

*Comunicato stampa*

## **Fallite le trattative della Commissione paritetica di fiducia TARMED**

# **santésuisse viola gli accordi contrattuali, scatena un caos nei conteggi e mette a repentaglio l'approvvigionamento medico in Svizzera**

**Berna, 10 luglio 2003.** Il concordato degli assicuratori malattia svizzeri, santésuisse, si rifiuta di applicare la valutazione dei punti per il nuovo tariffario medico TARMED concordata con H+ Gli Ospedali Svizzeri e approvata dal Consiglio federale. Le trattative condotte dalla Commissione paritetica di fiducia TARMED mercoledì 9 luglio 2003 sono fallite. Con il suo atteggiamento, santésuisse viola la convenzione-quadro e causa conseguenze gravose per il sistema sanitario svizzero. Gli assicuratori malattia mettono in pericolo l'introduzione del TARMED: di conseguenza, dal 1° gennaio 2004 i pazienti dovranno pagare personalmente le fatture, e si rischia un caos dei conteggi. Gli ospedali privati non potranno più effettuare trattamenti ambulatoriali: ciò mette a repentaglio l'approvvigionamento sanitario in Svizzera.

In vista dell'introduzione del tariffario medico unificato TARMED, il 13 maggio 2002 – al termine di lunghe trattative – santésuisse e H+ avevano raggiunto un'intesa contrattuale in relazione al metodo di calcolo per la fissazione del valore dei nuovi punti. Il 30 settembre 2002 questa convenzione-quadro era stata approvata dal Consiglio federale, che aveva imposto la neutralità dei costi e dei ricavi. Su questa base, santésuisse e gli ospedali stanno calcolando i valori dei punti nei singoli cantoni. Frattanto tali calcoli sono stati portati a termine per oltre la metà degli ospedali svizzeri, e santésuisse ne ha confermato la correttezza. Da questi calcoli sono scaturiti valori del punto varianti tra CHF 0.80 e 1.00 per le prestazioni sovvenzionate degli ospedali pubblici, e tra CHF 1.15 e 1.35 per le prestazioni non sovvenzionate degli ospedali pubblici e privati. Il valore medio determinato su piano nazionale si attesta su CHF 0.96.

Contrariamente a tutti gli accordi raggiunti, improvvisamente santésuisse si rifiuta però di accettare i valori del punto così calcolati che superano CHF 1.-. Su iniziativa di H+, il 9 luglio 2003 la Commissione paritetica di fiducia TARMED H+/santésuisse si è quindi chinata sulla questione. Il tentativo di conciliazione è tuttavia fallito poiché santésuisse non è intenzionata ad attenersi agli accordi contrattuali. H+ non può accettare un simile comportamento, e a questo proposito precisa quanto segue:

### **1. H+ sostiene la neutralità dei costi del TARMED**

H+ sostiene chiaramente l'introduzione neutrale dal punto di vista dei costi del nuovo tariffario TARMED, ed è intenzionata ad applicare senza restrizioni la convenzione-quadro approvata dal Consiglio federale.

## **2. Violazione del principio della buona fede**

Il comportamento di santésuisse costituisce una crassa violazione del principio della buona fede: santésuisse si era accordata contrattualmente con H+ riguardo al metodo di calcolo, e inoltre riconosce che i calcoli sono stati eseguiti in maniera corretta e sono validi. Ciò nonostante, ad un tratto santésuisse non è più disposta ad applicare i valori del punto calcolati per il nuovo tariffario TARMED.

## **3. TARMED a rischio**

Con la sua decisione, santésuisse mette a repentaglio l'introduzione del nuovo tariffario TARMED, prevista per l'1.1.2004, e da sempre sostenuta da H+.

## **4. Caos programmato nel settore dei conteggi**

Se il sistema tariffario negoziato non potrà essere introdotto a causa del comportamento di santésuisse, dal 1° gennaio 2004 vigerà una situazione di assenza di convenzione. Di conseguenza, i pazienti dovranno pagare le fatture di tasca propria: il caos dei conteggi è programmato.

