

99.059

**Messaggio
sull'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico
e dell'istituto ospedaliero»**

del 14 giugno 1999

Onorevoli presidenti e consiglieri,

Vi sottoponiamo il messaggio sull'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero». Vi proponiamo di sottoporre l'iniziativa al voto del popolo e dei Cantoni, raccomandando loro di respingerla.

È allegato il disegno del corrispondente decreto.

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

14 giugno 1999

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Ruth Dreifuss
Il cancelliere della Confederazione, François Couchepin

Compendio

L'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» vuole aggiungere un terzo capoverso all'attuale articolo 34^{bis} della Costituzione federale. Questo capoverso stabilirebbe il diritto dei pazienti di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera e prevederebbe l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria o dell'assicurazione infortuni.

Già attualmente, la libertà di scelta degli assicurati è garantita sia nel campo dell'assicurazione malattie, sia in quello dell'assicurazione infortuni, benché con determinate limitazioni. È evidente che la libertà di scelta può avere senso soltanto se le persone e le istituzioni interessate dispongono di qualifiche specifiche. A queste ultime si aggiungono, nel caso dell'assicurazione contro gli infortuni, determinate esigenze organizzative poste ai fornitori di prestazioni, che però, in pratica, concernono poco gli assicurati. Nell'assicurazione contro le malattie, per contro, la libertà di scelta dei pazienti si limita agli ospedali autorizzati. Questo significa che un ospedale deve essere incluso nella pianificazione stabilita da un Cantone o in comune da parecchi Cantoni; gli istituti privati devono essere presi adeguatamente in considerazione. L'iniziativa «per la libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» esige invece una libertà totale nella scelta dell'istituto ospedaliero. L'accettazione di questa iniziativa renderebbe caduco l'obbligo di pianificazione imposto ai Cantoni. Scomparirebbe così uno dei punti essenziali della revisione totale della legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMal; RS 832.10) secondo il messaggio del 6 novembre 1991 (FF 1992 I 65), vale a dire lo strumento di contenimento dei costi.

La possibilità di scelta degli assicurati dipende strettamente dalla misura in cui un trattamento è preso a carico dall'assicurazione. Gli autori dell'iniziativa domandano segnatamente che l'assicurazione obbligatoria contribuisca anche ai costi dei trattamenti ospedalieri fuori Cantone e nelle cliniche private. Dopo l'introduzione della LAMal, si sono constatate talune incertezze per quanto concerne l'assunzione dei costi dell'assicurazione malattie obbligatoria. In una decisione della fine del 1997, il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che, nell'ambito dell'assicurazione di base obbligatoria, l'obbligo di contribuzione da parte del Cantone di residenza e da parte dell'assicuratore alle spese occasionate da una ospedalizzazione fuori Cantone dovuta a ragioni mediche è mantenuto, qualunque sia il reparto dell'ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico nel quale si verifica la degenza. In tal modo, la richiesta dell'iniziativa è dunque già soddisfatta in ampia misura. Per quanto concerne i trattamenti a carico dell'assicurazione contro gli infortuni, i contributi corrispondenti vengono comunque già versati.

Non vi è invece alcun obbligo di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie se le cure sono prodigate in un ospedale che non figura nella pianificazione stabilita da uno o più Cantoni; affinché dette spese siano coperte, è indispensabile la conclusione di un'assicurazione complementare. Se l'iniziativa fosse accettata, si assisterebbe al trasferimento di oneri finanziari dalle assicurazioni com-

plementari all'assicurazione di base. Siccome la pianificazione ospedaliera, strumento d'importanza fondamentale per il contenimento dei costi, non esplicherebbe più i suoi effetti, l'assicurazione contro le malattie dovrebbe far fronte a oneri supplementari che si tradurrebbero in un aumento corrispondente dei premi. Non è attualmente possibile prevedere l'incidenza di questa evoluzione sui costi o sui premi. Per questa ragione il Consiglio federale propone il rigetto dell'iniziativa.

Messaggio

1 Parte generale

11 Aspetti formali

111 Testo dell'iniziativa

Il 23 giugno 1997, il comitato d'iniziativa della comunità di interessi «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» ha depositato l'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero». L'iniziativa riveste la forma di progetto già elaborato e ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è completata come segue:

Art. 34^{bis} cpv. 3 (nuovo)

³ Nel settore malattie e infortuni, le assicurazioni obbligatorie di base conferiscono ai pazienti, in tutta la Svizzera, il diritto:

- a. alla libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero;
- b. alla copertura delle spese.

