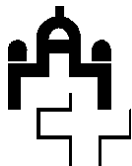


Ständerat

Conseil des États

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



05.055 s Sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base. Iniziativa popolare

Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del 12 settembre 2006

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha esaminato il messaggio del Consiglio federale concernente l'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» (05.055 s) in occasione delle sedute del 30 agosto 2005 nonché del 23 gennaio, 29 e 30 maggio e 12 e 13 settembre 2006.

L'iniziativa popolare è stata presentata il 28 luglio 2004 in forma di progetto elaborato. Chiede tra l'altro un'assicurazione di base fondata sulla concorrenza e una riduzione del catalogo delle prestazioni. Il Consiglio federale raccomanda di respingere l'iniziativa.

Proposta della Commissione

La Commissione propone di seguire la raccomandazione del Consiglio federale e di respingere l'iniziativa. Con 6 voti contro 5, senza astensioni, rinuncia inoltre a presentare un controprogetto. Una minoranza (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) propone tuttavia di adottare il controprogetto elaborato e, in virtù dell'articolo 105 capoverso 1 della legge sul Parlamento, di prorogare di un anno, ossia fino al 28 gennaio 2008, il termine fissato per la trattazione dell'iniziativa.

Relatore: Schwaller

Per la Commissione:
La presidente

Erika Forster-Vannini



1 Situazione iniziale

La Commissione ha dibattuto il messaggio del Consiglio federale concernente l'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» a varie riprese – la prima volta il 30 agosto 2005, sentendo il comitato d'iniziativa. All'unanimità ha ritenuto che il testo dell'iniziativa popolare contiene elementi che politicamente non sono realizzabili attualmente. Si è tuttavia chiesta se l'articolo 117 Cost. sull'assicurazione malattia e infortuni non sia redatto in maniera troppo generale rispetto alle altre norme di competenza della Costituzione federale. La Commissione ha visto nella trattazione di quest'iniziativa popolare un'occasione per introdurre nella Costituzione federale, per mezzo della formulazione di un controprogetto, principi fondamentali sull'assicurazione malattie e sull'assicurazione infortuni in base ai quali organizzare queste assicurazioni sociali.

All'inizio delle discussioni una maggioranza dei membri non considerava necessario elaborare una revisione della Costituzione federale parallelamente alle revisioni in corso della legge sull'assicurazione malattie (04.032, Libertà di contrarre; 04.034, Partecipazione ai costi; 04.061, Finanziamento ospedaliero e compensazione dei rischi; 04.062, *Managed Care*; 05.025, Finanziamento delle cure); riteneva inoltre che le basi costituzionali vigenti danno un margine di manovra sufficiente al legislatore. Questa maggioranza riteneva la revisione della legge sull'assicurazione malattie la sede più appropriata per discutere l'obiettivo – non contestato da nessuno – del contenimento dei costi. Nel corso dei dibattimenti una maggioranza della Commissione è giunta tuttavia alla conclusione che un controprogetto diretto, da proporre in votazione al popolo, potrebbe costituire una base importante per l'assetto futuro dell'assicurazione malattie e infortuni.

In occasione della seduta del 29 e 30 maggio 2006 la Commissione ha istituito una sottocommissione composta dai consiglieri agli Stati *Brändli*, *Altherr* e *Stähelin*. Il gruppo socialista ha rinunciato a parteciparvi. La sottocommissione ha incaricato il signor Ueli Kieser, avvocato e docente privato di diritto delle assicurazioni sociali, di elaborare una proposta di testo e un commento sulla scorta delle sue direttive. La sottocommissione si è riunita a tre riprese per redigere un progetto, discusso per la prima volta dalla Commissione nella seduta del 22 agosto 2006. La Commissione ha proposto una modifica del testo in vista della sua adozione definitiva.

Il 12 settembre 2006, dopo una votazione molto serrata, la Commissione si è pronunciata contro la presentazione del controprogetto. Nel contempo ha deciso di sottoporre al suo Consiglio, con il presente rapporto, i commenti concernenti la proposta di minoranza.

La minoranza della Commissione si dispiace del fatto che per ragioni di tempo non sia più possibile porre in consultazione il controprogetto. Giusta l'articolo 100 della legge sul Parlamento l'Assemblea federale dispone di un termine di trenta mesi per trattare un'iniziativa popolare dal momento in cui quest'ultima è stata presentata, ossia in questo caso fino al 28 gennaio 2007. Il termine può essere prorogato di un anno nel caso in cui una Camera decida un controprogetto e l'Assemblea federale voti detta proroga. Affinché anche la Commissione del Consiglio nazionale abbia il tempo di deliberare, il progetto dev'essere presentato al Consiglio degli Stati al più tardi nella sessione autunnale 2006. La minoranza della Commissione ritiene tuttavia che la Costituzione federale non possa essere modificata senza la partecipazione di altre cerchie e chiede pertanto alla Commissione del Consiglio nazionale di procedere a una consultazione ordinaria. Un'eventuale proroga di un anno lascerebbe sufficiente tempo per effettuarla.