## **5. Discriminazione illegale degli ospedali non sovvenzionati**

La Legge sull'assicurazione malattie attualmente in vigore (LAMal) prescrive che i trattamenti ambulatoriali devono essere interamente coperti dalle casse malati. Tuttavia, nel caso degli ospedali pubblici all'atto pratico anche i trattamenti ambulatoriali sono co-finanziati mediante le sovvenzioni: ciò significa che in concreto le casse malati coprono solo una parte dei costi reali. I trattamenti ambulatoriali sovvenzionati distorcono le strutture tariffarie e generano una discriminazione a danno sia degli ospedali privati, sia degli istituti pubblici che non percepiscono sovvenzioni per queste prestazioni. Ciò si pone in aperta contraddizione anche con la LAMal.

## **6. Diversi ospedali privati dovranno chiudere**

Se gli oneri sostenuti per i loro investimenti non saranno più compensati, gli ospedali privati saranno costretti a ridurre le loro prestazioni. Ne consegue che essi non potranno più dispensare trattamenti ambulatoriali. Dato che questi ultimi rappresentano il 20 per cento circa delle prestazioni fornite dagli ospedali privati, taluni istituti privati dovranno chiudere. I primi segnali in questo senso sono giunti dagli ospedali del Canton Ginevra, che in questi giorni hanno annunciato l'intenzione di chiudere la chirurgia ambulatoriale effettuata in regime di ospedale di giorno. Nel Canton Ginevra, gli ospedali privati forniscono il 70 per cento di queste prestazioni.

## **7. Approvvigionamento medico in Svizzera a rischio**

Su piano nazionale, gli ospedali privati forniscono circa un quarto di tutte le prestazioni ambulatoriali ospedaliere. Se non saranno più in grado di svolgere questo compito, l'approvvigionamento medico nel nostro paese sarà esposto a un rischio acuto. Le impasse a cui si trovano confrontati già oggi gli ospedali pubblici aumenteranno considerevolmente: le conseguenze dirette di questo stato di cose saranno costituite da ulteriori sovraccarichi e da tempi d'attesa quantificabili in anni.

## **8. Aumento delle imposte**

Per compensare la mancanza di ospedali privati, i nosocomi pubblici dovranno ampliare le loro capacità. Si renderà perciò inevitabile un aumento delle imposte.

#### **9. Governi cantionali invitati ad agire**

H+ raccomanda ai propri membri di stipulare con santésuisse soltanto contratti individuali a livello cantonale che soddisfano le condizioni stabilite nella convenzione-quadro, rispettivamente che poggiano su valori del punto calcolati correttamente. Le istanze d'approvazione e di ricorso sono le autorità cantionali. H+ si appella perciò ai governi cantionali, invitandoli a garantire l'applicazione dei valori del punto calcolati correttamente in conformità alla convenzione-quadro.

#### **10. H+ valuta l'opportunità di adire le vie legali**

H+ non può accettare il comportamento di santésuisse, che è manifestamente contrario alla convenzione-quadro. Alla luce del fallimento delle trattative intavolate in seno alla Commissione paritetica di fiducia TARMED santésuisse/H+, H+ Gli Ospedali Svizzeri sta valutando la possibilità di intraprendere passi legali in sintonia con la LAMal, al fine di favorire la piena applicazione della convenzione-quadro approvata dal Consiglio federale.

*H+ Gli Ospedali Svizzeri è l'organizzazione centrale degli ospedali e delle cliniche svizzeri. Ad essa sono affiliati circa 400 ospedali, cliniche e case di cura in qualità di membri attivi, come pure oltre 250 associazioni, enti, istituzioni, aziende e persone singole in qualità di membri partner.*

Per maggiori informazioni:

Dr. med. Uma Grob, Direttrice H +: 031-335 11 00.

Dr. Bernhard Wegmüller, Vicedirettore H+, .031-335 11 55.