

04.031

**Messaggio
concernente la revisione parziale della legge federale
sull'assicurazione malattie
(Strategia e temi urgenti)**

del 26 maggio 2004

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

26 maggio 2004

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Joseph Deiss

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

L'introduzione, il 1° gennaio 1996, della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) ha profondamente modificato il paesaggio della politica sociale e assicurativa. La nuova legge ha migliorato notevolmente la situazione degli assicurati per quanto riguarda la protezione contro il rischio di malattia e ha introdotto strumenti per contenere i costi. Per quanto riguarda gli assicurati, la LAMal si è fissata come obiettivi la solidarietà e l'accesso a cure di qualità elevata. Secondo studi effettuati in merito, tali obiettivi si possono considerare raggiunti, mentre i risultati non sono ancora soddisfacenti per quanto riguarda il contenimento dei costi.

Sulla base di questa constatazione il Consiglio federale ritiene, sin dalle prime riforme della LAMal, che sia essenziale consolidare il sistema nei settori che hanno fatto registrare risultati positivi e di ottimizzarlo nell'ambito del contenimento dei costi, dato che gli strumenti previsti non sono riusciti a produrre tutti gli effetti auspicati. Il Consiglio federale individua la causa principale del problema dei costi dell'assicurazione malattie soprattutto nel controllo insufficiente della quantità delle prestazioni in singoli casi, motivo per cui le soluzioni che ha proposto vertono essenzialmente su correttivi volti ad agire sul volume delle prestazioni.

Dopo il rigetto della 2ª revisione LAMal, il Consiglio federale ha deciso di rilanciare il processo di revisione della legge e ha seguito una strategia che prevede sia il consolidamento sia l'ottimizzazione del sistema.

Il Consiglio federale propone quindi di sottoporre al Parlamento i punti che non sono stati contestati nella 2ª revisione LAMal, completati da determinati elementi provenienti dai lavori preparatori relativi alla 3ª revisione LAMal. Queste riforme sono integrate in una strategia globale, ma non possono essere presentate in un documento unico: la riforma avverrà in due tempi e in due pacchetti legislativi distinti, che comprenderanno più revisioni accompagnate ognuna da un messaggio. Il primo pacchetto legislativo si compone di quattro messaggi.

Il presente messaggio è il primo e disciplina le seguenti tematiche:

- il prolungamento della compensazione dei rischi: poiché questo sistema scade alla fine del 2005, è assolutamente necessario approvarne il più rapidamente possibile la proroga,*
- il proseguimento e il congelamento delle tariffe delle cure: le tariffe devono essere congelate prima che l'adempimento delle condizioni di trasparenza comporti una presa a carico della totalità dei costi da parte degli assicuratori e, di conseguenza, un'impennata dei premi,*
- la legge federale urgente sul finanziamento ospedaliero deve essere prorogata fino all'entrata in vigore del modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, dato che la sua validità scade il 31 dicembre 2004,*
- le prescrizioni relative al rapporto di gestione e al rendiconto degli assicuratori,*
- l'introduzione di una tessera d'assicurato.*

Seguono gli altri messaggi che trattano i seguenti punti soggetti a revisione:

- *la libertà di contrarre¹: sostituirà il blocco delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni ambulatoriali che scade nel luglio 2005 e deve quindi essere discussa nell'ambito del primo pacchetto legislativo,*
- *la riduzione dei premi² è il correttore sociale centrale dei premi pro capite; per ragioni di politica sociale la sua modifica dovrebbe dunque essere presentata e approvata rapidamente, segnatamente nell'ottica di sgravare le economie domestiche con figli grazie a miglioramenti discussi nel quadro delle 2^a revisione LAMal,*
- *le regole della partecipazione ai costi³ influiscono notevolmente sul calcolo dei premi e devono quindi essere adottate al più tardi a metà dell'anno in corso per consentire agli assicuratori di calcolare in tempo i premi per l'anno successivo. Anche se l'entrata in vigore, per il 1° gennaio 2005, di nuovi parametri per la partecipazione ai costi sembra poco probabile, occorre tuttavia chiarire al più presto la questione.*

Infine, il secondo pacchetto legislativo sarà sottoposto al Parlamento in linea di massima prima della sessione autunnale 2004 e contemplerà i settori del managed care e del finanziamento ospedaliero.

1 FF 2004 3837

2 FF 2004 3869

3 FF 2004 3901

Indice

Compendio	3804
1 In generale	3808
1.1 Necessità di riforme nell'assicurazione sociale malattie	3808
1.2 Strategia di riforma adottata finora	3809
1.3 Strategia di riforma dopo la bocciatura della seconda revisione LAMal	3810
1.3.1 Di principio	3810
1.3.2 Attuazione dei contenuti	3810
1.3.3 Calendario	3814
1.4 Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale di revisione parziale della LAMal	3817
2 Peculiarità del testo	3817
2.1 Compensazione dei rischi	3818
2.1.1 Disciplinamento vigente	3818
2.1.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente	3818
2.1.3 Peculiarità del disciplinamento proposto	3819
2.2 Finanziamento ospedaliero: proroga della legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie	3819
2.2.1 Disciplinamento vigente	3819
2.2.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente	3820
2.2.3 Peculiarità del disciplinamento proposto	3820
2.3 Tariffe delle cure	3821
2.3.1 Disciplinamento vigente	3821
2.3.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente	3822
2.3.3 Peculiarità del disciplinamento proposto	3822
2.4 Esposizione dei conti	3823
2.4.1 Disciplinamento vigente	3823
2.4.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente	3823
2.4.3 Peculiarità del disciplinamento proposto	3824
2.5 Tessera d'assicurato	3824
2.5.1 Disciplinamento vigente	3824
2.5.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente	3824
2.5.3 Peculiarità del disciplinamento proposto	3825
3 Parte speciale: Commento esplicativo alle singole disposizioni	3826
3.1 Disposizioni LAMal	3826
3.2 Disposizioni della legge federale urgente del 21 giugno 2002	3828
4 Ripercussioni	3828
4.1 Ripercussioni finanziarie	3828
4.2 Ripercussioni economiche	3829

5 Rapporto con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni	3829
6 Rapporto con il programma di legislatura	3829
7 Rapporto con il diritto europeo	3829
7.1 Disposizioni della Comunità europea	3829
7.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	3830
7.3 Compatibilità del disegno con il diritto europeo	3831
8 Aspetti giuridici	3831
8.1 Costituzionalità e liceità	3831
8.2 Forma dell'atto normativo	3831
8.3 Delega di competenze legislative	3832
Legge federale sull'assicurazione malattie (<i>Disegno</i>)	3833
Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie (<i>Disegno</i>)	3835

Messaggio

1 In generale

1.1 Necessità di riforme nell'assicurazione sociale malattie

Con l'introduzione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (legge sull'assicurazione malattie, LAMal; RS 832.10), entrata in vigore il 1° gennaio 1996, si mirava in primo luogo a garantire a tutta la popolazione l'accesso a cure sanitarie di qualità elevata mediante un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (obiettivo della copertura sanitaria, in parte obiettivo della solidarietà). Altri scopi erano lo sgravio finanziario delle persone di modeste condizioni economiche mediante riduzione dei premi (obiettivo della solidarietà) ed il contenimento dei costi del sistema sanitario e dell'assicurazione malattie (obiettivo del contenimento dei costi). Al fine di valutare in che misura la LAMal avrebbe conseguito gli obiettivi prefissati, abbiamo incaricato l'Amministrazione – ancora prima dell'entrata in vigore della legge – di eseguire, in collaborazione con assicuratori, fornitori di prestazioni, Cantoni e rappresentanti del mondo scientifico, una vasta analisi, focalizzata in particolare sulla qualità e l'economicità della copertura di base e sugli obiettivi concorrenziali e di politica sociale della legge. Successivamente, tra il 1996 e il 2000 sono stati realizzati circa 25 studi su aspetti parziali della LAMal, le cui conclusioni sono state raccolte in un rapporto di sintesi pubblicato alla fine del 2001 (Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Aspetti della sicurezza sociale, Analisi degli effetti della LAMal: rapporto di sintesi, Berna 2001). Dal rapporto si evince quanto segue sulla conformità agli obiettivi della LAMal.

- Obiettivo della copertura sanitaria: secondo l'analisi degli effetti, la LAMal ha colmato le principali lacune, rendendo le prestazioni accessibili a tutti. La copertura sanitaria di base regge bene il confronto internazionale nonostante singole lacune (p. es. nel settore della prevenzione e delle cure medicodentarie).
- Obiettivo della solidarietà: l'auspicata solidarietà tra gli assicurati è stata rafforzata. L'obbligatorietà dell'assicurazione, il premio unico, il libero passaggio completo, la compensazione dei rischi e la riduzione dei premi individuale (più per le categorie a basso reddito che per quelle con reddito medio) hanno contrastato efficacemente la crescente desolidarizzazione. Secondo la vecchia legge gli anziani versavano, per esempio, un premio molto più elevato di quello corrisposto dai giovani, le donne pagavano più degli uomini; in caso di cambiamento di cassa malati, la nuova cassa poteva decidere di non fornire prestazioni per un certo periodo ad assicurati già ammalati o affetti da malattie croniche o addirittura rifiutarne l'affiliazione.
- Obiettivo del contenimento dei costi: in base all'analisi degli effetti il terzo obiettivo della LAMal, ossia il contenimento dei costi, non è per contro stato raggiunto in modo sufficiente. Sebbene ciò sia almeno in parte ascrivibile a fattori presenti nell'ambito sanitario a prescindere dalla LAMal (quali i progressi medico-tecnici o determinate conseguenze della prosperità), si osserva che la concorrenza tra gli assicuratori non funziona ancora, le organizzazioni

managed care stentano a prendere piede e la pianificazione ospedaliera non ha ancora prodotto i risparmi sui costi auspicati.