2 Riflessioni fondamentali

- (1) I marginali tra parentesi rinviano al commento di Ueli Kieser.

2.1 Scindere l'assicurazione malattie e l'assicurazione infortuni in due disposizioni costituzionali distinte

- (2) Viene proposto di introdurre un articolo costituzionale riservato all'assicurazione malattie e quindi di scindere l'assicurazione malattie e l'assicurazione infortuni in due articoli distinti. In questa proposta l'articolo relativo all'assicurazione infortuni riprende senza modifiche l'articolo esistente; la formulazione dell'articolo relativo all'assicurazione malattie è invece interamente modificata e riprende ora i principi materiali determinanti.

Le considerazioni che seguono inducono a separare la regolamentazione di questi due settori delle assicurazioni sociali in due articoli costituzionali distinti. Un primo elemento determinante è la decisione del legislatore di rendere l'assicurazione malattie obbligatoria per tutta la popolazione residente, mentre l'assicurazione infortuni è obbligatoria soltanto per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente; queste due assicurazioni sociali vengono pertanto percepite in modo molto diverso dalla popolazione. Il secondo elemento importante è che la regolamentazione dell'assicurazione malattie è molto più esigente di quella dell'assicurazione infortuni. Essa richiede differenziazioni difficili (per es. la delimitazione tra malattia e non malattia) e solleva questioni delicate relative all'ammissione dei fornitori di prestazioni. Inoltre il peso quantitativo dell'assicurazione malattie è di molto superiore a quello dell'assicurazione infortuni.

Di conseguenza l'attuale regolamentazione ridotta dell'assicurazione infortuni può essere mantenuta così com'è, mentre per quanto concerne l'assicurazione malattie appare appropriato fissare gli obiettivi materiali principali a livello costituzionale. La diversa situazione iniziale giustifica pertanto il fatto di disciplinare le due assicurazioni in due disposizioni costituzionali distinte.

2.2 Delimitare l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare nell'assicurazione malattie

- (3) Si tratta di chiarire la relazione tra l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare. Secondo la concezione prevalente attualmente, questi due settori sono nettamente distinti. Mentre l'assicurazione di base è considerata una parte dell'assicurazione sociale, l'assicurazione complementare rientra nel settore delle assicurazioni private. L'assicurazione di base ha di principio una portata generale e offre una buona protezione agli assicurati. Le assicurazioni complementari sono dal canto loro importanti nei settori delle prestazioni complementari (per es. il diritto di essere curati personalmente dal primario, di beneficiare di medicinali non rimborsati dall'assicurazione di base o di ricorrere ai metodi della medicina naturale) o delle prestazioni alberghiere (per es. migliore scelta di menu o camera individuale). La disposizione costituzionale sull'assicurazione malattie disciplina unicamente l'assicurazione di base. Pertanto la presente proposta non concerne le assicurazioni private, che rimangono soggette al diritto privato.

2.3 Riferimento alla Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)



- (4) L'articolo 48a capoverso 1 lettera h Cost. (nella versione del decreto federale del 3 ottobre 2003 relativo alla NPC, che deve ancora entrare in vigore) prevede che, per quanto concerne la medicina di punta e le cliniche speciali, la Confederazione può dichiarare di obbligatorietà generale i trattati intercantionali o obbligare determinati Cantoni a parteciparvi (cfr. FF 2003 5746). Questa regolamentazione costituzionale è in combinato disposto con l'articolo costituzionale sull'assicurazione malattie e lo completa. Se la Confederazione, in virtù dell'articolo 48a Cost., adottasse siffatta misura, questo potrebbe avere ripercussioni sui contributi pubblici forniti nell'ambito dell'assicurazione malattie (cfr. cpv. 3 della disposizione costituzionale proposta).
Si noti del resto che il modello previsto dal disegno di NPC si ripercuote sulla riduzione dei premi (cfr. marginale 37).

3 Articolo costituzionale sull'assicurazione infortuni (art. 117 Cost.)

3.1 Testo

Cpv. 1

La Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro gli infortuni.

Cpv. 2

Può dichiararne obbligatoria l'affiliazione, in generale o per singoli gruppi della popolazione.