112 Riuscita

Con decisione del 15 dicembre 1997, la Cancelleria federale ha constatato che l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», depositata il 23 giugno 1997, aveva raccolto 134 015 firme valide e che era quindi formalmente riuscita (FF 1997 IV 1297).

113 Termine di trattazione

Secondo l'articolo 29 capoverso 1 della legge sui rapporti fra i Consigli (LRC; RS 171.11)¹, il nostro Collegio deve sottoporre un messaggio all'Assemblea federale entro un termine di due anni dopo il deposito dell'iniziativa. Questo termine è prorogato a 30 mesi se sottoponiamo all'Assemblea federale un controprogetto o un atto legislativo in stretto rapporto con l'iniziativa popolare (art. 29 cpv. 2 LRC).

L'Assemblea federale decide, entro un termine di quattro anni a contare dal giorno in cui l'iniziativa è stata depositata, se l'approva o no (art. 27 cpv. 1 LRC), quando quest'ultima domanda una revisione parziale della Costituzione federale (Cost.; RS 101) ed è presentata in forma di progetto già elaborato. L'Assemblea federale può prorogare questo termine di un anno, se almeno uno dei Consigli ha preso una decisione su un controprogetto o su un atto legislativo in stretto rapporto con l'iniziativa popolare (art. 27 cpv. 5^{bis} LRC).

¹ Con la modifica del 21 giugno 1996 della LRC (RU 1997 753), questo termine è stato ridotto a un anno. Tuttavia, per l'esame della presente iniziativa, rimane determinante il termine secondo il disciplinamento previgente (cfr. RU 1997 700)

Il nostro Collegio deve presentare il messaggio alle vostre Camere entro la fine del mese di giugno 1999.

114 Riperussioni della nuova Costituzione federale del 18 aprile 1999

In seguito all'accettazione della nuova Costituzione federale del 18 aprile 1999, il testo dell'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» non potrà più recare la numerazione esistente finora (34^{bis} cpv. 3), bensì dovrà essere inserito nell'articolo 117 capoverso 3 della nuova Costituzione federale. Per contro, il *testo* dell'iniziativa popolare non necessita *in casu* di alcun adeguamento redazionale (possibile di massima secondo quanto imposto dal numero III della nuova Costituzione federale).

12 Validità

121 Unità della forma e della materia

Secondo l'articolo 121 capoverso 4 Cost., l'iniziativa può rivestire la forma di una proposta generale o quella di un progetto già elaborato. Le forme miste sono inammissibili (art. 75 cpv. 3 della legge federale sui diritti politici, [LDP]; RS 161.1). Nel caso presente, l'unità della forma è rispettata poiché l'iniziativa riveste la forma di un progetto già elaborato.

L'articolo 121 capoverso 3 Cost. definisce il requisito dell'unità della materia: un'iniziativa che domanda una revisione parziale della Costituzione federale può avere per oggetto soltanto una sola materia. L'unità della materia è preservata se le singole parti dell'iniziativa sono intrinsecamente connesse (art. 75 cpv. 2 LDP).

La presente iniziativa ha per oggetto un nuovo disciplinamento relativo alla scelta del fornitore di prestazioni nell'ambito dell'assicurazione malattie di base obbligatoria, rispettivamente infortuni, nonché l'assunzione dei costi che ne risultano. L'unità della materia è dunque manifestamente data.

122 Attuabilità

La presente iniziativa popolare vuole introdurre il diritto dei pazienti di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera, con copertura integrale dei costi. Questo diritto deve applicarsi alle assicurazioni obbligatorie di base nei campi dell'assicurazione malattie e dell'assicurazione infortuni.

L'inattuabilità di fatto evidente della richiesta formulata in un'iniziativa costituisce l'unico limite materiale non scritto a una revisione costituzionale; né la Costituzione federale, né una legge federale riconoscono nell'inattuabilità di un'iniziativa un motivo di nullità. Tuttavia, la prassi e la dottrina sono d'accordo nell'affermare che i compiti non eseguibili non rientrano nel campo di attività dello Stato, ragione per cui sarebbe ragionevolmente superfluo indire una votazione popolare. Tuttavia, la prassi costante vuole che soltanto le iniziative indubbiamente e di fatto inattuabili siano sottratte al verdetto popolare. L'impossibilità di attuare la richiesta di

un'iniziativa dal punto di vista giuridico o in seguito a difficoltà pratiche non è sufficiente per dichiararla nulla a causa dell'inattuabilità.

