ricorda a tal proposito che il messaggio del Consiglio federale concernente la modifica della LAMal (finanziamento ospedaliero) a pagina 4920 afferma che: "*Oltre ad assicurare il mantenimento del numero dei letti necessario a coprire il fabbisogno della popolazione, i Cantoni devono anche considerare qual è il volume delle prestazioni che corrisponde ai contratti di prestazione attribuiti*".

Sopprimendo la definizione del "*volume massimo di prestazioni*" assegnato agli istituti ospedalieri con sede in Ticino da parte della pianificazione si impedirebbe alla pianificazione ospedaliera ticinese di determinare il numero massimo di interventi per tipo di prestazione (rispettivamente il numero massimo di letti dei singoli istituti di riabilitazione e psichiatria), che rispondono globalmente al fabbisogno della popolazione. Questa soppressione sarebbe contraria all'art. 39 cpv. 1 LAMal e art. 58 OAMal, in base ai quali il Cantone deve definire l'offerta, ragione per cui gli **assicuratori malattia inoltrebbero certamente ricorso all'autorità competente.**

Ma anche i cittadini che pagano i premi di cassa malati potrebbero opporsi a questa soppressione nella legge, in quanto sarebbe densa di conseguenze per l'aumento dei premi.

Infine la soppressione del concetto di "volume massimo delle prestazioni" porterebbe ad un effetto paradossale e alquanto pericoloso per l'evoluzione dei premi cassa malati. **La pianificazione ha valore sia per il Cantone, sia per gli assicuratori malattia:** spostare la definizione del volume massimo di prestazioni al livello dei contratti quadriennali o annuali con singoli istituti significherebbe regolare unicamente la quota-parte finanziata dal Cantone (nella misura del 55%), lasciando invece crescere liberamente un'ulteriore parte di offerta sanitaria ospedaliera, che sarebbe finanziata al 100% dagli assicuratori. In parole chiare qualora un istituto superasse il volume massimo di prestazioni o il numero massimo di letti previsto dal contratto di prestazione stipulato con il Cantone, le casse malati sarebbero obbligate a pagare nella misura del 100% dei costi la parte di prestazioni eccedente il volume massimo.

Occorre pertanto mantenere integro il cpv. 2 della art. 63c, come proposto dal Messaggio: va inteso che, in base alle indicazioni dell'art. 63b LCAMal, il mandato pianificatorio definisce il ventaglio di prestazioni e per l'istituto con sede nel Cantone ai sensi dell'art. 63 a e c il volume massimo di prestazioni, rimanendo riservata la possibilità di far capo al criterio della capacità per gli istituti ospedalieri di riabilitazione e psichiatria (questione, come visto all'art. 63 b LCAMal, lasciata aperta dall'art. 58c OAMal, che parla di pianificazione in base alle prestazioni o alle capacità).

La Commissione tiene tuttavia a sottolineare che i volumi massimi non dovranno e non potranno essere applicati con rigidità, come avverte anche la Conferenza dei direttori cantonali della sanità nelle sue Raccomandazioni del 27.4.2009, improntate ad una saggia moderazione. Una gestione restrittiva delle quantità massime di prestazioni potrebbe infatti vanificare l'obbiettivo della concorrenza intercantonale tra istituti e

comportare in determinati settori un razionamento indesiderato delle cure. L'eventuale sfioramento dei volumi massimi non dovrà essere considerato automaticamente come ingiustificato. Si tratterà anzi di dar prova di moderazione e flessibilità, concordando nei vari contratti di prestazione le conseguenze in caso di mancato rispetto dei volumi massimi per singole categorie di intervento. Va richiamata a tal proposito l'esperienza maturata con l'EOC che lavora già da otto anni sulla base del contratto quadro e annuale di prestazione con remunerazione delle sue prestazioni attraverso un forfait riferito ai DRG: **la prassi dei volumi massimi non ha mai creato problemi all'EOC**. Sarebbe auspicabile l'adozione, anche con gli istituti privati, della regola secondo cui le prestazioni giustificate (ossia commisurate al fabbisogno) che fossero fornite oltre il margine di fluttuazione del 5% vengano remunerate in base al loro costo marginale (quindi al netto degli ammortamenti). Va poi comunque ricordato ancora una volta che i volumi massimi saranno definiti - come avviene già oggi per il numero massimo di letti per istituto - con un **buon margine di riserva** ed inoltre lo **strumento flessibile del contratto annuale** di prestazione consentirà di adeguare di anno in anno, se necessario, i volumi degli interventi giustificati per le diverse tipologie di casi, ai fini di soddisfare in modo appropriato il fabbisogno della popolazione.