La necessità di riforme del settore dell'assicurazione sociale malattie concerne pertanto prevalentemente il contenimento dei costi.

1.2 Strategia di riforma adottata finora

Dopo i correttivi, di ordine prevalentemente tecnico, apportati dalla prima revisione della LAMal (modifica del 24 marzo 2000, entrata in vigore il 1° gennaio 2001, RU 2000 2305 segg.) e tenuto conto dei risultati parziali dell'analisi degli effetti, nel messaggio del 18 settembre 2000 sulla seconda revisione LAMal (FF 2001 631 segg.) abbiamo posto l'accento sull'*ottimizzazione del sistema* e sostenuto che i principi sanciti dalla LAMal andavano applicati con coerenza e non messi in discussione da un cambiamento di sistema. Le nostre proposte si limitavano quindi più che altro all'attuazione coerente dei principi di finanziamento nel settore ospedaliero.

Da allora abbiamo mantenuto questa strategia volta a consolidare il sistema. In occasione della seduta speciale del 22 maggio 2002 abbiamo esaminato attentamente il sistema dell'assicurazione sociale malattie e fatto nostri i risultati dell'analisi degli effetti affermando che la legge sull'assicurazione malattie in vigore aveva conseguito gli obiettivi fissati dal legislatore sia a livello di prestazioni (catalogo completo) sia a livello di sistema (assicurazione obbligatoria con pluralità di casse e premi unici), ma presentava ancora lacune palesi quanto all'efficacia dei suoi strumenti di contenimento dei costi. Abbiamo individuato la causa principale del problema ancora irrisolto dei costi dell'assicurazione malattie in un insufficiente controllo del volume delle prestazioni e abbiamo privilegiato nelle soluzioni proposte correttivi efficaci in tal senso.

Nella primavera del 2002 questa valutazione differenziata degli effetti della LAMal ci ha indotto ad adottare una doppia strategia.

- *Consolidamento del sistema con la seconda revisione LAMal*: il consolidamento del sistema doveva essere l'elemento principale della seconda revisione LAMal, all'epoca già sui banchi del Parlamento. Al fine di non sovraccaricare il disegno, esso doveva essere completato solo marginalmente con ulteriori elementi di contenimento dei costi (p.es. introduzione di una tessera d'assicurato).
- *Ottimizzazione del sistema con la terza revisione LAMal*: nel contempo abbiamo avviato importanti lavori di preparazione che a lungo termine sarebbero sfociati nella terza revisione della LAMal, volta essenzialmente a contenere i costi con incentivi economici o correggendo gli incentivi sbagliati. A tal fine nell'agosto del 2002 abbiamo incaricato il DFI – coadiuvato da esperti esterni – di analizzare nel dettaglio quattro temi principali (obbligo di contrarre, finanziamento ospedaliero monistico, modelli managed care, modifica della partecipazione ai costi; i temi sono stati in un secondo tempo completati da perizie sulla compensazione dei rischi e il finanziamento delle cure).

1.3 Strategia di riforma dopo la bocciatura della seconda revisione LAMal

Poiché la necessità di riforma, soprattutto sul fronte del contenimento dei costi, non è venuta meno soltanto perché nella sessione invernale del 2003 è stata bocciata la 2ª revisione parziale LAMal, si tratta ora di definire l'orientamento materiale e le priorità temporali secondo cui intraprendere i successivi passi legislativi.

1.3.1 Di principio

Dal punto di vista dei contenuti, i dibattiti parlamentari sulla seconda revisione LAMal hanno fondamentalmente avallato la nostra strategia, che mira a consolidare il sistema e a ottimizzarlo, rafforzando gli incentivi economici volti a contenere le spese. Sembra pertanto opportuno riprendere nei singoli ambiti le proposte già formulate, che possono in parte essere completate con nuovi elementi maturati durante la preparazione della terza revisione. Dall'affossamento del disegno bisogna tuttavia concludere che le varie fasi della riforma vanno inserite e coordinate nell'ambito di una strategia globale, ma trattate singolarmente e non in un documento unico.

Occorre rafforzare la strategia finora seguita per il catalogo delle prestazioni, che nei dibattiti politici è sempre indicato quale fattore per l'aumento dei costi. Dato che sull'evoluzione dei costi non incide tanto l'obbligo di copertura di una prestazione medica di per sé quanto piuttosto l'accumulo di applicazioni inadeguate nei singoli casi, bisogna intensificare gli sforzi volti a ridurre il volume di prestazioni non indicate dal punto di vista medico e quindi superflue (p. es. elaborazione di direttive per l'applicazione appropriata di determinate prestazioni). Fa parte di questi sforzi anche la soppressione dell'obbligo di contrarre proposta nell'ambito di questo primo pacchetto legislativo e che dà la possibilità contrattuale di influenzare il volume di prestazioni mediche.

1.3.2 Attuazione dei contenuti

Nell'ottica del consolidamento e dell'ottimizzazione del sistema attuale vanno avviate riforme di legge negli ambiti seguenti.

Compensazione dei rischi (cfr. lett. [a] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

La compensazione dei rischi, la cui scadenza è fissata dalla LAMal alla fine del 2005, è un elemento pressoché incontestato della promozione della concorrenza tra gli assicuratori ed attutisce (compensazione dei rischi legati all'età e al sesso) l'intervento statale sul mercato costituito dall'obbligo legale del premio unico a prescindere dall'età e dal sesso. Con la compensazione dei rischi si intende inoltre impedire che gli assicuratori procedano a una selezione dei rischi. Sebbene i criteri attuali (vecchiaia e sesso) funzionino efficacemente, nell'ambito dei lavori di preparazione in vista della terza revisione LAMal è stata esaminata nel dettaglio l'eventualità di completarne il catalogo, insufficiente secondo gli esperti, soprattutto perché la compensazione dei rischi può frenare la diffusione dei modelli managed care. In questo contesto appare attualmente opportuno proporre una semplice proroga della

compensazione dei rischi (in un primo tempo di cinque anni) e integrare la questione nella discussione sull'introduzione di un sistema di finanziamento monistico.

Finanziamento delle cure (cfr. lett. [b] e [i] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

La LAMal ha modificato anche il disciplinamento dell'assunzione dei costi nel settore delle cure. Se il vecchio diritto in materia di assicurazione malattie prevedeva unicamente un obbligo limitato di prendere a carico prestazioni di cura, secondo il tenore dell'articolo 25 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie copre per principio i costi integrali dei provvedimenti di cura dovuti a malattia. In base all'ordinanza tali misure includono anche le prestazioni per le cure di base (come rifare il letto, installare il paziente, esercizi per la mobilità ecc.), delle quali necessitano soprattutto i pazienti anziani. L'impossibilità pratica di distinguere chiaramente tra bisogno di cure dovuto a malattia e bisogno di cure dovuto all'età ha generato un tendenziale aumento dei costi assunti dall'assicurazione malattie per prestazioni di cura imputabili all'età. Per controllare meglio l'evoluzione dei costi nel settore delle cure spitex e delle case di cura, il 1° gennaio 1998 sono state introdotte mediante ordinanza tariffe limite per le prestazioni di cura, che resteranno in vigore finché i fornitori di prestazioni non avranno adempiuto le condizioni legali concernenti la trasparenza dei costi. A seguito dell'entrata in vigore il 1° gennaio 2003 dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; RS 832.104), per le case di cura adempiere le direttive sulla trasparenza non è ora che una questione di tempo. A quel momento si potrà esigere la remunerazione integrale delle prestazioni al di là delle tariffe limite.

Per contenere l'impennata dei costi che ne conseguirà, il Parlamento aveva previsto nell'ambito della seconda revisione LAMal di continuare, in linea di massima, ad applicare le tariffe limite e di congelarle, dopo un adeguamento dei due livelli superiori dei bisogni di cure, fino all'entrata in vigore della revisione di legge che avrebbe ridefinito e ripartito tra i diversi rami delle assicurazioni sociali il finanziamento delle cure. Una mozione (03.3597 Mo CSS CN/Riforma del finanziamento delle cure), depositata durante la sessione invernale 2003 e non ancora trattata dal secondo Consiglio, invita il nostro Collegio a presentare al più tardi entro la fine del 2004 un messaggio sulla riorganizzazione del finanziamento delle cure, ponendo l'accento sulla succitata procedura bifase (congelamento delle tariffe limite indipendentemente del raggiungimento della trasparenza dei costi nella prima fase, riorganizzazione legale del finanziamento differenziata nella seconda). Questa procedura offre inoltre il vantaggio di sgravare le fasi successive della revisione di un argomento politicamente delicato. Si dovrebbe pertanto tenere conto di tale modus operandi, avviato nella seconda revisione LAMal, anche in vista degli ulteriori passi legislativi.