La presente iniziativa popolare non presenta un motivo di impedimento di questo genere poiché si limita a introdurre nuove prescrizioni di applicazione dell'assicurazione malattie e dell'assicurazione infortuni obbligatorie.

2 Parte speciale

21 L'iniziativa in rapporto al disciplinamento attuale

211 Scopi dell'iniziativa

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» si prefigge di completare l'articolo 43^{bis} Cost. con un capoverso 3, inteso a introdurre per tutti i pazienti il diritto – abbinato alla copertura dei costi – di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera. Questo diritto di libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero deve poter essere esercitato sia nel campo dell'assicurazione malattie obbligatoria (copertura degli infortuni inclusa), sia in quello dell'assicurazione infortuni obbligatoria. In tal modo, qualsiasi limitazione della scelta del fornitore di prestazioni vincolata a determinate condizioni diverrebbe impossibile e gli assicurati avrebbero la garanzia di vedersi rimborsare le spese di cura nell'ambito dell'assicurazione di base, indipendentemente dal fornitore di prestazioni prescelto.

I motivi dell'iniziativa sono probabilmente due. Il primo riguarda la procedura cantonale di accettazione dei costi, che si applica attualmente in caso di cura fuori del Cantone di residenza. Il secondo motivo concerne la lotta delle cliniche private per figurare sulla lista cantonale degli istituti ospedalieri ammessi. Avanzando l'argomento della libera concorrenza, l'iniziativa intende, da una parte, eliminare un'eventuale discriminazione delle cliniche private. D'altra parte, essa esige altresì che l'assicurazione contro le malattie assuma, per ogni caso di malattia, l'importo di base dei costi di cura corrispondente alla copertura delle prestazioni regolamentari, anche se la persona assicurata ha concluso un'assicurazione complementare e si fa curare in un istituto ospedaliero privato.

212 Confronto con il diritto federale vigente

212.1 Confronto con l'articolo costituzionale vigente

Nel suo tenore attuale (cfr. n. 111), l'articolo 34^{bis} Cost. conferisce alla Confederazione la competenza e il mandato di legiferare in materia di assicurazione sociale malattie e infortuni, nel senso che il legislatore federale deve avere la facoltà di dichiarare obbligatoria l'assicurazione per tutta la popolazione o per determinate categorie. L'assicurazione infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori occupati in Svizzera dall'entrata in vigore della legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20) nel 1984. In occasione della revisione totale dell'assicurazione malattie nel 1994, il legislatore ha fatto uso di siffatta facoltà anche per l'assicurazione malattie; da allora, tutte le persone domiciliate in Svizzera sono obbligatoriamente assicurate contro le malattie. A prescindere dalla relazione organica con le casse malati esistenti, la Costituzione lascia al legislatore un ampio margine di manovra per la

strutturazione dell'assicurazione malattie e infortuni. La disposizione costituzionale attualmente in vigore è compatibile sia con il sistema attuale ospedaliero, che – fatte salve determinate condizioni per l'assunzione totale dei costi da parte dell'assicurazione malattie e infortuni – garantisce la libertà di scelta del medico e dell'istituto, sia per esempio con un sistema che proponga la libertà totale di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero e che preveda un importo di base per la partecipazione dell'assicurazione malattie e infortuni alle spese di cura complessive. Il testo in vigore permetterebbe dunque di realizzare gli obiettivi dell'iniziativa per il tramite di un opportuno adeguamento della legislazione.

212.2 Confronto a livello di legge

Le assicurazioni sociali malattie e infortuni sono rette rispettivamente dalla legge federale sull'assicurazione contro le malattie e dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni. Occorre dunque confrontare le disposizioni dell'iniziativa con quelle di questi due testi.

