Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal

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

Rapporto della sottocommissione LAMal della Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSSS) del 16 maggio 2007

L'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» (05.055 s) 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. Con decisione del 25 settembre 2006 il Consiglio degli Stati raccomanda di accettare il controprogetto presentato dalla sua Commissione e di respingere l'iniziativa popolare.

Nella seduta del 2 novembre 2006 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha esaminato per la prima volta il progetto e istituito una sottocommissione.

Proposta della sottocommissione

La sottocommissione propone, con 7 voti contro 3, di accettare la versione modificata del controprogetto del Consiglio degli Stati e di respingere l'iniziativa popolare. La minoranza propone di raccomandare di respingere l'iniziativa popolare senza presentare un controprogetto.

In nome della sottocommissione:
Il copresidente

Felix Gutzwiler

Contenuto del rapporto
1) Situazione iniziale
2) Commento dei singoli articoli

1 Situazione iniziale

La Commissione ha dibattuto il progetto del Consiglio federale a varie riprese, la prima volta il 2 novembre 2006. La Commissione considerava l'elaborazione di un controprogetto all'iniziativa popolare l'occasione di iscrivere nella Costituzione federale i principi in base ai quali sarà organizzata in futuro l'assicurazione malattie. Fondandosi sul controprogetto del Consiglio degli Stati, volto essenzialmente a fissare nella Costituzione federale la situazione attuale, ha ampliato la base costituzionale al fine di consentire una concorrenza più ampia e un migliore coordinamento nel settore della sanità pubblica. Si tratta in particolare di iscrivere nella Costituzione le innovazioni previste dagli attuali progetti di revisione della LAMal. In futuro il sistema dovrà essere gestito ancor di più in funzione dei criteri della trasparenza, dell'efficienza e della qualità, il che ridurrà a media scadenza l'importanza delle limitazioni cantonali. Infine il controprogetto contiene altri aspetti importanti della riforma quali la libertà di contrarre tra fornitori di prestazioni e finanziatori o ancora un sistema di finanziamento monistico. L'accento sarà pertanto posto sul ruolo di regolatore, piuttosto che di fornitore di prestazioni, dello Stato.

Il 2 novembre 2006 la Commissione ha istituito una sottocommissione incaricata di esaminare la questione in modo approfondito. La sottocommissione era composta dai consiglieri nazionali *Gutzwiller, Wehrli, Borer, Bortoluzzi, Fehr Jacqueline, Humbel Näf, Maury Pasquier, Rossini, Ruey, Stahl* e *Teuscher*. Dopo la seduta costitutiva dell'11 dicembre 2006 la sottocommissione si è riunita tre volte (il 9 e il 22 gennaio e il 21 febbraio 2007). La Commissione si è chiesta innanzitutto se una modifica della Costituzione federale dovesse essere realizzata nell'ambito della presente iniziativa popolare o piuttosto nell'ambito dell'iniziativa parlamentare del gruppo liberale-radicale (06.444 Disposizioni costituzionali relative alla sanità. Ordinamento liberale della sicurezza dell'approvvigionamento e migliore collaborazione tra Confederazione e Cantoni). Ha deciso di fondare la deliberazione in dettaglio sul controprogetto del Consiglio degli Stati. La discussione ha condotto all'aggiunta di elementi essenziali al controprogetto: si tratta di creare la base costituzionale per un organo incaricato di coordinare le attività della Confederazione e dei Cantoni nell'organizzazione del sistema sanitario a livello svizzero. Questo permetterebbe di pianificare e gestire le cure anche a livello nazionale senza modificare i principi della ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni per quanto concerne il sistema sanitario. Secondo la sottocommissione il settore della sanità pubblica deve basarsi sulla concorrenza tra fornitori di prestazioni e assicuratori, per cui occorre introdurre la libertà di contrarre nei settori ambulatoriale e ospedaliero. Nei due casi gli assicuratori devono avere in futuro il diritto di concludere contratti con i fornitori di prestazioni che offrono il miglior rapporto prezzo-prestazione. La concorrenza tra gli ospedali deve estendersi a tutta la Svizzera: i pazienti avrebbero il diritto di scegliere sull'insieme del territorio nazionale un ospedale che ha concluso un contratto con la loro assicurazione. Occorre infine adottare il mandato costituzionale volto a introdurre un sistema di finanziamento monistico. In futuro i Cantoni verseranno la loro partecipazione per i trattamenti ospedalieri non più agli istituti ospedalieri bensì agli assicuratori, affinché le prestazioni vengano rimborsate dalla stessa entità. Soltanto quando nel settore ospedaliero e in quello ambulatoriale vigeranno le stesse condizioni vi sarà una vera concorrenza senza distorsioni.