Libertà di contrarre (cfr. lett. [d] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

Secondo il diritto vigente gli assicuratori malattie sono di fatto tenuti a stipulare una convenzione tariffale con tutti i fornitori di prestazioni autorizzati (cosiddetto obbligo di contrarre). Negli ultimi anni il nostro Consiglio – l'ultima volta il 3 luglio 2002 in occasione dell'emanazione dell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie – si è più volte detto favorevole a inserire la questione della soppressione dell'obbligo di contrarre nel contesto globale dell'ulteriore sviluppo dell'assicurazione malattie.

Il blocco temporaneo delle autorizzazioni deve essere sostituito da una regolamentazione che fa dipendere l'autorizzazione ad esercitare a carico delle casse-malati dalla conclusione di un contratto con i singoli assicuratori. Con questa regolamentazione è soppressa l'attuale autorizzazione automatica quando sono date le condizioni legali di autorizzazione. Questo cambiamento di sistema deve essere applicato nel settore delle cure ambulatoriali, come era stato discusso in Parlamento nell'ambito della seconda revisione della LAMal. Per contro, in applicazione del loro dovere costituzionale di garantire le cure mediche alla popolazione, i Cantoni devono fissare il numero minimo di fornitori di prestazioni, con i quali gli assicuratori devono stipulare un contratto. In relazione alla discussione sul finanziamento monistico si valuterà eventualmente in quale misura gli elementi della libertà di contrarre possano essere integrati del settore ospedaliero.

Riduzione dei premi (cfr. lett. [e] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

Il problema dell'attuale finanziamento mediante premi pro capite, che va per principio mantenuto, consiste nel grave onere che rappresenta per le economie domestiche composte da più persone. Nell'ambito della seconda revisione LAMal si era pertanto proposto di riformare il sistema di riduzione dei premi oggi vigente in modo da sgravare maggiormente le famiglie. I Cantoni avrebbero dovuto prevedere almeno quattro categorie di reddito per le economie domestiche con figli e per gli altri assicurati e definire un reddito massimo per il diritto alla riduzione. Secondo questo modello gli assicurati si sarebbero assunti una parte dei premi dell'assicurazione malattie (parte propria) proporzionalmente al reddito netto soggetto all'imposta federale – corretto con un fattore della sostanza corrispondente al 10 per cento della sostanza imponibile secondo il diritto cantonale. I Cantoni avrebbero però potuto ridurre i premi anche fino ad azzerarli. Per tutti gli aventi diritto la parte propria massima sarebbe stata graduata secondo il reddito netto soggetto all'imposta federale, ma per le famiglie con figli erano previsti limiti inferiori (parte propria del 2 % del reddito netto soggetto all'imposta federale per la categoria di reddito più bassa, 10 % per quella più alta; per gli altri aventi diritto erano previste parti proprie massime del 4 % per la fascia di reddito più bassa e del 12 % per quella più alta). Questo modello di un obiettivo sociale differenziato aveva raccolto la maggioranza dei consensi e sarà quindi riproposto, unitamente all'aumento di 200 milioni di franchi dei fondi federali.

Partecipazione ai costi (cfr. lett. [f] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

Il diritto vigente prevede una partecipazione ai costi ordinaria che si compone di una franchigia (attualmente 300 CHF l'anno) e di un'aliquota percentuale, a carico dell'assicurato, del 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (importo massimo attuale 700 CHF l'anno). Nel quadro della seconda revisione LAMal si era discusso di una partecipazione ai costi differenziata, vincolata all'affiliazione a una rete d'assistenza integrata con responsabilità budgetaria. Alla fine il Parlamento aveva però rinunciato a questa opzione, limitandosi a conferirci la competenza di aumentare l'aliquota percentuale fino a un massimo del 20 per cento.

Dato che sull'evoluzione dei costi non incide tanto l'obbligo di copertura di una prestazione medica di per sé quanto piuttosto l'accumulo di singole forniture inadeguate, una possibile soluzione potrebbe consistere nel rafforzamento della responsabilità degli assicurati nel sistema dell'assicurazione malattie. Come discusso anche nell'ambito della 2ª revisione LAMal, l'onere relativo dell'aliquota percentuale

dovrebbe pertanto essere aumentato al 20 per cento, ma se ne dovrebbe mantenere invariato l'importo massimo (700 CHF l'anno). L'aliquota percentuale di partecipazione ai costi per i bambini rimarrebbe invariata (10 %). Questo permetterebbe di sgravare l'assicurazione malattie senza compromettere la socialità della partecipazione ai costi, dato soprattutto che il provvedimento non penalizza più che attualmente gli ammalati cronici.

Finanziamento ospedaliero (cfr. lett. [c] e [g] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

Dall'entrata in vigore della LAMal l'obbligo per i Cantoni di partecipare alle spese ospedaliere dei pazienti che beneficiano di un'assicurazione complementare ha suscitato accese discussioni politiche, benché il testo e la logica della legge erano chiari. Con decisione del 30 novembre 2001 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; DTF 127 V 422) ha stabilito che i Cantoni devono versare un contributo alle prestazioni assicurate obbligatoriamente per i pazienti che beneficiano di un'assicurazione complementare, non solo per le degenze in ospedali situati fuori del Cantone, ma anche per degenze in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico sul territorio cantonale. Da questa precisazione da parte della massima istanza di un'intenzione del legislatore di per sé chiara, sono scaturiti due provvedimenti, l'uno a breve e l'altro a medio termine:

- dato che l'attuazione piena e immediata della decisione del TFA avrebbe posto i Cantoni di fronte a considerevoli difficoltà finanziarie, il Parlamento ha emanato una legge federale urgente (legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie / RS 832.14) che prevede l'applicazione a tappe della succitata decisione del TFA tra il 2002 e il 2004, attenuando così il problema. La legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni è stata introdotta quale soluzione transitoria nell'attesa dell'entrata in vigore della seconda revisione della LAMal.
- A medio termine la seconda revisione LAMal, che avevamo avviato prima delle sentenze del TFA del 2001, proponeva il passaggio dall'attuale finanziamento per stabilimento al finanziamento delle prestazioni, nella misura in cui i costi delle prestazioni degli ospedali pubblici e privati contemplati dalla pianificazione cantonale (inclusi i costi degli investimenti) sarebbero stati coperti per metà dai Cantoni e per metà dagli assicuratori malattie (finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa). Il passaggio a questo tipo di finanziamento, che avrebbe assicurato un'ampia parità di trattamento tra i diversi offerenti del settore ospedaliero ed incentivato la concorrenza, aveva ottenuto la maggioranza dei consensi nel dibattito politico. Ad eccezione della differenza di finanziamento tra prestazioni ambulatoriali e ospedaliere, si tratta di un modello di concorrenza costruito sul rapporto prezzo-prestazioni e sulla necessaria trasparenza di mercato.

Nelle prossime fasi legislative questa procedura a due livelli dovrebbe essere ripresa. A breve termine si tratterà, per motivi di sicurezza giuridica, di prolungare la legge federale urgente sull'adeguamento dei contributi cantonali fino all'entrata in vigore della revisione di legge concernente il finanziamento ospedaliero, dato che alla sua scadenza il calcolo dei contributi cantonali ai costi per le cure ospedaliere alle quali si sono sottoposte nel Cantone persone che beneficiano di un'assicurazione complementare sarebbe nuovamente oggetto di critiche. La presente revisione dovrà

ripresentare il sistema di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, dal momento che il finanziamento ospedaliero monistico, indicato nel rapporto degli esperti sulla terza revisione LAMal quale soluzione per il futuro, solleva ancora molti interrogativi e, vista la situazione attuale, non può essere attuato senza una fase intermedia.

Managed care (cfr. lett. [h] del grafico alla fine del n. 1.3.3)

Negli ultimi anni a livello internazionale si è imposta la convinzione che cure mediche di elevata qualità ed allo stesso tempo rispondenti al criterio dell'economicità siano possibili solo con offerte integrate, nelle quali i pazienti siano seguiti e assistiti durante tutta la diagnosi e la terapia e per le quali gli assicuratori e i fornitori di prestazioni condividano la responsabilità finanziaria dell'intero trattamento (modelli managed care per le cure mediche). Al fine di promuovere tali modelli, con la 2ª revisione LAMal si volevano obbligare gli assicuratori a offrire, da soli o con altri, una o più forme particolari di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni. In merito il Parlamento aveva stabilito che gli assicuratori dovessero offrire modelli nei quali i fornitori di prestazioni assumono la responsabilità budgetaria concordata con gli assicuratori. Questo implicava di fatto un obbligo a offrire reti di cura integrate, che fu visto come un'alternativa alla libertà di contrarre. A nostro parere, occorre rinunciare a questa associazione, mentre sarebbe opportuno definire chiaramente le reti come forme particolari di assicurazione e fissarle per legge, indipendentemente dalla libertà di contrarre.