L'iniziativa domanda che le assicurazioni obbligatorie di base offrano la libertà di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero con copertura dei costi in tutta la Svizzera. La legislazione vigente risponde di massima a questa esigenza, nel senso che la libertà di scelta del fornitore di prestazioni e la copertura dei costi figurano nell'articolo 41 capoversi 1-4 LAMal, per l'assicurazione contro le malattie, e negli articoli 10 capoverso 2 LAINF e 15 seguenti dell'ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (OLAINF; RS 832.202) per l'assicurazione contro gli infortuni.

Articolo 3 lettera a Cost. Libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero

Nel campo dell'assicurazione malattie, la libertà di scegliere il fornitore di prestazioni è di massima garantita (art. 41 cpv. 1 primo periodo LAMal). Questo diritto non è tuttavia illimitato. Così, i fornitori di prestazioni devono essere idonei per la cura della malattia ed essere autorizzati. Questo significa che in campo ambulatorio devono essere titolari dei certificati di capacità previsti dalla legge (art. 36-38 LAMal) e che in campo ospedaliero devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del personale specializzato necessario e delle installazioni mediche appropriate (art. 39 cpv. 1 lett. a-c LAMal). Inoltre gli ospedali e gli altri istituti di cure ospedaliere devono essere autorizzati a dispensare cure ospedaliere di malattie o a eseguire, in ambiente ospedaliero, provvedimenti medici di riabilitazione conformemente a una pianificazione stabilita da un Cantone o da più Cantoni insieme per coprire il fabbisogno ospedaliero, tenendo adeguatamente conto di enti privati (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Devono inoltre figurare sull'elenco cantonale che classifica le diverse categorie di stabilimenti in funzione dei loro mandati (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal). In diversi casi di ricorso, abbiamo deciso, interpretando la vigente legge sull'assicurazione contro le malattie, che i reparti privati e semiprivati degli ospedali pubblici e privati non devono essere gestiti secondo il fabbisogno, bensì devono poter essere aperti alla concorrenza. Qualora una clinica soddisfi le condizioni personali e materiali (art. 39 cpv. 1 lett. a-c LAMal) e presenti una domanda in tal senso, può essere ripresa nell'elenco del Cantone in cui si trova. Riguardo a questi reparti privati e semiprivati esiste già attualmente in questo contesto libertà di scelta dell'ospedale.

Il testo dell'iniziativa non sottopone ad alcuna condizione l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero, che diverrebbe quindi illimitato. In un articolo pubblicato nella rivista medica svizzera («Schweizerische Ärztezeitung»), un membro del comitato d'iniziativa (composto di rappresentanti degli istituti ospedalieri privati e di medici che dispongono di reparti di camere private d'ospedale), sostiene che gli ospedali privati sarebbero discriminati all'atto dell'allestimento della pianificazione ospedaliera o di elenchi di ospedali da parte dei Cantoni poiché sarebbe nell'interesse di questi ultimi prendere anzitutto in considerazione istituzioni sostenute dall'ente pubblico (Dott. M. Ganz: Eidgenössische Volksinitiative «für eine freie Arzt-und Spitalwahl» in Schweizerische Ärztezeitung, n. 10 1997, pag. 331). Se ne deduce che l'obiettivo fondamentale della rivendicazione della libera scelta dell'istituto ospedaliero sarebbe di migliorare la situazione degli istituti ospedalieri privati. Accordare la libertà di scelta dell'istituto ospedaliero, indipendentemente dal fatto che tale istituto sia o no considerato necessario nel quadro della pianificazione del servizio ospedaliero a favore degli assicurati, renderebbe inutile la pianificazione ospedaliera iscritta nella LAMal. L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» è quindi in contraddizione con la legge attuale su un punto essenziale che era stato considerato un progresso importante all'atto della revisione totale dell'assicurazione contro le malattie nel 1994.

Per quanto riguarda l'importanza del concetto di «libera scelta del medico», il testo dell'iniziativa non fornisce alcun elemento di interpretazione. Da opuscolo un opuscolo dell'Associazione delle cliniche private del Cantone di Zurigo, si può concludere che si tratta del trattamento medico nel caso di degenza in un istituto ospedaliero privato o in un reparto (semi)privato. La libertà di scelta del medico così concepita non è conforme allo spirito della legge secondo il quale la scelta dell'ospedale fornitore di prestazioni nell'ambito dell'assicurazione di base (alla quale si riferisce l'iniziativa) include pure le prestazioni mediche fornite dall'istituto ospedaliero. La scelta del medico curante in seno all'ospedale non fa parte del catalogo delle prestazioni della LAMal. Se l'iniziativa fosse accettata, la legge dovrebbe essere modificata di conseguenza.