Art. 63d LCAMal - Criteri di pianificazione

L'articolo 63d parla esplicitamente di disponibilità e di capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni: evidentemente le capacità sono quelle definite nella pianificazione ospedaliera.

In questo articolo è stato precisato il **concetto di volume minimo di casi**, riprendendo l'art. 58 b cpv. 5 OAMal.

Art. 63e LCAMal - Obbligo di ammissione

L'art. 41a LAMal impone ai Cantoni di provvedere affinché l'obbligo d'ammissione di tutti gli assicurati domiciliati sia rispettato.

Art. 41a¹ LAMal Obbligo di ammissione

¹ *Nei limiti dei loro mandati di prestazioni e delle loro capacità, gli ospedali figuranti nell'elenco sono tenuti a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone di ubicazione dell'ospedale (obbligo di ammissione).*

² *Per gli assicurati domiciliati fuori del Cantone di ubicazione dell'ospedale figurante nell'elenco, l'obbligo di ammissione si applica soltanto nei limiti dei mandati di prestazioni e nei casi d'urgenza.*

³ *I Cantoni provvedono affinché l'obbligo di ammissione sia rispettato.*

La Commissione ha deciso di fissare al 50%, anziché di quella formulata dal Consiglio di Stato nel Messaggio (60%), la soglia minima di accoglienza di pazienti con la sola assicurazione obbligatoria. La proposta ricalca quella della Conferenza dei direttori cantonali della sanità e non crea problemi agli istituti ospedalieri operanti in Ticino (vedi dati relativi alle uscite da reparto comune in % del totale negli anni 2007/2008/2009 per i vari istituti privati e pubblici). In ogni caso per garantire la presa ai carico di tutti gli assicurati domiciliati con la sola assicurazione obbligatoria, che sono il 75% di tutti gli assicurati in Ticino, occorre ribadire concretamente che è vietata agli istituti la selezione dei pazienti domiciliati nel Cantone in base alla copertura assicurativa, ai costi o ad altri criteri discriminanti. Il Cantone deve effettuare i necessari controlli e se del caso applicare le sanzioni di cui all'art. 66r LCAMal.

Art. 64, 65 e 66 LCAMal

Gli articoli sulle competenze del Consiglio di Stato, della Commissione di pianificazione sanitaria e del Gran Consiglio in materia di pianificazione, come pure sull'aggiornamento/revisione della pianificazione sono oggetto di modifiche di dettaglio.

8.2 Titolo V bis Finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera

Dopo le modifiche al capitolo sulla pianificazione ospedaliera, il messaggio introduce una serie di nuovi articoli nel capitolo sul finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera, che regola i rapporti tra Cantone e istituti ospedalieri, che figurano sull'elenco della pianificazione cantonale ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal.

Art. 66a LMAI - Principio e art. 66b LCAMal - Fornitori di prestazioni

La Commissione non ha fatto modifiche sugli articoli 66a e 66b del messaggio, che, riprendendo l'art. 39 cpv. 1 LAMal, definiscono gli istituti (ospedali e case per partorienti) come "fornitori di prestazioni". Sono escluse da questo capitolo del finanziamento le case di cura: case anziani, le case per invalidi e l'assistenza e cura a domicilio.

Art. 66c LCAMal - Principio (fornitori di prestazioni con sede nel Cantone)

L'articolo 66c al cpv. 1 stabilisce il principio del finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera degli istituti ospedalieri figuranti sull'elenco della pianificazione ospedaliera e al cpv. 2 precisa i due casi previsti suscettibili di ricevere un finanziamento speciale da parte del Cantone sotto il concetto di "prestazioni economicamente di interesse generale". Quest'ultimo concetto è ripreso dall' art. 49 cpv. 3 LAMal.

Art. 49¹ Convenzioni tariffali con gli ospedali

³ Le remunerazioni di cui al capoverso 1 non comprendono le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Dette prestazioni comprendono segnatamente:

- a. il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale;
- b. la ricerca e l'insegnamento universitario.

Art. 66 d LCAMal - Contributo globale (fornitori di prestazioni con sede nel Cantone)

L'art. 66 d definisce il contributo globale fissato in base al mandato di prestazioni dato dal Cantone all'istituto e si fonda sull'art. 51 LAMal, il quale precisa che l'adozione dello strumento del contributo globale è una scelta facoltativa per i Cantoni.

Art. 51 LAMal Stanziamento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura

¹ Quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura. È fatta salva la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a.¹

² Il Cantone sente dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

L'art. 66 d stabilisce il contributo globale annuo per ogni "fornitore di prestazioni" sulla base del mandato di prestazione stabilito dalla pianificazione ospedaliera.