1.3.3 Calendario

Uno dei motivi principali della bocciatura della seconda revisione LAMal è probabilmente l'alto numero di temi tra loro assai diversi che si sono aggiunti al disegno di revisione durante i dibattiti parlamentari. Le opposizioni a singoli punti si sono così accumulate provocando la bocciatura della revisione nel suo complesso. Sulla base di questa considerazione si è deciso di presentare i punti della revisione accolti favorevolmente in una strategia unitaria ma non in un documento unico. Al Parlamento verranno pertanto sottoposti due grossi pacchetti legislativi con diversi messaggi parziali. I criteri per la composizione dei singoli pacchetti e messaggi sono di natura materiale (settori tematicamente affini) o temporale (priorità ai settori retti da ordinamenti temporanei). Sulla base di questi criteri i pacchetti e le fasi di revisione nel settore dell'assicurazione malattie sono stati composti e ripartiti come segue:

Pacchetto 1

Il primo pacchetto, che dovrebbe entrare in vigore almeno in parte (p. es. la disposizioni sulla riduzione dei premi) il 1° gennaio 2005, si compone dei quattro messaggi seguenti:

- *Messaggio 1A*: il primo messaggio concerne
 - la proroga della compensazione dei rischi: la compensazione dei rischi scade a fine 2005. Poiché la compensazione dei rischi è in stretta correlazione con altri temi della revisione, è necessario prorogarla in tempi rapidi;

- il mantenimento e il congelamento delle tariffe di cura: le tariffe vanno congelate, prima che l’adempimento delle prescrizioni sulla trasparenza porti a un’assunzione integrale dei costi da parte degli assicuratori – e di riflesso a un’impennata dei premi;
- la legge federale urgente sul finanziamento ospedaliero va prorogata fino all’entrata in vigore del modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, dato che la durata del testo attuale è limitata al 31 dicembre 2004.
- Tra gli altri temi figurano le prescrizioni sul rapporto di gestione e sulla fatturazione degli assicuratori (art. 60 cpv. 4–6 della seconda revisione LAMal) e l’introduzione di una tessera d’assicurato (art. 42a della seconda revisione LAMal).
- *Messaggio 1B*: siccome sostituirà il blocco delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni ambulatoriali, che scade nel luglio 2005, la libertà di contrarre va discussa nell’ambito del primo pacchetto. L’inasprimento delle possibilità di sanzionare i fornitori di prestazioni (art. 59 della seconda revisione LAMal) è trattato quale tema affine.
- *Messaggio 1C*: la riduzione dei premi, quale correttivo dello stato sociale più importante per il premio pro capite, va presentata ed approvata rapidamente per motivi di politica sociale – soprattutto in relazione ai miglioramenti per le famiglie con figli comportati dalla soluzione discussa durante la seconda revisione LAMal. Vista la stretta affinità tematica, questo messaggio riprenderà anche la questione della sospensione delle prestazioni e del divieto di cambiare cassa in caso di mancato pagamento dei premi (art. 61a della seconda revisione LAMal).
- *Messaggio 1D*: le disposizioni sulla partecipazione ai costi incidono fortemente sul calcolo dei premi e devono essere approvate al più tardi a metà dell’anno per consentire agli assicuratori di calcolare tempestivamente i premi per l’anno seguente. Sebbene da questo punto di vista l’entrata in vigore per il 1° gennaio 2005 di nuovi parametri per la partecipazione ai costi appaia poco realistica, è opportuno chiarire questo aspetto al più presto.

Pacchetto 2

Anche per il secondo pacchetto, che giungerà sui banchi del Parlamento prima della sessione autunnale 2004, è stata chiesta una procedura accelerata in modo da consentire l’approvazione durante la sessione invernale 2004. Il secondo pacchetto è dedicato ai temi seguenti:

- *Messaggio 2A*: il tema principale del primo messaggio della seconda fase concerne il finanziamento ospedaliero, per il quale sarà proposto il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. Il finanziamento ospedaliero può e deve essere inserito nella seconda fase soprattutto perché, da un lato, il passaggio al finanziamento delle prestazioni presuppone un certo periodo di preparazione che ne rende piuttosto improbabile l’entrata in vigore il 1° gennaio 2005 e, dall’altro, le disposizioni legali vanno sottoposte nuovamente a una consultazione ordinaria scritta a causa della loro complessità tecnica.

- *Messaggio 2B*: anche l'inserimento del settore managed care nel secondo pacchetto è motivato dalla necessità di prepararne l'attuazione dal punto di vista materiale e temporale. Inoltre, nell'ambito di questo messaggio, si valuterà come le misure già prese negli ultimi anni nell'ambito dei medicinali per il contenimento dei costi potranno essere completate con altre misure in materia.

Finanziamento delle cure

Presentato al di fuori dei due pacchetti summenzionati, il messaggio sulla riorganizzazione del finanziamento delle cure verrà approvato dal nostro Consiglio, in esecuzione del citato mandato parlamentare, al più tardi nel dicembre 2004.

Panoramica dei testi di legge 2004 concernenti l'assicurazione malattie

<p>Pacchetto 1</p> <p>Messaggio 1A</p> <p><i>Panoramica di tutti i disegni da 1A a 2B</i></p> <p>[a] Compensazione dei rischi [b] Tariffe delle cure [c] Finanziamento ospedaliero (proroga legge federale urgente)</p> <p>Messaggio 1B</p> <p>[d] Libertà di contrarre</p> <p>Messaggio 1C</p> <p>[e] Riduzione dei premi</p> <p>Messaggio 1D</p> <p>[f] Partecipazione ai costi</p>	<p>Pacchetto 2</p> <p>Messaggio 2A</p> <p>[g] Finanziamento ospedaliero</p> <p>Messaggio 2B</p> <p>[h] Managed care</p>	<p>Messaggio sul finanziamento delle cure</p> <p>[i]</p>
	<p>Approvazione da parte del Consiglio federale presumibilmente nel settembre 2004</p>	<p>Approvazione da parte del Consiglio federale presumibilmente nel dicembre 2004</p>

1.4

Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale di revisione parziale della LAMal

La nostra proposta di revisione parziale della LAMal è stata posta in consultazione presso i Cantoni, i partiti politici e le cerchie interessate nel marzo 2004. I risultati della consultazione mostrano che l'avamprogetto ha ricevuto un'accoglienza diversa a seconda delle disposizioni presentate.

La strategia globale è stata accolta positivamente dalla maggior parte dei partecipanti alla procedura.

L'introduzione di *una tessera d'assicurato* (art. 42a) ha incontrato il favore di tutti. Alcuni partecipanti hanno sottolineato che potrebbe rappresentare un primo passo verso una tessera sanitaria, mentre altri temono che, in questo modo, vengano diffusi dati personali e non desiderano che la tessera d'assicurato si trasformi in tessera sanitaria e/o insistono perché le disposizioni relative alla protezione dei dati siano rafforzate.

Le disposizioni relative al *rendiconto* non hanno sollevato osservazioni particolari.

Per quanto riguarda *la proroga della compensazione dei rischi*, le opinioni concordano sulla necessità di una proroga, mentre sono discordi sulla compensazione dei rischi in quanto tale (che non è oggetto di una modifica materiale nel presente disegno). Alcuni partecipanti caldeggiavano il mantenimento della compensazione dei rischi attuale, altri auspicano che la proroga quinquennale serva ad analizzare più approfonditamente la sua funzione e la sua esistenza futura (criterio della morbilità, pool per gli alti rischi, soppressione totale).

La disposizione transitoria sul congelamento delle tariffe quadro è senz'altro il punto più contestato. I partecipanti hanno chiesto – qualora il congelamento non venga del tutto respinto – che la protezione tariffaria sia mitigata. Si sono espressi anche sulla disparità di trattamento tra i diversi Cantoni che applicano tariffe differenti. Ritengono, inoltre, che soltanto le case di cura dovrebbero essere interessate dal discorso.

La legge federale urgente sul finanziamento ospedaliero è stata criticata principalmente per quanto riguarda la proroga. La maggior parte dei partecipanti, infatti, ritiene che la proroga dovrebbe continuare dopo il 2006. Alcuni di essi auspicano che vengano incluse anche le cliniche private.

2

Peculiarità del testo

Qui appresso sono presentate in primo luogo le proposte del legislatore per i settori tematici ai quali per motivi di tempo (segnatamente la scadenza dei disciplinamenti vigenti) va accordata la priorità.

2.1 Compensazione dei rischi

2.1.1 Disciplinamento vigente

Cenni storici sulla nascita del diritto vigente

La legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI) limitava fortemente il libero passaggio degli assicurati, applicando premi graduati in base all'età di affiliazione, limiti di età per l'affiliazione e riserve d'assicurazione. Per questo motivo erano soprattutto agli assicurati più giovani (in particolare di sesso maschile), ossia gli assicurati con costi di malattia inferiori alla media, che potevano cambiare assicuratore. Ne è conseguita una crescente concentrazione di cosiddetti «cattivi rischi» presso determinati assicuratori malattie e una desolidarizzazione progressiva dell'assicurazione malattia. Per combattere questo fenomeno, con il decreto federale del 13 dicembre 1991 concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione nell'assicurazione contro le malattie, è stata introdotta a partire dal 1° gennaio 1993 la compensazione dei rischi tra assicuratori malattie. Con la LAMal la compensazione dei rischi è stata inserita nel diritto ordinario con effetto a partire dal 1° gennaio 1996 per una durata di dieci anni a contare dall'entrata in vigore della stessa legge, ossia dal 1° gennaio 1996 (art. 105 cpv. 4 LAMal).