Il 21 febbraio 2007 la sottocommissione ha adottato il controprogetto modificato con 7 voti contro 3. La ***minoranza*** propone di raccomandare di respingere l'iniziativa popolare senza presentare un controprogetto. L'elaborazione di una nuova disposizione costituzionale è infatti un compito complesso che non deve essere effettuato sotto la pressione della scadenza del termine previsto per il trattamento dell'iniziativa popolare. La minoranza ritiene inoltre che la nuova disposizione costituzionale non dovrebbe ispirarsi al testo dell'iniziativa dell'UDC. Infatti, se la Commissione intende veramente condurre una discussione su una nuova ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni nel settore sanitario, è preferibile farlo sulla base dell'iniziativa

parlamentare del gruppo liberale-radicale (06.444), integrando sin dall'inizio i Cantoni nella discussione, poiché saranno loro i primi interessati dalle riforme previste.

La minoranza ha respinto le proposte della sottocommissione anche per quanto concerne il contenuto. Rifiuta l'orientamento generale del progetto, ossia il rafforzamento degli elementi di concorrenza a scapito degli elementi di pianificazione, poiché questo rimetterebbe in questione il principio stesso del libero accesso a cure di alta qualità. Si oppone inoltre con fermezza all'idea di istituire un organo comune della Confederazione e dei Cantoni incaricato di gestire il settore sanitario: siffatta misura preparerebbe in maniera mascherata la privatizzazione di quest'ultimo. La minoranza respinge parimenti l'elaborazione di una disposizione costituzionale volta a introdurre un sistema di finanziamento monistico e ad abrogare l'obbligo di contrarre.

2. Commento dei singoli articoli[1]

Titolo e ingresso
Il titolo del controprogetto è: «*Per un sistema sanitario più efficace e di migliore qualità grazie a una maggiore concorrenza».* Si vuole quindi mettere in chiaro che in futuro il mercato della salute dovrà offrire un numero maggiore di elementi di concorrenza rispetto al sistema attuale.

Articolo 117

Capoverso 1
Se si vuole modificare la regolamentazione dell'assicurazione malattie sotto il profilo materiale e disciplinarla in modo più dettagliato occorre prevedere un nuovo articolo. L'articolo 117 si limiterà a disciplinare l'assicurazione contro gli infortuni. 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*).

Capoverso 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.

Articolo 117a

Capoverso 1

Primo periodo

[1] Per quanto concerne la versione del Consiglio degli Stati del 25 settembre 2006, cfr. parimenti i commenti del Dott. Ueli Kieser figuranti nel rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati del 12 settembre 2006

La formulazione corrisponde a quella dell'attuale articolo 117 Cost. concernente l'assicurazione malattie ed è in accordo con gli altri articoli costituzionali relativi ai diversi settori delle assicurazioni sociali.

Oggetto della presente disposizione è l'«assicurazione malattie» in quanto assicurazione sociale. Si tratta innanzitutto dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie vera e propria. La disposizione costituisce inoltre la base legale per un'eventuale assicurazione d'indennità giornaliere secondo il diritto delle assicurazioni sociali. 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 di diritto privato, tra le quali figurano anche le assicurazioni d'indennità giornaliere, rette dal diritto delle assicurazioni private. 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. Le assicurazioni complementari conservano pertanto la loro importanza e completano l'assicurazione di base com'è disciplinata dal presente articolo costituzionale.

Secondo periodo
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 giornaliere (in merito alla quale la Confederazione può se del caso rinunciare a legiferare).

Il secondo periodo contiene un elenco dei settori di prestazioni determinanti, ossia la malattia, l'infortunio, la maternità e la necessità di cure (Pflegebedürftigkeit). La Confederazione deve legiferare nei settori della malattia e della maternità, regolamentando anche la prevenzione e la promozione della salute nonché l'interruzione di gravidanza. Nei settori dell'infortunio e della necessità di cure la Confederazione può rinunciare a legiferare. Questo margine di manovra è particolarmente importante nel caso della necessità di cure e lo può essere anche nel caso dell'infortunio, segnatamente qualora sulla scorta dell'articolo 117 Cost. il legislatore volesse dichiarare l'assicurazione infortuni obbligatoria per l'intera popolazione, il che renderebbe superfluo prevedere disposizioni complementari nell'ambito dell'assicurazione malattie secondo l'articolo 117a Cost.

Il secondo periodo recita che l'assicurazione «prevede» e «può comprendere» 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 agli assicurati o rimborso diretto dei fornitori di prestazioni sulla base di convenzioni) può di conseguenza essere mantenuto.