È evidente che non sarebbe possibile per il Consiglio di Stato stabilire il contributo globale annuo di un istituto senza aver precedentemente definito il perimetro (volume massimo di

prestazioni o numero massimo di letti) nel mandato di prestazione pianificatorio. **Un simile scenario significherebbe tra l'altro per gli istituti assumersi il rischio di subire delle fluttuazioni enormi per quanto riguarda le prestazioni riconosciute e cofinanziate dal Cantone, sia verso il basso, sia verso l'alto, e questo su un periodo breve: si tratta razionalmente un rischio del tutto inaccettabile, visti gli importanti investimenti che gli istituti devono effettuare per poter operare, ma anche rispetto al personale ivi impiegato, che deve essere estremamente qualificato e reperito per tempo.**

Art. 66e LCAMal - Prestazioni di cura ospedaliera (determinazione del contributo globale)

Per meglio ossequiare il dettato federale (cfr. art. 49 lett. a cpv. 2 LAMal) la Commissione ha modificato il cpv. 2 stabilendo che il Consiglio di Stato fissa entro il 31 marzo di ogni anno la quota-parte a carico del Cantone per l'anno successivo, ritenuta una soglia minima del 55%.

Art. 49a¹ LAMal Remunerazione delle prestazioni ospedaliere

¹ Le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quota-parte rispettiva.

² Il Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

Art. 66f LCMal - Prestazioni economicamente di interesse generale (determinazione del contributo globale) e 66g LCAMal - Principio (contratto di prestazione)

Articoli invariati rispetto al messaggio.

Art. 66h LCAMal - Contratto quadro

La Commissione della gestione e delle finanze ha discusso della possibilità di spostare dall'art. 63c (che regola il mandato della pianificazione) all'art. 66h (che regola il contratto quadro) la definizione del volume massimo attribuito al singolo istituto: un simile spostamento non rispetterebbe la legge federale e sarebbe sbagliato per i motivi esposti nel commento all'art. 63c. Ricordiamo inoltre che il lavoro di approfondimento che si effettua per l'allestimento di un contratto quadro (e a maggior ragione di un contratto annuo di prestazione) è molto minore rispetto al lavoro conoscitivo e di concertazione che si effettua per una pianificazione.

Non ha nemmeno senso inserire nel contratto quadro i volumi minimi: infatti il volume minimo è un criterio di qualità/economicità ai sensi dell'art. 58b cpv. 5 OAMal, che deve essere preso in considerazione nella fase della pianificazione cantonale allo scopo di attribuire un mandato ad un istituto ospedaliero.

La Commissione della gestione e delle finanze al cpv. 2 lett. b ha precisato che le modalità di contabilizzazione e di utilizzo della quota parte degli investimenti sono relative agli investimenti computabili nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria.

Inoltre la Commissione al cpv. 2 lett. e ha introdotto un paletto minimo sulle condizioni di lavoro ("il rispetto delle condizioni di lavoro usuali del settore"): si vuole evitare che vi sia una concorrenza salariale al ribasso tra istituti ospedalieri, la quale porti taluni di essi a peggiorare le condizioni di lavoro rispetto alla norma, assumendo ad es. personale frontaliero sottocosto.

Art. 66i LCAMal - Contratto di prestazione annuale

Il testo dell'art. 66 i, che definisce il **contratto di prestazione annuale**, è stato confermato dalla Commissione.

Il contratto di prestazione calcola il contributo a partire dal volume di prestazioni da fornire, per cui sarebbe concettualmente errato introdurre in questo ambito il concetto di volume massimo (perimetro della pianificazione dei mandati) **e di volume minimo** (criterio qualitativo/economico esplicitamente contenuto al cpv. 5, lett. c dell'art. 58b OAMal: si tratta di un criterio della pianificazione dei mandati; peraltro esso è già presente nell'art. 66 i LCAMal alla lett. b, che parla di: "criteri di qualità").

Art. 66 l LCAMal - Assenza di contratto

In caso di assenza di contratto il Governo definisce gli obblighi per i fornitori.

Art. 66m LCAMal - Strumenti di gestione

Il contratto di prestazioni esige che la documentazione contabile e statistica sia completa, per evitare che sussistano travasi non trasparenti da un settore assoggettato al contratto a un settore non assoggettato. Questo è previsto dall'art. 49 LAMal.