Concezione dell'attuale compensazione dei rischi

Vigente la LAMI la struttura dei rischi delle singole casse malati variava sensibilmente. Partendo dal presupposto che sarebbero piuttosto stati ancora gli assicurati giovani e sani a far ricorso al libero passaggio, senza un correttivo all'atto dell'introduzione del libero passaggio integrale, gli assicuratori con una struttura dei rischi sfavorevole avrebbero incontrato condizioni iniziali svantaggiose, alle quali non avrebbero potuto ovviare nemmeno con una buona organizzazione e amministrazione. L'idea della compensazione dei rischi non è mai stata fondata sui costi effettivamente insorti ai singoli assicuratori, bensì su fattori di rischio oggettivi, quali l'età e il sesso degli assicurati. A decidere se, in base a tale principio, un assicuratore deve versare tasse di rischio oppure riceve contributi compensativi è dunque il confronto tra la composizione per età e sesso del suo collettivo di assicurati e quella di tutti gli assicuratori, ossia, di fatto, della popolazione residente. Gli assicuratori che rispetto alla media globale contano più persone anziane e di sesso femminile ricevono contributi da parte di quelli che ne assicurano meno.

La durata della compensazione dei rischi era stata limitata a dieci anni, poiché ci si attendeva che il libero passaggio – seppur lentamente – riducesse le differenze tra gli assicuratori relativamente all'età e al sesso e perché non si voleva che la compensazione dei rischi generasse un consolidamento strutturale indesiderato nell'assicurazione malattie.

2.1.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

La previsione che il libero passaggio integrale avrebbe compensato le forti differenze indotte nella struttura dei rischi degli assicuratori dal vecchio diritto non ha trovato conferma nella realtà. Anzi, negli ultimi anni la somma di compensazione è ulteriormente aumentata e le differenze tra le strutture dei rischi tra le diverse grandi

casce contribuenti e beneficiarie rimangono sensibili. Ha per contro trovato conferma la previsione secondo cui ad optare per un assicuratore con premi più convenienti sarebbero stati piuttosto gli assicurati giovani e sani.

La compensazione dei rischi rimane pertanto necessaria, soprattutto perché in un sistema che prevede il libero passaggio integrale, il premio unico, la concorrenza tra gli assicuratori e prestazioni legali sul mercato sono avvantaggiati soprattutto gli assicuratori che vantano una struttura dei rischi favorevole. Questa analisi trova ampiamente conferma in una perizia realizzata in vista della terza revisione LAMal. Oltre alla necessità generale della compensazione dei rischi nel sistema svizzero, il rapporto evidenzia i vantaggi di quella vigente (struttura semplice e trasparente, disbrigo amministrativo rodato, ampia accettazione politica). Nel contempo si sottolinea tuttavia che l'efficacia della compensazione dei rischi può essere migliorata, visto che i fattori età, sesso e Cantone non permettono di tenere sufficientemente conto delle differenze che contraddistinguono lo stato di salute degli assicurati. La necessità della compensazione dei rischi è incontestata anche nelle altre discussioni di economia sanitaria, nell'ambito delle quali è considerata una condizione essenziale per il buon funzionamento della concorrenza tra le casce.

2.1.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Il fatto che la compensazione dei rischi sia pressoché indiscussa ne suggerisce la proroga. Poiché l'impostazione della compensazione dei rischi va analizzata anche in relazione alle riforme in altri settori dell'assicurazione malattia (p.es. nel caso dei modelli managed care), dopo la bocciatura della 2^a revisione LAMal si ritiene opportuno prolungarne la durata di altri cinque anni senza completare i criteri per la compensazione.

2.2 Finanziamento ospedaliero: proroga della legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie

2.2.1 Disciplinamento vigente

Concezione della copertura dei costi nel settore ospedaliero giusta la LAMal

I costi per la degenza ospedaliera dei titolari di un'assicurazione complementare sono coperti dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie («assicurazione di base»), dall'assicurazione complementare e dal Cantone di domicilio. Quest'ultimo versa agli ospedali siti sul proprio territorio contributi sotto forma di sussidi per le spese d'esercizio o di copertura del deficit. Gli ospedali, dal canto loro, emettono all'attenzione dell'assicurato o dell'assicuratore, giusta l'articolo 42 LAMal, una fattura che comprende i costi che devono essere rimborsati dall'assicurazione malattie obbligatoria e dall'assicurazione complementare.

Il calcolo dei contributi per la degenza ospedaliera a carico dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie è disciplinato dall'articolo 49 capoverso 1 LAMal. Gli importi forfetari rimborsati da quest'assicurazione sono concordati sulla

base di negoziati tra gli ospedali e gli assicuratori o le loro associazioni. In caso di mancato accordo, la tariffa è fissata dal governo del cantonale. Gli importi forfetari rimborsati dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie per le persone domiciliate nel Cantone coprono al massimo il 50 per cento dei costi d'esercizio computabili del reparto comune («contributo di base»). Sebbene questo non sia espressamente menzionato nella LAMal, il Cantone si assume (in parte unitamente ai Comuni) i rimanenti costi d'esercizio computabili. L'assicurazione complementare risponde per i costi delle cure che non figurano nel catalogo delle prestazioni giusta la LAMal, quali il maggiore comfort in una camera privata o semiprivata e la libertà di scelta del medico in ospedale. Siccome buona parte degli ospedali non tiene una contabilità dei costi e delle prestazioni che corrisponde alle esigenze dell'OCPre, è difficile stabilire l'importo corrispondente al 100 per cento dei costi d'esercizio computabili. I partner contrattuali concordano i costi d'esercizio computabili nel singolo caso nell'ambito delle trattative tariffali. Il calcolo dei costi delle prestazioni a carico dell'assicurazione complementare presenta le stesse difficoltà.

Cenni storici su nascita e contenuti della legge federale urgente

Dopo l'entrata in vigore della LAMal l'obbligo per i Cantoni di contribuire alle cure ospedaliere dispensate nel reparto privato o semiprivato di un ospedale è stato al centro di forti critiche. Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha chiarito la questione con tre sentenze di principio, ribadendo l'assoggettamento dei Cantoni all'obbligo contributivo nei casi in cui l'assicurato si sottopone a cure ospedaliere in una struttura pubblica o sussidiata dall'ente pubblico (DTF 123 V 290 segg., 310 segg. e DTF 127 V 422 segg.). Considerati i massicci costi supplementari, in buona parte non inclusi nel budget, che l'applicazione immediata e integrale dell'ultima decisione citata avrebbe comportato per i Cantoni, il Parlamento ha optato per un adeguamento progressivo dei contributi cantonali sull'arco di tre anni.

2.2.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

Il Parlamento è partito dal presupposto che la legge federale fosse un disciplinamento transitorio applicabile fino all'entrata in vigore della seconda revisione LAMal. Visto però che quest'ultima è stata bocciata durante la sessione invernale 2003, il nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero non può entrare in vigore alla scadenza della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali, ossia il 31 dicembre 2004.

2.2.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Al fine di disciplinare l'assunzione da parte dei Cantoni dei costi per le cure ospedaliere nel reparto privato e semiprivato con un disciplinamento applicabile, proponiamo di prorogare fino all'entrata in vigore di un nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero le disposizioni della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per il 2004. La normativa proposta si limita prima di tutto al finanziamento dei costi d'esercizio e, in secondo luogo, al settore degli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico. Nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie (FF 1992 I 154 segg.) affermia-

mo esplicitamente che gli investimenti non vanno inclusi nei costi computabili per il calcolo delle indennità forfetarie. Questo principio va osservato fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni sul finanziamento ospedaliero della legge sull'assicurazione malattie, sebbene si debba rilevare che già attualmente alcuni ammortamenti sugli investimenti confluiscono nei costi d'esercizio computabili. Siccome il TFA ha stabilito che l'obbligo contributivo del Cantone giusta l'articolo 41 capoverso 3 LAMal decade se l'assicurato sceglie un ospedale privato, non sovvenzionato (DTF 123 V 310 segg.), nel quadro del nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero secondo la LAMal si dovrà vagliare la possibilità di estendere le nuove disposizioni anche agli ospedali privati.

2.3 Tariffe delle cure

2.3.1 Disciplinamento vigente

Con la LAMal è stata riorganizzata l'assunzione dei costi nel settore delle cure. Mentre secondo la LAMI l'assicurazione versava per le cure un contributo giornaliero, ai sensi dell'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie copre gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente (...) o in una casa di cura (1) dal medico, (2) dal chiropratico e (3) da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica. Nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie i costi di questa estensione delle prestazioni per il settore delle case di cura sono stati stimati a 560 milioni di franchi. Sulla base dei costi di queste prestazioni registrati dall'assicurazione malattie nel 1995, questa stima è stata superata la prima volta nel 1999 e i costi indicano una tendenza al rialzo, benché l'aumento si sia indebolito, avvicinandosi all'evoluzione media dei costi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Considerata la scarsa trasparenza dei costi nel settore delle case di cura e al fine di controllare meglio l'evoluzione dei costi nel settore dello spitex e delle case di cura, il 1° gennaio 1998 sono state introdotte tariffe limite (art. 9a OPre) per le prestazioni di cura giusta l'articolo 7 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31). Le tariffe limite resteranno in vigore finché i fornitori di prestazioni non adempiranno le condizioni di trasparenza.