Come l'assicurazione malattie, anche l'assicurazione infortuni riconosce di massima la libertà di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero (art. 10 cpv. 2 LAINF). Anche in questo campo la libertà di scelta non è totale poiché dipende dalle qualifiche delle persone e delle istituzioni interessate. I fornitori di prestazioni che possono essere scelti liberamente devono essere idonei e autorizzati a prodigare cure (art. 53 LAINF in relazione con l'art. 68 OLAINF). Devono inoltre adempiere le seguenti esigenze: in campo ambulatorio, conformemente all'articolo 56 capoverso 1 LAINF, l'assicuratore contro gli infortuni può affidare la cura degli assicurati a medici che hanno aderito alle convenzioni concluse tra le organizzazioni di medici e gli assicuratori contro gli infortuni. Siccome praticamente tutti i medici hanno aderito a queste convenzioni, questa limitazione della libertà di scelta non svolge alcun ruolo. Secondo l'articolo 15 capoverso 1 OLAINF, in ambito ospedaliero l'assicurato ha diritto alle cure, al vitto e all'alloggio nel reparto comune di un istituto ospedaliero con il quale è stata conclusa una convenzione sulla collaborazione e le tariffe. Questo disciplinamento si applica indipendentemente dal luogo di residenza dell'assicurato, che quindi può farsi curare negli istituti ospedalieri convenzionati di tutta la Svizzera. Attualmente, gli assicuratori infortuni hanno concluso convenzioni sulla collaborazione e le tariffe in tutto il Paese. Non sono vincolati agli elenchi di ospedali allestiti secondo la LAMal e prendono regolarmente in considerazione ospedali pubblici, sussidiati e privati. Per questa ragione, l'esigenza di una convenzione ta-

riffaria e di collaborazione non limita di fatto la libertà di scelta dell'istituto ospedaliero. Quando l'assicurato non entra nel reparto comune bensì in un altro reparto oppure entra in un istituto ospedaliero con il quale non vi è alcuna convenzione, l'assicurazione assume le spese che avrebbe dovuto rimborsare per la cura nel reparto comune o nell'istituto ospedaliero appropriato più vicino. La persona assicurata può dunque farsi curare in tutta la Svizzera e anche negli ospedali che non hanno concluso alcuna convenzione con gli assicuratori contro gli infortuni.

La libera scelta del medico o dell'istituto ospedaliero nel senso descritto qui sopra è limitata dal principio dell'idoneità della cura secondo l'articolo 48 LAINF e da quello dall'economicità del trattamento secondo l'articolo 54 LAINF. Inoltre, in virtù dell'articolo 55 LAINF, a determinate condizioni gli assicuratori possono negare a un medico o a un ospedale di prodigare cure ai loro assicurati. Queste limitazioni della libertà di scelta dell'ospedale devono fra l'altro essere interpretate dal profilo del principio delle prestazioni in natura, determinante nella LAINF (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: giurisprudenza e prassi amministrativa dell'assicurazione malattie e dell'assicurazione infortuni (GAMI 1995 U 227 pag. 190). L'assicuratore può così esercitare una certa influenza sul genere e il modo della cura.

In conclusione, si constata che la libera scelta del fornitore di prestazioni nell'ambito dell'assicurazione infortuni obbligatoria è garantita, fatte salve talune limitazioni. In particolare non vi è alcuna limitazione regionale di questa libertà di scelta. Per il resto, queste restrizioni non hanno pressoché ripercussioni pratiche per gli assicurati.

Capoverso 3 lettera b Cost. Copertura dei costi

Siccome la libertà di scegliere il fornitore di prestazioni da parte dell'assicurato dipende concretamente dalla misura in cui l'assicuratore assume i costi, l'iniziativa domanda pure che l'assicurazione di base assuma i costi in tutta la Svizzera.