Art. 49, cpv. 7 Convenzioni tariffali con gli ospedali

⁷ *Gli ospedali dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni tengono una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità, per effettuare comparazioni tra ospedali, per la tariffazione e per la pianificazione ospedaliera. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti.*

Art. 66n LCAMal - Trasmissioni di dati, Art. 66o LCAMal - Costi di investimento

Invariati

Art. 66 q LCAMal - Competenza (controllo), art. 66r LCAMal - Violazione del contratto (controllo)

L'articolo 66r sulle sanzioni in caso di violazione della legge, che viene riportato nel rapporto commissionale, è quello corretto e completato dal Consiglio di Stato.

Art. 66 s LCAMal - Modifica delle circostanze, art. 66t LCAMal - Libera scelta (ricoveri fuori Cantone), art. 66u LCAMal - Prestazioni con indicazione medica (ricoveri fuori Cantone), art. 66v LCAMal - Prestazioni senza indicazione medica (ricoveri fuori Cantone)

Invariati

Art. 67a LCAMal - Convenzioni tariffali con gli ospedali

La Commissione ha introdotto all'art. 67a che il Cantone "assiste" anziché "partecipa" alle negoziazioni tariffali al fine di evitare un conflitto di interesse, ritenuto che la legge federale gli impone il compito di stabilire la tariffa con decisione formale in caso di mancato accordo tra i fornitori di prestazione e gli assicuratori.

In ogni caso la conoscenza dei dossiers da parte del Cantone è indispensabile per dirimere le vertenze e intervenire in base agli art. 46 e 47 LAMal.

Art. 46 LAMal Convenzione tariffale

¹ Le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori.

² Se una delle parti alla convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercitanti nel territorio previsto dalla convenzione possono parimenti aderire a quest'ultima. La convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione. La convenzione disciplina le modalità in materia d'adesione e di desistenza e relative pubblicazioni.

³ Sono in particolare inammissibili e dunque nulli i seguenti provvedimenti, indipendentemente dal fatto che essi siano contenuti in una convenzione tariffale, in contratti separati o in disciplinamenti:

- a. il divieto ai membri della federazione di concludere convenzioni separate;
- b. l'obbligo ai membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti;
- c. il divieto di concorrenza fra i membri della federazione;
- d. i trattamenti di favore e le clausole di esclusività.

⁴ La convenzione tariffale dev'essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

⁵ Il termine di disdetta di una convenzione tariffale o di desistenza ai sensi del capoverso 2 è di almeno sei mesi.

Art. 47 Assenza di convenzione tariffale

¹ Se nessuna convenzione tariffale può essere stipulata tra fornitori di prestazioni e assicuratori, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.

² Se non esiste alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale dell'assicurato fuori del suo luogo di domicilio o di lavoro o fuori dei relativi dintorni oppure per la cura ospedaliera dell'assicurato fuori del suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.¹

³ Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non s'accordano sul rinnovo d'una convenzione tariffale, il governo cantonale può prorogarla di un anno. Se nessuna convenzione è stata stipulata entro questo termine, il governo cantonale, consultate le parti interessate, stabilisce la tariffa.

Art. 68 LCAMal - Approvazione e fissazione della tariffa, art. 72 LCAMal - Ricoveri ospedalieri fuori Cantone, art. 73 LCAMal - Profarmacia, art. 74 LCAMal - Contestazioni nell'assicurazione sociale malattia, art. 75 LCAMal - Assicurazioni complementari (private), art. 76 LCAMal - Altre contestazioni, art. 76b LCAMal - Tribunale cantonale amministrativo

Invariati rispetto al messaggio.

Art. 78 - Segnalazione

Questo articolo è stato introdotto dal Consiglio di Stato su suggerimento della Commissione per permettere le segnalazioni di violazione dell'obbligo d'ammissione.

9. CONCLUSIONI

La Commissione della gestione e delle finanze invita il Parlamento ad approvare l'allegato decreto legislativo:

- per permettere di avviare tempestivamente la pianificazione ospedaliera che deve entrare in vigore al 1.1.2015 e che deve puntare sugli obiettivi di qualità ed economicità degli istituti in Ticino, mantenendo sotto controllo i costi sanitari a carico del Cantone e dei cittadini;
- per creare tempestivamente la base legale cantonale necessaria al varo del nuovo finanziamento delle cliniche in base ai contratti di prestazione tra Cantone e cliniche a partire dal 1.1.2012.

L'entrata in vigore al 1.1.2012 della presente legge è imposta dal legislatore federale ed è inoltre di grande importanza per lo sviluppo equilibrato della sanità e per le implicazioni finanziarie nel nostro Cantone.

La Commissione auspica pertanto che le soluzioni ragionate e proposte con l'allegato decreto legislativo non vengano stravolte da emendamenti che potrebbero dare adito a ricorsi, con conseguenze difficilmente immaginabili, ma sicuramente genererebbero una grave incertezza, che nocerebbero a tutti gli attori della sanità attivi nel Cantone.