Nel settembre 1997 abbiamo completato questo provvedimento volto a contenere i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con una lettera ai governi cantonali, nella quale formulavamo raccomandazioni all'attenzione dei partner responsabili del finanziamento, ossia i Cantoni, i Comuni e gli assicuratori malattie. In questa lettera partiamo dal presupposto che i Cantoni non si ritirino dal cofinanziamento delle prestazioni di cura e colmino eventuali lacune derivanti dall'applicazione delle tariffe limite.

Nell'ambito della procedura di consultazione, i Cantoni e le organizzazioni rappresentanti le cure sanitarie hanno chiesto di mitigare la protezione tariffaria nelle case di cura per non incorrere nell'eventualità di sollevare controversie o causare trasferimenti latenti di costi a scapito dei contribuenti. Mitigando la protezione tariffaria, tuttavia, si teme di non riuscire più a distinguere, in termini di costi, le prestazioni vere e proprie della LAMal dalle prestazioni di tipo assistenziale e alberghiero e di avere, come conseguenza, una fatturazione poco trasparente. Se i fornitori di presta-

zioni non sono più sollecitati, esiste il rischio di causare un disinteresse totale per qualsiasi forma di riorganizzazione ordinaria del finanziamento delle cure. Inoltre, le tariffe quadro dovrebbero garantire il rimborso delle prestazioni di cura rilevanti per la LAMal conformemente ai criteri dell'articolo 32 LAMal (appropriatezza ed economicità). Il limite massimo delle tariffe sarà aumentato e le tariffe quadro saranno applicate soltanto per un periodo limitato: il messaggio concernente una riorganizzazione ordinaria del finanziamento delle cure sarà sottoposto al Parlamento ancora nell'arco di quest'anno. Per questo motivo rinunciamo espressamente a mitigare la protezione tariffaria.

2.3.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore l'OCPre. Se le case di cura adempiono i requisiti in materia di trasparenza dei costi giusta l'OCPre, è possibile negoziare la tariffa indipendentemente dalle tariffe limite. È realistico prevedere che si giungerà a una piena trasparenza dei costi nel settore delle cure ed è presumibile che i requisiti posti dall'OCPre saranno adempiuti in tempi relativamente brevi. Anche a prescindere da quest'ordinanza, considerato lo sviluppo demografico, medico e sociale si può prevedere che in futuro il fabbisogno di prestazioni di cura e i costi per la loro fornitura aumenteranno. Si tratta pertanto di trovare alternative per il finanziamento che tengano conto del necessario coordinamento tra le assicurazioni sociali, le prestazioni cantonali e l'assistenza sociale. Ci siamo detti disposti a presentare una revisione in tal senso che ridefinisca e ripartisca tra i diversi rami dell'assicurazione sociale il finanziamento delle cure. Fino all'entrata in vigore del presente disegno, che dovrebbe essere presentato al Parlamento già alla fine del 2004, occorre trovare un disciplinamento transitorio atto a contenere l'evoluzione dei costi.

2.3.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Per arginare la temuta esplosione dei costi indotta dalla soppressione delle tariffe limite, nell'ambito della 2ª revisione LAMal le Camere avevano deciso di continuare per principio ad applicarle fino all'entrata in vigore della revisione e di congelarle dopo un adeguamento dei due stadi superiori di fabbisogno di cure. Con questo disegno riprendiamo una procedura proposta nel quadro della 2ª revisione LAMal. In questo contesto appare opportuno, proprio in vista della proroga delle tariffe limite congelate da ormai sei anni, aumentarle per i due stadi di bisogni di cure più elevati, dove sono indubbiamente troppo basse. Le nuove tariffe, da introdursi mediante ordinanza, andranno congelate per legge fino all'entrata in vigore del nuovo disciplinamento sul finanziamento delle cure, al più tardi fino al 31 dicembre 2006.

2.4 Esposizione dei conti

2.4.1 Disciplinamento vigente

In virtù dell'articolo 60 capoverso 4 LAMal emaniamo le necessarie disposizioni sulla procedura di finanziamento e sull'esposizione dei conti, tra le quali figurano in particolare le prescrizioni sulla tenuta della contabilità (libri contabili, ecc.), l'esposizione (classificazione dei conti, ecc.) e il controllo dei conti (autorità di controllo degli assicuratori, controlli dell'autorità di vigilanza), la costituzione delle riserve (ammontare, principi di valutazione) e i collocamenti di capitale ammessi.

Per quanto concerne l'esposizione dei conti abbiamo fatto uso della nostra competenza negli articoli 81–85a dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; *RS 832.102*) per definire l'esposizione dei conti nell'ambito del piano contabile uniforme (art. 82 OAMal) e delle comunicazioni all'Ufficio federale della sanità pubblica (art. 85 OAMal) e della pubblicazione (art. 85a OAMal). Conformemente all'articolo 85 capoverso 1 OAMal gli assicuratori sono già attualmente tenuti, nell'ambito dell'esposizione dei conti, a presentare all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) il rapporto di gestione dell'anno precedente entro il 30 aprile. L'articolo 85a OAMal prevede, dal 1° gennaio 2004, l'allestimento di un documento destinato al pubblico che deve contenere in particolare il rapporto di gestione, i dati principali per ramo assicurativo e i dati di cui all'articolo 31 capoverso 2. Gli assicuratori mettono il documento a disposizione di ogni persona interessata.

Su forma e contenuti del rapporto di gestione l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)⁴, quale autorità di sorveglianza, ha emanato norme vincolanti con direttiva 00/6 del 28 dicembre 2000 (*Struktur des Geschäftsberichts, d/f*) e con direttiva 03/1 del 28 gennaio 2003 (*Transparenz beim Marktauftritt, Informationspflicht für interessierte Personen und Mindestanforderungen an den Geschäftsbericht d/f*), in base alle quali gli assicuratori-malattie sono tra l'altro tenuti a sottoporre a chi lo richiedesse i rapporti di gestione (organizzazione, rapporto annuale, bilancio, conto d'esercizio totale e delle singole forme d'assicurazione e altri dati). Il conto annuale appare nel rapporto di gestione degli assicuratori nella struttura del piano contabile che l'UFSP ha imposto a tutti gli assicuratori e che trova applicazione anche per le statistiche e i dati relativi alla vigilanza. Questo garantisce la trasparenza in tutte le pubblicazioni dell'UFSP e degli assicuratori consentendo inoltre confronti tra questi ultimi.

2.4.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

È importante che i rapporti di gestione (rapporto annuale e conto annuale) degli assicuratori-malattie siano strutturati in modo trasparente e accessibili al pubblico. Le norme sull'esposizione dei conti ai sensi dell'articolo 60 capoverso 4 LAMal emanate dal nostro Consiglio nell'ambito dell'OAMal e dall'UFSP, quale autorità di controllo, mediante direttiva hanno tenuto parzialmente conto di quest'esigenza nella definizione e pubblicazione del rapporto di gestione. Non esiste tuttavia nes-

⁴ Il settore dell'assicurazione malattie è stato trasferito dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali all'Ufficio federale della sanità pubblica a partire dal 1° gennaio 2004.

suna norma di legge su allestimento, contenuti e pubblicazione dei rapporti di gestione degli assicuratori. La seconda revisione LAMal, bocciata in Parlamento, voleva porvi rimedio ampliando l'articolo 60 capoverso 4.

2.4.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Dopo la bocciatura della seconda revisione LAMal la disposizione legale concernente l'esposizione dei conti dovrà essere ampliata nella misura prevista. L'obbligo di stendere un rapporto di gestione è disciplinato a livello di legge. A questo scopo l'articolo 60 LAMal è ampliato: dal capoverso 4 sorgono i capoversi 4–6, che affidano maggiori competenze normative in materia di rapporto di gestione al nostro Consiglio, che definisce in particolare i casi in cui occorre allestire un conto di gruppo e la forma in cui il rapporto di gestione va pubblicato.

Ne consegue una maggiore trasparenza nei bilanci degli assicuratori malattie, che sono per principio assoggettati alle disposizioni previste dal Codice delle obbligazioni in materia di società anonime. È così garantito un sensibile aumento della chiarezza e della comprensione, a tutto vantaggio di assicuratori e autorità.

2.5 Tessera d'assicurato

2.5.1 Disciplinamento vigente

Attualmente il diritto federale non offre le basi legali necessarie per introdurre per tutti gli assicurati un dossier sulla salute con i dati della loro anamnesi. L'esame di una base legale in tal senso è stato tuttavia avviato nel 1997 con un postoluto del Consigliere nazionale Guisan (96.3578). A suo tempo ci eravamo detti disposti ad accettare la proposta e a vagliare l'eventualità di un'introduzione in Svizzera di un passaporto della salute.