3.2 Commento

- (1) Se si vuole modificare la regolamentazione dell'assicurazione malattie (e riformularla in un articolo costituzionale proprio) occorre disciplinare l'assicurazione infortuni in un articolo distinto (cfr. le osservazioni introduttive, marginale 2). La proposta riprende senza modifiche il contenuto dell'attuale articolo 117 Cost. In tal modo è possibile mantenere la regolamentazione dell'assicurazione infortuni attualmente in vigore (assicurazione obbligatoria per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente, cfr. art. 1 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, LAINF, RS 832.20).
- (2) Secondo il diritto vigente il legislatore ha dichiarato obbligatoria l'assicurazione infortuni per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente e inoltre ha disciplinato altri settori dell'assicurazione infortuni. In tal modo ha reso facoltativa l'assicurazione per le persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente (cfr. art. 4 LAINF) e ammesso la possibilità dell'assicurazione mediante accordo speciale (cfr. art. 3 cpv. 3 LAINF). Questo mostra che il legislatore ha fatto della competenza conferitagli un uso che va oltre la prima decisione menzionata. L'articolo costituzionale proposto non modifica questa competenza del legislatore.

4 Articolo costituzionale sull'assicurazione malattie (art. 117a Cost.)

4.1 Testo

Cpv. 1

La Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie. L'assicurazione contro le malattie comprende l'assicurazione delle cure medico-sanitarie, che prevede prestazioni in caso di malattia, infortunio e maternità e può stabilire anche prestazioni in caso di necessità di cure. Essa può comprendere un'assicurazione d'indennità giornaliera.



Cpv. 2

In tale ambito la Confederazione si attiene ai principi seguenti:

- a. può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie, in generale o per singoli gruppi della popolazione. Per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente l'assicuratore malattie tra quelli autorizzati;
- b. le prestazioni delle cure medico-sanitarie devono essere efficaci, appropriate ed economiche. Possono essere definite in elenchi;
- c. l'esercizio dell'assicurazione contro le malattie si orienta ai criteri dell'efficienza, dell'efficacia e della trasparenza. La responsabilità individuale degli assicurati viene promossa;
- d. sono autorizzati a esercitare un'attività nel settore dell'assicurazione contro le malattie gli assicuratori che soddisfano alle esigenze minime prescritte dal diritto federale;
- e. le condizioni poste all'attività dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie tengono conto degli obiettivi dell'offerta di alta qualità e della concorrenza.

Al. 3

L'assicurazione delle cure medico-sanitarie è finanziata con i premi e le partecipazioni ai costi a carico degli assicurati nonché con contributi pubblici. Insieme ai Cantoni la Confederazione prevede inoltre riduzioni dei premi, tenendo conto della situazione finanziaria degli assicurati.

4.2 Commento

Cpv. 1

Primo periodo

- (1) La formulazione corrisponde a quella dell'attuale articolo 117 Cost. ed è in accordo con gli altri articoli costituzionali relativi ai diversi settori delle assicurazioni sociali.
- (2) Oggetto della presente disposizione è l'"assicurazione malattie". Si tratta dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie vera e propria e, eventualmente, dell'assicurazione d'indennità giornaliera. La disposizione si situa nella sezione della Costituzione federale che tratta le competenze della Confederazione in materia di "Alloggio, lavoro, sicurezza sociale e sanità" (titolo terzo, capitolo secondo, sezione 8). Questo indica chiaramente che – sotto il profilo sistematico – disciplina soltanto l'assicurazione malattie sociale. La disposizione non comprende pertanto le assicurazioni complementari. Queste sono distinte di principio dall'assicurazione malattie sociale già nel sistema attuale e non sono contemplate dall'attuale articolo 117 Cost. La presente proposta non interessa pertanto l'organizzazione delle assicurazioni complementari (cfr. le osservazioni introduttive, marginale 3). Le



assicurazioni complementari conservano pertanto la loro importanza e completano l'assicurazione di base com'è disciplinata dal presente articolo costituzionale.