L'assicurazione malattie obbligatoria disciplina l'assunzione dei costi nel medesimo articolo di legge in cui disciplina la libertà di scelta degli assicurati. Secondo l'articolo 41 capoverso 1 LAMal, gli assicuratori devono però di massima assumere i costi soltanto fino a concorrenza della tariffa applicabile nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato (in caso di cura ambulatoriale) o nel Cantone in cui risiede l'assicurato (in caso di cura ospedaliera o semiospedaliera). Se, a prescindere da motivi di ordine medico (art. 41 cpv. 2 LAMal), l'assicurato esercita il proprio diritto di libera scelta senza tener conto di questi limiti, deve assumere la differenza dei costi tra la tariffa nel luogo di cura e la tariffa nel luogo di residenza o di lavoro, rispettivamente nel Cantone di residenza.

Contrariamente all'attuale LAMal, il testo dell'iniziativa non fa alcuna distinzione tra cura ambulatoriale e ospedaliera per quanto concerne l'assunzione dei costi. Gli autori dell'iniziativa non spiegano in particolare cosa intendono per assunzione dei costi in tutta la Svizzera da parte dell'assicurazione di base nel settore ambulatorio. Se con questo intendono il pagamento in tutta la Svizzera delle prestazioni dell'assicurazione di base in ossequio al regime tariffale attualmente in vigore, non vi è alcuna differenza rispetto al disciplinamento attuale. Diversamente, il testo dell'iniziativa non sarebbe chiaro sulla maniera di strutturare la legislazione applicabile al settore ambulatorio. I documenti che accompagnano l'iniziativa sono invece espliciti sulla maniera di intendere l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione di base nel settore ospedaliero. In un suo pieghevole, la comunità di interessi «Libera scelta

del medico e dell'istituto ospedaliero» chiede che in caso di malattia tutti gli assicurati – compresi quindi quelli a beneficio di un'assicurazione complementare – abbiano diritto a un importo minimo nell'ambito delle disposizioni legali dell'assicurazione di base obbligatoria. Siccome in campo ambulatorio tale esigenza è già soddisfatta dalla legislazione attuale, può riferirsi soltanto al settore ospedaliero. Gli autori della pubblicazione domandano segnatamente che tutti i pazienti beneficino della copertura dei costi per le prestazioni dell'assicurazione di base obbligatoria, particolarmente in caso di degenze in istituti ospedalieri privati o in istituti fuori Cantone. In un prospetto l'Associazione delle cliniche private del Cantone di Zurigo sottolinea che in tal modo si eliminerebbe l'incertezza del diritto in materia di assunzione dei costi per i pazienti assicurati nel reparto privato o semiprivato.

Come ricordato più sopra, la LAMal offre già attualmente una grande libertà di scelta agli assicurati. Quest'ultima si limita ai fornitori di prestazioni idonei e autorizzati a trattare la malattia in questione secondo le norme dell'assicurazione malattie. Per il settore ospedaliero questo significa che gli assicurati possono scegliere fornitori di prestazioni che non figurano sull'elenco del loro Cantone di residenza. Sono dunque liberi di farsi curare in un ospedale che non figura sull'elenco del loro Cantone di residenza, ma iscritto su quello del Cantone in cui si recano. Sono parimenti liberi di farsi curare da qualsiasi medico autorizzato. Invece, in caso di trattamento ambulatoriale, l'assicuratore è tenuto ad assumere i costi del trattamento soltanto fino a concorrenza della tariffa applicabile nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato e, in caso di cura ospedaliera, fino a concorrenza della tariffa applicabile nel Cantone di residenza dell'assicurato. Fanno eccezione motivi medici particolari per i quali non si applicano le restrizioni territoriali. Se tutte queste restrizioni o condizioni fossero soppresse e si imponesse parallelamente l'assunzione totale dei costi da parte dell'assicurazione malattia, la quota dell'assicurazione malattie al finanziamento dei costi ospedalieri raddoppierebbe, con corrispondenti ripercussioni sui premi.