2.5.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

Siccome manca un disciplinamento a livello federale e la competenza in materia di copertura sanitaria spetta per principio ai Cantoni, sono stati sviluppati diversi progetti indipendenti gli uni dagli altri, con il rischio che non siano compatibili tra di loro. Inoltre, 4 milioni di assicurati affiliati a 35 assicuratori-malattie utilizzano già attualmente una tessera elettronica per le prestazioni di circa 2000 farmacie. Questa situazione priva di uniformità rischia di ripercuotersi negativamente sullo sviluppo dei sistemi. Poiché le tessere di un sistema non sono leggibili da un altro, l'efficacia degli strumenti introdotti e la motivazione dei partner a dotarsi della necessaria infrastruttura ne risultano fortemente compromesse. L'ampiezza del territorio e la crescente mobilità della popolazione acuiscono la necessità di applicare sistemi compatibili e interoperativi.

Nel quadro dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (accordo sulla libera circolazione delle persone;

RS 0.142.112.681) la Svizzera ha adottato anche la normativa CE sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori autonomi e ai loro famigliari che si spostano all'interno della Comunità; RS 0.831.109.268.1), che prevede il coordinamento ma non l'armonizzazione dei sistemi nazionali della sicurezza sociale. Ne è parte integrante l'assistenza internazionale in materia di prestazioni in natura nell'assicurazione malattie, che permette di beneficiare di prestazioni mediche in caso di malattia o infortunio durante il soggiorno in un altro Stato firmatario. Il 1° gennaio 2004 la CE ha introdotto la tessera europea di assicurazione sanitaria in sostituzione dei cosiddetti moduli E, che permettevano di beneficiare di prestazioni mediche in un altro Stato membro, sicché i moduli cartacei hanno ceduto il posto a documenti assicurativi formato carta di credito. La Svizzera ed i singoli Stati membri della CE dispongono ora di un periodo di transizione di un anno e mezzo (fino al 1° gennaio 2006) per introdurre la tessera di assicurazione sanitaria. Questo adeguamento puramente tecnico avverrà formalmente mediante una modifica dell'Allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Non ha, quindi, un legame diretto con la tessera d'assicurato, ma il retro della tessera svizzera potrebbe essere utilizzato per la tessera europea di assicurazione sanitaria.

2.5.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Preparando la risposta al postulato Guisan in occasione della seduta speciale del 22 maggio 2002, siamo giunti alla conclusione che il DFI avrebbe potuto inserire l'elaborazione di una base legale nel catalogo delle modifiche a breve termine al fine di consentire l'introduzione di tale strumento (che potrebbe trasformarsi progressivamente da una tessera d'assicurato a una tessera più dettagliata per il paziente) nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Abbiamo quindi approvato nell'agosto 2002 un nuovo articolo 42a LAMal, inserito nei lavori parlamentari in corso sulla 2ª revisione LAMal. Il testo della 2ª revisione LAMal prevedeva pertanto già la delega al nostro Consiglio dell'introduzione di una tessera d'assicurato, che fu approvata da entrambe le Camere. La presente proposta di modifica riprende alla lettera l'articolo 42a LAMal, che offre la base legale necessaria ad autorizzarci a introdurre una tessera con un numero di identificazione attribuito dalla Confederazione. La tessera agevola il lavoro amministrativo comportato dalla fatturazione tra fornitori di prestazioni e assicuratori e riduce le spese amministrative. La tessera può essere utilizzata per altri scopi, quali per esempio l'accesso a dati personali in caso d'emergenza, solo con il consenso dell'assicurato, dato che questi dati sono considerati degni di particolare protezione ai sensi della legge sulla protezione dei dati. Ne consegue che la tessera non dev'essere utilizzata per nessun altro scopo. Inoltre, il salvataggio di dati e l'accesso a dati in caso d'emergenza sono possibili soltanto con il consenso dell'assicurato.

3 Parte speciale: Commento esplicativo alle singole disposizioni

3.1 Disposizioni LAMal

Articolo 42a capoverso 1 (nuovo)

L'introduzione generale di una tessera d'assicurato può rappresentare un'ingerenza nei diritti fondamentali dell'assicurato e necessita pertanto di una base legale. La competenza in materia va delegata al nostro Consiglio. Il capoverso 1 prevede la norma della delega necessaria a tal fine.

Con la tessera d'assicurato s'intende semplificare le pratiche amministrative tra assicurati, assicuratori e fornitori di prestazioni, agevolare la razionalizzazione dei fornitori di prestazioni e, nel contempo, migliorare l'informazione e il comfort dei pazienti/assicurati. Quale numero di identificazione della tessera si potrebbe riprendere il nuovo numero d'assicurazione sociale che – quale numero d'assicurato (che di per sé non fornisce informazioni) e chiaro elemento per l'identificazione della persona – sostituirà l'attuale numero AVS. Questa scelta offrirebbe all'assicurato il vantaggio di utilizzare per tutte le assicurazioni sociali lo stesso numero, che resterebbe invariato a prescindere dall'assicuratore e dal Cantone di domicilio. Si potrebbe però ipotizzare anche la creazione di un numero specifico all'assicurazione malattie.

Articolo 42a capoverso 2 (nuovo)

Il capoverso 2 definisce lo scopo principale dell'uso della tessera, che si limita al settore amministrativo e semplifica la fatturazione delle prestazioni rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Quando tutti gli assicurati disporranno di una tessera e la maggior parte dei fornitori di prestazioni si saranno muniti dell'infrastruttura necessaria, le prestazioni potranno essere fatturate e rimborsate solo con questo sistema. Il fornitore di prestazioni sarà pertanto tenuto a utilizzare la tessera, come del resto l'assicurato che voglia farsi rimborsare una prestazione. L'espressione «interfaccia utente» vuole significare che l'utente deve utilizzare un'interfaccia (tastiera, mouse ecc.) per accedere ai dati della tessera.

L'introduzione della tessera d'assicurato non implica de facto l'abbandono del principio del terzo garante giusta l'articolo 42 capoverso 1 LAMal. I due sistemi possono senz'altro coesistere.

Articolo 42a capoverso 3 (nuovo)

Il capoverso 3 prevede la delega al nostro Consiglio della competenza di disciplinare i dettagli.

Articolo 42a capoverso 4 (nuovo)

Il diritto all'autodeterminazione in materia di informazioni concernenti i dati medici è parte integrante della tutela dei diritti fondamentali garantita costituzionalmente dall'articolo 13 Cost. (protezione della sfera privata). I dati medici sono dati personali particolarmente degni di protezione ai sensi della legge sulla protezione dei dati. Il diritto all'autodeterminazione dell'assicurato per quanto concerne i suoi dati sanitari risulterebbe limitato, se l'archiviazione e l'accesso a dati in caso d'emergenza

genza fossero obbligatori. Registrare questi dati, che preciseremo dopo aver consultato le cerchie interessate, ed accedervi è pertanto possibile solo con il consenso dell'assicurato.

Articolo 60 capoverso 4

La stesura del rapporto di gestione degli assicuratori, finora disciplinata a livello di ordinanza, è ora retta dalla legge. Precisiamo inoltre i casi per i quali è necessario allestire un conto di gruppo.

Articolo 60 capoverso 5 (nuovo)

Il rinvio alle prescrizioni del Codice delle obbligazioni in materia di società anonime garantisce rapporti di gestione adatti all'attività d'assicurazione indipendentemente dalla forma giuridica scelta dall'assicuratore ed integrati dalle disposizioni della presente legge.

Articolo 60 capoverso 6 (nuovo)

Il capoverso 6 riprende l'attuale capoverso 4 e completa con il rapporto di gestione l'elenco delle competenze normative del nostro Consiglio, che potrà regolare mediante ordinanza le attuali prescrizioni sul rapporto di gestione degli assicuratori previste dalle direttive dell'autorità di vigilanza. Definiamo inoltre le modalità per la pubblicazione o l'accessibilità al pubblico del rapporto di gestione (rapporto annuale e conto annuale). In tal modo è possibile ammettere diverse forme di pubblicazione, se questo fosse necessario ai fini della trasparenza.

Articolo 105 capoverso 4^{bis} (nuovo)

La durata di validità della compensazione dei rischi è prorogata di cinque anni a decorrere dalla scadenza del termine fissato nell'articolo 105 capoverso 4 (scadenza del disciplinamento vigente il 31 dicembre 2005).

Disposizione transitoria capoverso 1

In virtù dell'articolo 104a LAMal la Confederazione può emanare disposizioni sull'assunzione dei costi di cura. Su questa base il DFI ha definito le tariffe limite entrate in vigore il 1° gennaio 1998. Gli importi forfaitari, fissati al giorno secondo quattro livelli di bisogno di cure per le case di cura e all'ora secondo tre livelli per gli altri fornitori, coprono le prestazioni giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre, mentre le altre prestazioni obbligatorie possono essere fatturate separatamente.