Secondo periodo

- (3) Il secondo periodo delimita – insieme al terzo – l'oggetto dell'assicurazione malattie. Si fa una distinzione tra l'assicurazione delle cure medico-sanitarie (che dev'essere in tutti i casi disciplinata dalla Confederazione) e l'assicurazione d'indennità giornaliera (in merito alla quale la Confederazione può se del caso rinunciare a legiferare).
- (4) Il secondo periodo contiene un elenco dei settori di prestazioni determinanti, ossia la malattia, l'infortunio, la maternità e la necessità di cure (Pflegebedürftigkeit). L'enumerazione è esaustiva. La Confederazione può prevedere regolamentazioni legali per questi settori di prestazioni, senza tuttavia essere obbligata a farlo. Questo lascia un certo margine di manovra per l'organizzazione a livello legislativo, margine di manovra che è particolarmente importante nel caso della necessità di cure e che lo può essere anche nel caso dell'infortunio (qualora il legislatore volesse dichiarare l'assicurazione infortuni obbligatoria per l'intera popolazione).
- (5) Il secondo periodo recita che l'assicurazione può "prevedere" prestazioni. Questa formulazione si riferisce al sistema dell'assicurazione malattie e non ai singoli assicuratori. Essa non pregiudica nemmeno il fatto che l'assicuratore conceda direttamente le prestazioni o assuma i costi delle prestazioni. Il legislatore è pertanto libero di prevedere uno o l'altro sistema, o anche una combinazione dei due sistemi. Il sistema attuale (rimborso delle spese da parte degli assicuratori malattie) può di conseguenza essere mantenuto.
- (6) Settori della malattia, dell'infortunio e della maternità: la vigente legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10) stabilisce già – e si tratta di un obbligo – che l'assicurazione malattie accorda prestazioni in questi tre settori (cfr. art. 1a cpv. 2 LAMal, "L'assicurazione accorda prestazioni"). La menzione di questi tre settori dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie (e in particolare dell'infortunio) è importante, poiché l'assicurazione malattie deve assumersi i rischi in questo ambito, per esempio nel caso in cui la Confederazione non rende l'assicurazione infortuni obbligatoria per tutta la popolazione. Per lo stesso motivo dev'essere menzionata esplicitamente anche la maternità: l'assicurazione malattie deve accordare prestazioni in caso di maternità anche se questa non è una malattia.

La formulazione della disposizione stabilisce che l'assicurazione delle cure medico-sanitarie deve in ogni caso prevedere prestazioni per i settori della malattia, dell'infortunio e della maternità. Non si tratta pertanto di una mera disposizione potestativa, per cui rappresenta una garanzia importante nei confronti di una copertura sociale effettiva.

- (7) Settore della necessità di cure: una situazione di necessità di cure può sopraggiungere al di fuori dei settori della malattia, dell'infortunio e della maternità, in particolare se è legata all'invecchiamento. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie può avere come oggetto la concessione di prestazioni in siffatta situazione o l'assunzione dei costi relativi a siffatte prestazioni. Il finanziamento di dette prestazioni dipende dal capoverso 3 dell'articolo, che prevede anche l'eventuale introduzione di un sistema di premi complementari (per es. per le persone di età superiore ai 50 anni; cfr. anche i marginali 31 segg.).

Il settore della necessità di cure non deve necessariamente essere disciplinato nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Si tratta di una disposizione potestativa, che lascia un certo margine di manovra al legislatore. Quest'ultimo – per quanto intenda adottare



una regolamentazione – può pertanto prevedere prestazioni per le situazioni di necessità di cure sia nell'ambito sia al di fuori dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

Terzo periodo

- (8) Assicurazione d'indennità giornaliera: l'assicurazione malattie non deve comprendere necessariamente un'assicurazione d'indennità giornaliera, anche se il diritto vigente prevede una regolamentazione in tal senso (cfr. art. 1a cpv. 1 LAMal). Il terzo periodo non contiene nessun principio materiale relativo all'introduzione di un'eventuale assicurazione d'indennità giornaliera, per cui il legislatore è libero in questo ambito; il capoverso 2 lettera b, che tratta i criteri che devono adempiere le prestazioni, si riferisce di conseguenza soltanto all'assicurazione delle cure medico-sanitarie e non all'assicurazione d'indennità giornaliera. Tuttavia il capoverso 2 lettera a stabilisce espressamente che la Confederazione può dichiarare obbligatoria l'assicurazione d'indennità giornaliera. Anche se non l'ha fatto nel diritto vigente, la Costituzione lascia aperta questa possibilità (cfr. marginale 12).