Settori della malattia 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 due settori (cfr. art. 1*a* cpv. 2 LAMal, «L'assicurazione accorda prestazioni»). La menzione di questi due settori dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è importante, poiché l'assicurazione malattie deve assumersi i rischi in questo ambito. 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. Dovrebbe essere considerata anche la

copertura in caso di infortunio, ad esempio nel caso in cui la Confederazione non dichiari l'assicurazione infortuni obbligatoria per tutta la popolazione. La copertura del rischi d'infortunio da parte dell'assicurazione malattie va tuttavia disciplinata – come finora – a livello di legge, poiché una copertura completa di questo rischio potrebbe già essere garantito in virtù dell'articolo 117 Cost.

La formulazione della disposizione stabilisce che l'assicurazione delle cure medico-sanitarie deve in ogni caso prevedere prestazioni per i settori della malattia 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.

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).

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
Assicurazione d'indennità giornaliere: l'assicurazione malattie non deve comprendere necessariamente un'assicurazione d'indennità giornaliere, anche se il diritto vigente prevede una regolamentazione in tal senso (cfr. art. 1*a* cpv. 1 LAMal). Il terzo periodo non contiene nessun principio materiale relativo all'introduzione di un'eventuale assicurazione d'indennità giornaliere, 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 giornaliere. Tuttavia il capoverso 2 lettera a stabilisce espressamente che la Confederazione può dichiarare obbligatoria l'assicurazione d'indennità giornaliere. Anche se non l'ha fatto nel diritto vigente, la Costituzione lascia aperta questa possibilità.

Capoverso 1bis
Il primo periodo sancisce i principi di un sistema sanitario di elevate qualità e (a complemento del cpv. 2 lett. b) economicità sotto il profilo medico; in analogia con l'articolo 61*a* Cost. (art. sulla formazione) la Confederazione e i Cantoni sono soggetti insieme a quest'obbligo. Come risulta chiaramente dal passaggio «nell'ambito delle loro competenze», questa disposizione non è volta ad attribuire alla Confederazione nuove competenze in materia di approvvigionamento di cure; questo rimane di competenza dei Cantoni. Il primo periodo del capoverso 1bis va interpretato semplicemente nel senso che laddove la Confederazione agisce direttamente o di fatto nell'ambito delle sue competenze sull'offerta di cure (per es. attraverso la LAMal o la LAINF o eventualmente anche attraverso la legislazione sulla formazione professionale; cfr. tuttavia anche il cpv. 2 lett. b qui sotto), gli aspetti della qualità e dell'economicità devono essere presi in considerazione. In virtù del secondo periodo la Confederazione e i Cantoni devono coordinare il loro impegno. Affinché questo coordinamento sia garantito – di nuovo in analogia con l'articolo 61*a* Cost. – si prevede si creare organi comuni comprendenti rappresentanti della Confederazione e dei Cantoni. Possono inoltre essere previsti altri dispositivi, al fine di lasciar aperte tutte le possibili forme di collaborazione di diritto pubblico e di diritto amministrativo. I compiti e le competenze di un organo comune con

competenze di decisione e funzioni legislative devono essere fissati a livello di legge nonché, per quanto concerne i Cantoni, per concordato.

Capoverso 2
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 (per es. art. 112 o art. 113 Cost.).

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 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.

Per quanto concerne le singole lettere del capoverso 2 occorre notare quanto segue:

Lettera a
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 giornaliere 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 giornaliere, 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).

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 giornaliere). Nel caso dell'assicurazione d'indennità giornaliere la situazione è diversa a causa delle assicurazioni collettive concluse dai datori di lavoro, che restringono la possibilità di scelta della persona assicurata.

La possibilità di scelta si riferisce agli assicuratori autorizzati ad esercitare l'assicurazione malattie; 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.

La garanzia costituzionale della libera scelta dell'assicuratore malattie si applica di principio a tutte le persone soggette all'obbligo di assicurarsi. La legge può tuttavia prevedere eccezioni per le categorie di persone che per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono coperte da un'assicurazione collettiva e che non devono avere una libertà di scelta. Si tratta ad esempio dei richiedenti d'asilo; il legislatore potrebbe tuttavia prevedere siffatte regolamentazioni anche per altri gruppi della popolazione.

Lettera b
La Confederazione stabilisce le prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Ora e in relazione con l'articolo 117*a* capoverso 1bis la Confederazione riceve inoltre la competenza di fissare i principi per un approvvigionamento della popolazione in prestazioni mediche efficace, appropriato ed economico. Questi criteri sono determinanti già nella legislazione vigente (cfr. art. 32 cpv. 1 LAMal). La nuova competenza della Confederazione può concernere soltanto l'approvvigionamento relativo alle prestazioni dell'assicurazione malattie poiché altrimenti essa andrebbe al di là del settore d'applicazione materiale dell'articolo 117*a*.

Lettera c
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.