Per la Commissione gestione e finanze:

Giovanni Merlini e Raoul Ghisletta, relatori

Bacchetta-Cattori (con riserva) - Beltraminelli (con riserva) -

Bertoli - Bignasca A. - Bobbià - Celio - Chiesa (con riserva) -

Foletti (con riserva) - Jelmini (con riserva) - Lurati -

Orelli Vassere - Regazzi (con riserva) - Vitta

Allegato: Parere Commissione speciale sanitaria

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 23 novembre 2010 n. 6422 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 1° marzo 2011 n. 6422R della Commissione della gestione e delle finanze,

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 libert  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 pu  sottoscrivere convenzioni con altri Cantoni e istituti extra-cantionali.

Art. 63b (nuovo)

C. Modalit  di pianificazione

La pianificazione   riferita alle prestazioni per quanto concerne gli ospedali somatici acuti e le case per partorienti, alle prestazioni o alle capacit  per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale, alle capacit  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 pu  prevedere in particolare l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.

Art. 63d (nuovo)

E. Criteri di pianificazione

¹Nella valutazione e nella scelta degli istituti figuranti nell'elenco il Cantone considera in particolare:

- a) la qualit  e l'economicit  delle prestazioni,
- b) l'accessibilit  alle cure entro un termine utile,
- c) la disponibilit  e la capacit  dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

²**Nel valutare l'economicit  e la qualit , il Cantone considera in particolare:**

- a) l'efficienza della fornitura di prestazioni;**
- b) la prova della qualit  necessaria;**
- c) nel settore ospedaliero, il numero minimo di casi e lo sfruttamento di sinergie.**

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, **in conformità al contratto quadro di cui all'art. 66h cpv. 2.**

²L'obbligo di ammissione risulta adempiuto se i pazienti con la sola Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono almeno il **50%**.

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

⁴**Contro la violazione dell'obbligo di ammissione ai sensi dei cpv. 1 e 2 è data facoltà di segnalazione al Consiglio di Stato che decide i provvedimenti necessari, segnatamente le sanzioni di cui all'art. 66r.**

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 Consiglio di Stato fissa entro il 31 marzo di ogni anno la quota parte, ai sensi dell'art. 49a LAMal, a carico del Cantone per l'anno successivo.

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.

- D. Contratto di prestazione**
I. Principio
- Art. 66g (nuovo)**
- Il Consiglio di Stato stipula con i fornitori di prestazioni dei contratti quadro e dei contratti di prestazione annuali.
- II. Contratto quadro**
- Art. 66h (nuovo)**
- 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 **computabili nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria**;
 - c) l'attività di formazione non universitaria;
 - d) gli obblighi di assistenza;
 - e) il rispetto delle condizioni di lavoro usuali del settore;**
 - f) le modalità di calcolo del contributo e dei suoi adeguamenti;
 - g) la natura, le modalità e la frequenza dei dati da trasmettere;
 - h) 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.

- Art. 66n (nuovo)**
- F. Trasmissione dei dati**
- 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.
- Art. 66o (nuovo)**
- G. Costi di investimento**
- 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.
- ²**Esso** può stabilire nel contratto quadro misure speciali di vigilanza.
- Art. 66r (nuovo)**
- II. Violazioni del contratto**
- ¹**In caso di violazione delle disposizioni legali, del mandato pianificatorio e/o dei contratti di prestazione il Consiglio di Stato può pronunciare contro i fornitori di prestazioni le seguenti sanzioni:**
- a. l'ammonimento;**
 - b. la multa da fr. 500.-- a fr. 200'000.--;**
 - c. la riduzione parziale del finanziamento;**
 - d. la rescissione con effetto immediato dei contratti di prestazione con soppressione totale del finanziamento;**
 - e. la revoca del mandato di prestazione e l'esclusione temporanea o definitiva dall'elenco ospedaliero ai sensi dell'art. 63c n caso di gravi e/o ripetute violazioni.**
- ²**Nei casi gravi la multa può essere cumulata con le sanzioni di cui al cpv. 1 lett. c) – e).**
- ³**Per la restituzione del finanziamento si applicano per analogia gli art. 16 e segg. della Legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.**

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* LAMal, 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 **assiste** alle negoziazioni tariffali.

B. Approvazione e fissazione della tariffa

Art. 68 cpv. 2 e 3

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 (LCAMa).

Art. 29

¹Il finanziamento delle prestazioni dell'EOC ai sensi dell'art. 66c della LCAMa, 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.