Cpv. 2

- (9) Il capoverso 2 stabilisce i principi materiali dell'organizzazione dell'assicurazione malattie. Esso non disciplina nessuna competenza, poiché la competenza della Confederazione scaturisce direttamente dal capoverso 1. La disposizione del capoverso 2 si prefigge di enunciare i principi che la legislazione deve rispettare. Si tratta di formulazioni che in parte coincidono con gli altri articoli costituzionali relativi ai diversi settori delle assicurazioni sociali (cfr. per es. art. 112 o art. 113 Cost.).
- (10) Sotto il profilo terminologico la disposizione utilizza le seguenti designazioni:
- assicurazione contro le malattie/assicurazione: il sistema nel suo insieme, ossia l'assicurazione malattie in quanto componente delle assicurazioni sociali;
 - assicuratore malattie/assicuratore: gli assicuratori che forniscono le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (cfr. art. 11 LAMal);
 - cure medico-sanitarie: il settore del trattamento medico (ossia le cure in caso di malattia, infortunio, maternità e di necessità di cure, sempre che la legge preveda una prestazione corrispondente);
 - assicurazione delle cure medico-sanitarie: costituisce la parte dell'assicurazione malattie che copre il trattamento medico.
- (11) Per quanto concerne le lettere del capoverso 2 occorre notare quanto segue:

Lett. a

Primo periodo

- (12) Il primo periodo riprende il tenore dell'attuale articolo 117 capoverso 2 Cost. Questa formulazione offre alla Confederazione la scelta tra tre modalità:
- l'assicurazione obbligatoria per l'intera popolazione;
 - l'assicurazione obbligatoria per singoli gruppi della popolazione;
 - la rinuncia a un obbligo.
- Per quanto concerne l'assicurazione delle cure medico-sanitarie l'obbligo di assicurarsi per tutta la popolazione è il regime che prevale nel sistema attuale (cfr. art. 3 LAMal). Questo principio può essere ripreso senza modifiche. Per quanto concerne l'assicurazione d'indennità giornaliera la Confederazione non ha instaurato un regime obbligatorio. Anche questa



regolamentazione può essere mantenuta; la Confederazione conserva tuttavia la possibilità di dichiarare obbligatoria l'assicurazione d'indennità giornaliera, in generale o per singoli gruppi della popolazione.

Si noti inoltre che la formulazione e la classificazione sistematica si rifanno all'articolo 113 capoverso 2 lettera e Cost. (relativo alla previdenza professionale).

Secondo periodo

- (13) Il secondo periodo della lettera a stabilisce la possibilità di scelta degli assicurati nell'assicurazione obbligatoria. Il tenore della disposizione indica chiaramente che la possibilità di scelta si riferisce imperativamente soltanto all'assicurazione delle cure medico-sanitarie (e non all'assicurazione d'indennità giornaliera). Nel caso dell'assicurazione d'indennità giornaliera la situazione è diversa a causa delle assicurazioni collettive concluse dai datori di lavoro, che restringono la possibilità di scelta della persona assicurata.
- (14) La possibilità di scelta si riferisce agli assicuratori autorizzati; la definizione di questi ultimi è contenuta nella lettera d. Questa possibilità di scelta è contenuta già nel diritto vigente (cfr. art. 4 LAMal); essa è volta a favorire la concorrenza tra gli assicuratori malattie.
- (15) Occorre aggiungere che la garanzia costituzionale della libera scelta dell'assicuratore malattie si applica senza restrizioni soltanto alle persone soggette all'obbligo di assicurarsi. Questo lascia un margine di manovra nei confronti delle categorie di persone che per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie devono essere coperte da un'assicurazione collettiva (ossia quelle che non devono avere una libertà di scelta). Si tratta ad esempio dei richiedenti d'asilo: il legislatore ha la libertà di prevedere un'eccezione al regime obbligatorio (e alla possibilità di scelta tra gli assicuratori malattie che ne risulta) e di introdurre una copertura per mezzo di un'assicurazione collettiva (senza possibilità di scelta). Il legislatore può prevedere siffatte regolamentazioni per altri gruppi della popolazione.

Lett. b

Primo periodo

- (16) Il primo periodo stabilisce i requisiti che devono adempiere le prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. I criteri fondamentali sono l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità, determinanti già nella legislazione vigente (cfr. art. 32 cpv. 1 LAMal). Siccome qui si parla unicamente dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, è chiaro che la lettera b non concerne l'assicurazione d'indennità giornaliera.

Secondo periodo

- (17) Il secondo periodo riprende il principio degli elenchi delle prestazioni, che ha la sua importanza nel diritto vigente. Attualmente si tratta in particolare degli elenchi dei medicinali, delle analisi o dei mezzi e degli apparecchi (cfr. art. 52 cpv. 1 LAMal). Altri elenchi contengono prestazioni diverse a carico o meno dell'assicurazione malattie (cfr. l'allegato 1 dell'ordinanza sulle prestazioni; RS 832.112.31).
- (18) La formulazione del secondo periodo permette l'elaborazione di elenchi negativi o positivi. Un elenco positivo menziona in modo esaustivo le prestazioni fornite o rimborsate; si tratta di una pratica corrente in alcuni settori (per es. per quanto concerne le prestazioni delle cure dentarie, cfr. art. 31 LAMal).