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'effettività 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'effettività 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.

Il *secondo periodo* stabilisce che la concorrenza a livello di qualità e prezzo tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori è garantita. La presente disposizione propone una base legale per l'introduzione della libertà di contrarre in un sistema di concorrenza regolata. Non esclude pertanto una regolazione della concorrenza per mezzo ad esempio dell'obbligo di assicurazione, né gli elementi di pianificazione in determinati settori, né la compensazione dei rischi, né il rispetto dei principi generali che stanno alla base di una concorrenza ben funzionante; la disposizione indica tuttavia che l'assicurazione malattie sociale dev'essere fondata sulla concorrenza.

Il *terzo periodo* concerne gli assicurati. Si tratta di promuovere l'autoresponsabilità, 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 l'autoresponsabilità nell'ambito dell'assicurazione malattie. Il legislatore può prendere misure in questo senso (in materia di franchigie, aliquote percentuali o misure di prevenzione).

Lettera d
La formulazione si rifà all'articolo 113 capoverso 4 Cost. che contiene una disposizione analoga relativa agli istituti di previdenza. La disposizione non precisa i requisiti minimi; questo compito spetta al legislatore. Quest'ultimo può ad esempio stabilire che gli assicuratori non possono realizzare profitti nel settore dell'assicurazione malattie sociale (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.

I requisiti minimi possono essere definiti 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.

Siccome si tratta di requisiti minimi, ne consegue che gli assicuratori che li adempiono hanno il diritto di esercitare l'assicurazione malattie. La formulazione della lettera d lo sottolinea precisando che gli assicuratori «sono» autorizzati.

Il tenore della disposizione parla di «esercitare un'attività nell'ambito 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 esercitano se del caso (nei limiti permessi dalla legge) un'attività nei settori particolari dell'assicurazione malattie.

Lettera e
Questa disposizione si riferisce all'ammissione 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'ammissione 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'ammissione di diversi fornitori di prestazioni, non solo dei medici, ma anche degli ospedali ad esempio. Questo elemento fa optare per una formulazione aperta.

A differenza della lettera d, la lettera e parla di «condizioni» e non di «requisiti minimi». Giusta la lettera d l'assicuratore che soddisfa ai requisiti minimi è autorizzato a esercitare l'assicurazione malattie. 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.

Le condizioni poste all'ammissione dei fornitori di prestazioni tengono conto da un lato dell'obiettivo di un approvvigionamento minimo della popolazione. 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 ammissione. Le condizioni devono essere tali da consentire di avere un'offerta di cure di alta qualità (per es. fissando esigenze di qualità, di formazione e formazione continua, ecc.).

Viene sottolineato espressamente che la concorrenza dev'essere garantita in tutta la Svizzera. La concorrenza non dev'essere impedita da limitazioni regionali ma applicata secondo i criteri della qualità e dell'economicità. La linea direttiva perseguita dal Consiglio nazionale a livello di legge nell'ambito del progetto di finanziamento ospedaliero – che la Commissione del Consiglio degli Stati ha tuttavia nuovamente modificato nella seduta del 4 maggio 2007 – viene elevata a livello costituzionale. Si tratta non soltanto della libertà di scelta dei fornitori di prestazioni in tutta la Svizzera, bensì anche delle influenze esistenti da parte di limitazioni regionali dell'assunzione dei costi. Queste limitazioni vanno soppresse. Il riferimento al mercato interno svizzero non significa che contratti transfrontalieri tra assicuratori e fornitori di prestazioni siano completamente esclusi.

Capoverso 3
Il *primo periodo* del capoverso formula il principio del finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie – ma non di quello dell'assicurazione d'indennità giornaliere. 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».

Il *primo periodo* cita come mezzi di finanziamento da un lato i premi e le partecipazioni alle spese a carico degli assicurati e dall'altro i contributi dell'ente pubblico. 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.

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.
Partecipazioni degli assicurati alle spese: 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.

Contributi dell'ente pubblico: 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 (art. 49 cpv. 1 LAMal).

A livello costituzionale è definito esplicitamente che i contributi pubblici vengono versati agli assicuratori. In tal modo è creata la base costituzionale per il modello 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). Questo significa un cambiamento fondamentale rispetto al sistema attuale di finanziamento, secondo il quale in caso di trattamento ospedaliero il contributo cantonale va all'ospedale e non all'assicuratore (cfr. art. 49 cpv. 1 LAMal). 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.

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»).

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. 66*a* LAMal) sia i Cantoni (cfr. art. 65 e 65*a* 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 157 segg.). 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.

Le riduzioni dei premi non rientrano nei contributi dell'ente pubblico 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 altre soluzioni sono ammesse (per es. il versamento agli assicurati della riduzione dei premi).