A prescindere dal conseguimento della trasparenza dei costi, la procedura proposta limita l'assunzione dei costi delle cure da parte dell'assicurazione malattie. Conformemente alle disposizioni vigenti si dovrà rinunciare alla differenziazione tra case di cura e altri fornitori di prestazioni attivi nel settore delle cure ed alla distinzione tra cure acute e cure di lunga durata, al fine di non anticipare il nuovo disciplinamento del finanziamento delle cure e di non generare una disparità di trattamento. Nei casi in cui vengono già applicate tariffe superiori alle tariffe limite perché i fornitori di prestazioni interessati adempiono le condizioni di trasparenza, il ritorno alla situazione originale appare difficilmente compatibile con i principi della proporzionalità

e della protezione della fiducia. Si propone quindi di limitare tali tariffe all'importo in vigore il 1° gennaio 2004.

3.2 Disposizioni della legge federale urgente del 21 giugno 2002

Il testo riprende quello valido per il 2004 della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie e ne prescrive la validità fino all'entrata in vigore del nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero. Secondo questa normativa, in caso di degenza in ospedale di un beneficiario di un'assicurazione complementare nel reparto privato o semiprivato di un istituto pubblico o sovvenzionato dall'ente pubblico, il Cantone deve versare un contributo pari al 100 per cento della tariffa pagata dagli assicuratori per le persone domiciliate nel Cantone che vengono ricoverate nel reparto comune dello stesso ospedale. In applicazione di questa legge o della decisione del TFA del 30 novembre 2001 i Cantoni dovrebbero coprire il 100 per cento dei costi d'esercizio computabili ma non assumersi il 100 per cento della tariffa rimborsata dagli assicuratori. Questo significa che i Cantoni non devono versare l'intero importo dovuto secondo la LAMal. La normativa presenta tuttavia il vantaggio che le tariffe dell'assicurazione di base per il reparto comune dei singoli ospedali sono fondamentalmente note, il che rende superflui ulteriori calcoli. Considerate le osservazioni fatte dai Cantoni durante la procedura di consultazione e per facilitare l'applicazione del disciplinamento in questione, si propone di precisare nell'articolo 2 come svolgere il pagamento della fattura: la tariffa LAMal è fatturata in primo luogo agli assicuratori, mentre l'importo dovuto dal Cantone è chiesto in un secondo tempo. I costi rimanenti sono assunti dagli assicuratori complementari o, in mancanza di un'assicurazione, dall'assicurato stesso.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

I settori contemplati dal presente disegno comportano conseguenze finanziarie di poco conto. Questo vale anche per il settore delle cure, visto che il disciplinamento proposto prevede il mantenimento sia dell'attuale volume di finanziamento dell'assicurazione malattie che della ripartizione dei costi tra i diversi partner. Solo nel settore del finanziamento ospedaliero sono prevedibili ripercussioni finanziarie per i Cantoni nei casi in cui le tariffe ospedaliere subiranno modifiche per effetto di nuove convenzioni tariffali o della fissazione di nuovi importi. Per il resto rimane applicabile il disciplinamento introdotto nel 2002 e valido a partire dal 2004. La rinuncia all'ulteriore applicazione del disciplinamento del finanziamento ospedaliero comporterebbe, per contro, pesanti conseguenze. Da un lato, i Cantoni dovrebbero assumere tutte le spese d'esercizio computabili non coperte dalla tariffa rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per un importo stimato a grandi linee tra i 50 e i 100 milioni di franchi. Dall'altro, si dovrebbe trovare un accordo sulla determinazione dell'importo corrispondente al 100 per cento dei costi d'esercizio computabili.

4.2 Ripercussioni economiche

La disposizione transitoria proposta in merito alla proroga delle tariffe limite per le prestazioni di cura mirano al mantenimento della situazione attuale. Non sono quindi da attendersi ripercussioni sull'economia pubblica. Anche la proroga della compensazione dei rischi tra gli assicuratori e del disciplinamento transitorio per i contributi che i Cantoni versano per le degenze di persone titolari di un'assicurazione complementare in ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico conservano lo status quo e non hanno ripercussioni su singoli mercati o sull'economia pubblica.

L'introduzione di una tessera d'assicurato comporta costi sia per gli assicuratori sia per i fornitori di prestazioni. D'altro canto, convoglia fondi sull'industria informatica con le relative conseguenze. Se si parte dal presupposto che occorre rendere leggibili le attuali raccolte di dati, consegnare una tessera ad ogni assicurato e acquistare un lettore per ogni studio medico, i costi d'introduzione vanno stimati tra i 0,5 e i 5 milioni di franchi a seconda del sistema integrato di protezione dei dati. Per l'economia pubblica questo riveste un'importanza marginale.

5 Rapporto con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni

La nuova impostazione della perequazione finanziaria ha per oggetto una disgiunzione dei compiti, delle competenze e dei flussi finanziari tra Confederazione e Cantoni nonché il chiarimento delle responsabilità tra questi due livelli statali (messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001 nel FF 2002 2065). Nell'ambito dei lavori sulla nuova perequazione finanziaria, è stata anche esaminata la redistribuzione dei compiti nel settore delle assicurazioni sociali. I temi contenuti nella presente revisione non sono interessati da questa disgiunzione.

6 Rapporto con il programma di legislatura

Il disegno è annunciato nel rapporto del 25 febbraio 2004 sul programma di legislatura 2003–2007 e figura tra gli oggetti previsti nel programma (FF 2004 996).

7 Rapporto con il diritto europeo

7.1 Disposizioni della Comunità europea

L'articolo 2 del Trattato che istituisce la Comunità europea (CE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità è disciplinata nell'articolo 39 del Trattato CE. Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come iscritto nell'articolo 42 del Trattato CE. Il diritto comunitario non persegue un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale: gli Stati membri possono continuare a determinare la concezione, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e

l'organizzazione dei propri sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale è disciplinato dal regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e dal regolamento n. 574/72 che stabilisce le relative modalità di applicazione (codificato dal regolamento del Consiglio n. 118/97; GU n. L 28 del 30.01.1997, pag. 1; modificato ultimamente dal regolamento del Consiglio n. 859/2003, GU n. L 124 del 20.05.2003). Dal 1° giugno 2002, data dell'entrata in vigore dell'accordo sulla libera circolazione delle persone concluso tra la Svizzera e l'Unione europea, la Svizzera partecipa al sistema di coordinamento multilaterale.

Per semplificare il coordinamento la Comunità europea sostituisce i formulari cartacei mediante i quali è possibile avvalersi delle prestazioni in un altro Stato membro con un supporto di dati in formato carta di credito. La Svizzera adotta quest'innovazione tecnica nell'ambito di un aggiornamento dell'allegato II all'accordo sulla libera circolazione delle persone.

La raccomandazione del Consiglio del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale (GU n. L 245 del 26.8.1992, pag. 49) raccomanda agli Stati membri di offrire a tutte le persone legalmente residenti nel loro territorio l'accesso alle cure sanitarie necessarie nonché alle misure di prevenzione delle malattie.

7.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta Sociale Europea del 18 ottobre 1961 è, per quanto riguarda i diritti economici e sociali, il complemento alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Nell'articolo 12 è iscritto il diritto alla sicurezza sociale: le Parti s'impegnano a stabilire o a mantenere un regime di sicurezza sociale, a mantenerlo ad un livello soddisfacente, ad adoperarsi per elevarne progressivamente il livello e a prendere provvedimenti per garantire la parità di trattamento tra i cittadini di ciascuna delle Parti e i cittadini delle altre Parti. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma il Parlamento ne ha respinto la ratifica nel 1987 cosicché essa non è vincolante per il nostro Paese.

La Carta Sociale Europea (riveduta) del 3 maggio 1996 aggiorna e adatta il contenuto materiale della Carta del 1961. Costituisce un accordo distinto dalla Carta Sociale Europea del 1961 che non abroga. Il diritto alla sicurezza sociale figura ugualmente nell'articolo 12. La Carta Sociale riveduta è entrata in vigore il 1° luglio 1999. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il 16 settembre 1977 la Svizzera ha ratificato il Codice Europeo di Sicurezza sociale del 16 aprile 1964 (RU 1978 1491). Tuttavia, il nostro Paese non ha accettato la parte II sulle cure mediche. Ogni Stato che voglia adempiere gli obblighi derivanti dalla parte II del Codice è tenuto a garantire la somministrazione di prestazioni alle persone assistite in ogni stato morboso per qualunque causa, come pure in caso di gravidanza. Il beneficiario delle prestazioni può essere obbligato a partecipare ai costi delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni dovute può essere limitata a 26 settimane nei singoli casi.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale è completato da un Protocollo che stabilisce norme superiori. La Svizzera non ha ratificato il Protocollo.

8.3

Delega di competenze legislative

L'articolo 96 delega al nostro Consiglio le competenze normative necessarie all'esecuzione dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive). Il presente disegno ci autorizza inoltre ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

introduzione di principio di una tessera d'assicurato (art. 42a cpv. 1); disciplinamento degli standard tecnici della tessera d'assicurato (art. 42a cpv. 3); definizione dei dati personali della tessera d'assicurato (art. 42a cpv. 4); allestimento di un conto di gruppo in aggiunta al rapporto di gestione (art. 60 cpv. 4 secondo periodo); esposizione dei conti e solidità finanziaria degli assicuratori (art. 60 cpv. 6 primo periodo); pubblicazione del rapporto di gestione (art. 60 cpv. 6 secondo periodo).