- (19) Facendo figurare esplicitamente il principio degli elenchi nella Costituzione, la disposizione attribuisce un'importanza particolare a questo mezzo di gestione delle prestazioni. Essa consente inoltre di agevolare la delimitazione tra l'assicurazione di base e le assicurazioni complementari. Infatti gli elenchi stabiliscono in modo chiaro le prestazioni che l'assicurazione di base copre o meno, il che definisce parimenti i limiti entro i quali le assicurazioni complementari possono svolgere la loro attività.

Lett. c

- (20) La lettera c rappresenta un elemento centrale nell'ambito dei principi. Menziona i criteri generali determinanti per l'organizzazione e l'esercizio dell'assicurazione malattie. Questi criteri sono rivolti a tutti i servizi, le persone e gli organismi che esercitano l'assicurazione malattie (primo periodo). Il secondo periodo si riferisce invece agli assicurati, per cui la disposizione copre tutte le parti interessate.

Il primo periodo si riferisce all'esercizio dell'assicurazione malattie. Questo termine è inteso in senso lato: l'esercizio comprende il finanziamento, il rimborso delle prestazioni, le relazioni con i fornitori di prestazioni e l'intera procedura. A livello costituzionale sono menzionati tre criteri fondamentali: l'efficienza, l'efficacia e la trasparenza. L'efficienza rinvia a diversi aspetti; può trattarsi della rapidità del disbrigo di una richiesta di prestazioni o dell'ottimizzazione della struttura amministrativa degli assicuratori. Il criterio dell'efficacia sottolinea la necessità di esercitare l'assicurazione malattie tenendo sempre conto della realizzazione del suo obiettivo, ossia la protezione degli assicurati dal momento in cui insorge il rischio malattia. Il criterio della trasparenza, infine, impone che le persone e i servizi incaricati dell'esecuzione dell'assicurazione malattie siano obbligati ad agire sempre in maniera chiara e accessibile. Spetta al legislatore concretare questi criteri, il che gli conferisce un margine di manovra supplementare. Fondandosi sui criteri contenuti nella Costituzione federale possono ad esempio essere adottate misure volte a garantire la qualità. Rimane inoltre aperta la possibilità di introdurre il sistema di finanziamento monistico. In questo sistema tutti i mezzi di finanziamento (ossia i premi e i contributi pubblici) vanno all'assicuratore malattie; i fornitori di prestazioni hanno pertanto un unico interlocutore in relazione con l'assunzione dei costi (l'assicuratore). Va aggiunto che giusta l'articolo 5 delle disposizioni transitorie (disegno di revisione, secondo pacchetto della revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero) il Consiglio federale è tenuto a presentare, entro un termine di tre anni, un disegno di legge sul finanziamento ospedaliero di tipo monistico (FF 2004 4935). Siffatto sistema può senza dubbio essere considerato efficiente ed efficace.

Il secondo periodo concerne gli assicurati. Si tratta di promuovere la responsabilità individuale, in modo analogo a quanto avviene, ad esempio, nella previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. art. 111 cpv. 4 Cost.). Siccome la presente disposizione fa parte dell'articolo costituzionale sull'assicurazione malattie, ne consegue chiaramente che qui si promuove la responsabilità individuale nell'ambito dell'assicurazione malattie. Il legislatore può prendere misure in questo senso (in materia di franchigie, aliquote percentuali o misure di prevenzione).

La promozione della responsabilità individuale potrebbe riferirsi anche alla protezione della salute in generale. Sarebbe in questo caso opportuno completare l'articolo 118 Cost.

Lett. d



- (21) La formulazione si rifà all'articolo 113 capoverso 4 Cost. che contiene una disposizione analoga relativa agli istituti di previdenza. La disposizione non precisa le esigenze minime; questo compito spetta al legislatore. Quest'ultimo può ad esempio stabilire che gli assicuratori non possono realizzare profitti nel settore dell'assicurazione di base (cfr. art. 13 cpv. 2 lett. a LAMal).
Come previsto dal capoverso 1 secondo periodo, chi è tenuto ad assicurarsi obbligatoriamente può scegliere liberamente un assicuratore malattie tra quelli autorizzati giusta la lettera d.
- (22) Le esigenze minime possono essere definite in modo tale che oltre alle casse malati vere e proprie possano essere autorizzate anche imprese private (cfr. art. 11 LAMal). La disposizione costituzionale lascia aperta questa possibilità.
- (23) Siccome si tratta di esigenze minime, ne consegue che gli assicuratori che le adempiono hanno il diritto di esercitare l'assicurazione malattie. La formulazione della lettera d lo sottolinea precisando che gli assicuratori "sono" autorizzati.
- (24) Il tenore della disposizione parla di "esercitare un'attività nel settore dell'assicurazione contro le malattie" e non di "esercitare" o di "gestire" l'assicurazione malattie (per la scelta dei termini, cfr. art. 11 e 13 LAMal). Si tratta di una formulazione più aperta, che pone l'accento sul ruolo attivo degli assicuratori malattie e che racchiude l'idea che gli assicuratori sviluppino se del caso (nei limiti permessi dalla legge) un'attività nei settori particolari dell'assicurazione malattie.

Lett. e

- (25) Questa disposizione si riferisce all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Si tratta di una disposizione centrale che – se le si vuole dare un contenuto materiale – rende indispensabili alcune decisioni. Punto di partenza della regolamentazione proposta è l'idea che nell'ambito dell'autorizzazione a fornire le prestazioni occorre, da una parte, garantire un'offerta di cure di alta qualità e, dall'altra, lasciare un certo margine alla concorrenza. Una difficoltà particolare sta nel fatto che si tratta di disciplinare l'autorizzazione di diversi fornitori di prestazioni, non solo dei medici, ma anche degli ospedali ad esempio. Questo elemento fa optare per una formulazione aperta.
- (26) A differenza della lettera d, la lettera e parla di "condizioni" e non di "esigenze minime". Giusta la lettera d l'assicuratore che soddisfa alle esigenze minime ha il diritto di gestire l'assicurazione malattie (cfr. marginali 21segg.). Al contrario i fornitori di prestazioni devono, secondo la lettera e, adempiere condizioni che si riferiscono direttamente al principio della concorrenza. L'ammissione secondo la lettera e è quindi disciplinata in modo fondamentalmente diverso da quella prevista alla lettera d. In virtù della Costituzione federale non vi è pertanto un diritto a esercitare un'attività a carico dell'assicurazione malattie.

Le condizioni devono essere adempiute non soltanto al momento dell'inizio di un'attività a carico dell'assicurazione malattie bensì anche nel corso dell'intera durata dell'attività, come sottolinea la formulazione del testo.

- (27) Le condizioni poste all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni tengono conto in primo luogo dell'obiettivo di un'offerta di cure di alta qualità. Quest'obiettivo è imposto al sistema svizzero di assicurazione malattie già dalla legislazione attuale (cfr. FF 1992 I 136; DTF 123 V 305). Siccome i fornitori di prestazioni hanno un ruolo centrale nell'esercizio dell'assicurazione malattie, è opportuno disciplinare il perseguimento di detto obiettivo attraverso la loro



autorizzazione. Le condizioni devono essere tali da consentire di avere un'offerta di cure di alta qualità (per es. fissando esigenze di qualità, di formazione continua, ecc.).

- (28) La lettera e stabilisce in secondo luogo che le "condizioni" devono tener conto della concorrenza. È vero che tra l'idea di concorrenza e quella di "condizioni" da adempiere vi è una certa contraddizione. Con questa disposizione si vuole tuttavia lasciare libero gioco alla concorrenza. Quando questo non è più auspicabile, il legislatore è libero di porre altre condizioni all'autorizzazione e di accordare in tal modo un'importanza minore alla concorrenza. L'esigenza è quella di "tener conto" dell'obiettivo della concorrenza. Questa formulazione è più aperta di quella che prevederebbe, ad esempio, che la concorrenza "non sia ostacolata". La disposizione proposta non determina l'ampiezza di questa "promozione" ed è pertanto compatibile con l'introduzione di "condizioni" estese, che lascerebbero uno spazio ristretto alla concorrenza (cfr. marginale 29, in merito alla pianificazione ospedaliera).
- (29) La pianificazione ospedaliera cantonale costituisce un settore nel quale – come esprime il termine stesso di "pianificazione" – la concorrenza ha meno importanza (cfr. art. 39 cpv. 1 lett. d ed e LAMal). La formulazione aperta della lettera e ("tengono conto") non esclude tuttavia la formulazione di dette condizioni. È possibile aver "tenuto conto" della concorrenza anche se viene attuato un minimo del potenziale di promozione della concorrenza stessa.

Cpv. 3

- (30) Il primo periodo del capoverso formula il principio del finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie – ma non di quello dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Il secondo periodo stabilisce la necessità di accordare riduzioni di premi. Qui si parla di "assicurazione delle cure medico-sanitarie" e non di "assicuratori malattie"; si intende pertanto il finanziamento del "sistema dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie".

Primo periodo

- (31) Il primo periodo cita come mezzi di finanziamento da un lato i premi e le partecipazioni ai costi a carico degli assicurati e dall'altro i contributi pubblici. Non si tratta di un'enumerazione esaustiva delle fonti di finanziamento autorizzate; possono infatti contribuire al finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie anche i redditi da investimenti, le restituzioni a causa di trattamento non economico o i proventi dei regressi. Non è inoltre escluso che ad esempio strutture ospedaliere vengano finanziate, oltre che per mezzo dei contributi pubblici che vanno direttamente agli assicuratori, per mezzo di altri contributi pubblici (del Cantone o del Comune). Questo è importante ad esempio per le case di cura. Detti contributi pubblici sono al di fuori del sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie e sono volti a finanziare settori che non rientrano nell'ambito dell'assicurazione malattie.
- (32) Premi degli assicurati: i premi degli assicurati vengono citati per primi. Il termine "premi" è preferibile al termine "contributi" perché specifica chiaramente che si tratta di premi assicurativi. Il termine "contributo" sarebbe troppo vago e potrebbe designare anche le partecipazioni ai costi, che tuttavia vanno parimenti citate – segnatamente per la loro importanza quantitativa.
- (33) Partecipazioni degli assicurati ai costi: costituiscono un elemento centrale del finanziamento. Per analogia con il diritto vigente (cfr. art. 61 e art. 64 LAMal, nonché titolo marginale della



seconda e della terza sezione) occorre pertanto citare la partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) accanto ai premi.

- (34) Contributi pubblici: il capoverso 3 parla di "contributi pubblici" senza utilizzare l'articolo definito – a differenza del caso dei premi e delle partecipazioni ai costi. In tal modo si vuole sottolineare che la forma dei contributi pubblici è lasciata aperta. Può trattarsi di contributi della Confederazione o dei Cantoni. Secondo il diritto vigente si tratta ad esempio dei sussidi cantonali agli ospedali (cfr. art. 49 cpv. 1 LAMal).
- (35) Il destinatario dei contributi pubblici non è definito esplicitamente a livello costituzionale. La norma attuale – che prevede il versamento dei contributi ai fornitori di prestazioni e non agli assicuratori in caso di cura ospedaliera – può di principio essere mantenuta. Quando chiarirà questo punto il legislatore dovrà tuttavia tener conto del fatto che l'esercizio dell'assicurazione dev'essere efficiente, efficace e trasparente (cfr. cpv. 2 lett. c della disposizione proposta e marginale 20).

Secondo periodo

- (36) Il secondo periodo del capoverso 3 cita espressamente la riduzione dei premi. Non si tratta di una disposizione potestativa bensì di una disposizione imperativa, che fa della riduzione dei premi un obbligo per la Confederazione. La situazione economica degli assicurati deve essere presa in considerazione al momento in cui si definisce la riduzione dei premi. Altri aspetti possono parimenti essere presi in considerazione (per es. la presenza di bambini), cosa che il testo proposto mette in evidenza utilizzando il gerundio ("tenendo conto").
- (37) Il principio secondo cui la riduzione dei premi è di competenza non soltanto della Confederazione bensì anche dei Cantoni è espressamente definito nella Costituzione federale. Il diritto vigente prevede già che la riduzione dei premi concerne sia la Confederazione (cfr. art. 66 cpv. 1 e art. 66a LAMal) sia i Cantoni (cfr. art. 65 e 65a LAMal). La disposizione costituzionale riprende questo sistema di doppia competenza. Occorre del resto notare che questa competenza comune della Confederazione e dei Cantoni sarà mantenuta nell'ambito della legislazione d'esecuzione della NPC (Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni); in questo ambito la riduzione dei premi è infatti considerata un "compito in comune" della Confederazione e dei Cantoni (cfr. FF 2005 5555; per la deliberazione parlamentare al Consiglio degli Stati cfr. Boll. Uff. 2006 S 157segg.). Definire in modo più preciso la riduzione dei premi spetta al legislatore, che in questo ambito ha un ampio margine di manovra; egli è tuttavia limitato dal fatto che si tratta di un compito comune della Confederazione e dei Cantoni.
- (38) Le riduzioni dei premi non rientrano nei contributi pubblici di cui al capoverso 3 primo periodo. Il tenore della disposizione lo stabilisce chiaramente. Di conseguenza le riduzioni dei premi non devono andare necessariamente all'assicuratore e altri sistemi sono ammessi (per es. il versamento agli assicurati della riduzione dei premi).