La legislazione attuale prevede dunque già un obbligo di prestazione dell'assicurazione malattie per le cure mediche negli istituti ospedalieri fuori Cantone, se le cure sono effettuate in un ospedale che figura sull'elenco degli ospedali. L'istituzione di un contributo di base a carico dell'assicurazione malattia – domandata dall'iniziativa a titolo di partecipazione alle spese di cura in tutti gli ospedali della Svizzera – va ben oltre le intenzioni del legislatore all'atto dell'adozione della legge. Gli argomenti che l'hanno indotto a emanare le disposizioni corrispondenti sono enumerati nel nostro messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65): fatti salvi i motivi di ordine medico e i casi in cui la prestazione necessaria non può essere effettuata da un ospedale figurante sull'elenco, la coordinazione deve essere migliorata limitando l'assunzione dei costi agli ospedali inclusi nella pianificazione, circostanza che contribuirà a lungo termine al contenimento dei costi e a una migliore utilizzazione delle risorse. Se la copertura delle prestazioni da parte dell'assicurazione di base fosse estesa a tutti gli ospedali svizzeri, si rinuncerebbe a lungo termine a questo potenziale di contenimento dei costi. Inoltre, la scomparsa pratica dell'importanza della pianificazione cantonale sopprimerebbe i meccanismi di controllo esistenti. Questo indurrebbe gli ospedali che funzionano al di sotto della loro capacità ad aumentare in modo difficilmente controllabile il volume delle prestazioni.

L'assicurazione infortuni obbligatoria è molto meno incentrata sui Cantoni o sul federalismo che non l'assicurazione malattie obbligatoria. Per questa ragione la

LAINF non reca alcun disciplinamento paragonabile a quello dell'assicurazione malattie. Anzi, l'articolo 70 capoverso 1 LAINF prescrive che le convenzioni tariffarie e di collaborazione tra gli assicuratori e i medici debbano essere concluse a livello svizzero.

Un solo campo, quello delle tariffe ospedaliere, dispone di modelli di indennizzo che operano una distinzione secondo il tipo di istituto ospedaliero nel quale l'assicurato è stato curato: ospedali pubblici, sussidiati dall'ente pubblico e privati. Inoltre, anche nell'ambito dei negoziati contrattuali tra gli assicuratori LAINF e gli ospedali, si distingue tra cura di pazienti del Cantone e cura di pazienti provenienti da fuori Cantone. Si tratta tuttavia di una discussione tra fornitori di prestazioni e assicuratori che non ha alcun effetto diretto sugli assicurati. Dal punto di vista di questi ultimi, i costi di cura sono assunti dagli assicuratori indipendentemente dal luogo o dal Cantone di residenza. Di norma non è prevista alcuna aliquota percentuale a carico dell'assicurato. Come menzionato più sopra, se si reca in un istituto ospedaliero che non ha concluso alcuna convenzione tariffaria e di collaborazione con gli assicuratori infortuni, l'assicurato si vedrà rimborsare i costi corrispondenti del reparto comune dell'ospedale convenzionato paragonabile più vicino, indipendentemente dal fatto che si faccia curare nel suo Cantone di residenza o no. L'assicurato dovrà poi pagare un'eventuale differenza sui costi effettivamente fatturati. Inoltre, l'assicurato può farsi curare nel reparto semiprivato o privato di un istituto ospedaliero senza perdere le prestazioni dell'assicurazione di base. Anche in questo caso la persona assicurata pagherà unicamente la differenza dei costi (art. 15 OAINF).

213 Paragone con il diritto cantonale

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» non riguarda il diritto cantonale. Occorre tuttavia partire dall'idea che in caso di effettiva soppressione di uno strumento di contenimento dei costi nell'assicurazione malattie, come la pianificazione ospedaliera, si registreranno costi supplementari, dovuti segnatamente a un'estensione prevedibile delle prestazioni che verranno trasferite ai premi (v. n. 231.2, 231.3 e 31). Può risulterne un accresciuto fabbisogno finanziario dei Cantoni se essi intendono realizzare i loro obiettivi sociopolitici di riduzione dei premi. A seconda del sistema di riduzione dei premi adottato da un Cantone potrebbero verificarsi ripercussioni indirette sulla legislazione cantonale. Da parte sua, l'assicurazione infortuni obbligatoria è sottoposta a un disciplinamento federale completo che non ammette disposizioni cantonali d'esecuzione.

22 Revisioni in corso

221 Compendio

Attualmente sono in corso revisioni soltanto nel campo dell'assicurazione malattie e non in quello dell'assicurazione infortuni. Si tratta della prima revisione parziale della LAMal avviata dal nostro Collegio. Il messaggio relativo alla prima tappa di questa revisione è stato adottato il 21 settembre 1998 (FF 1999 687). Questa prima tappa prevede misure di rafforzamento della solidarietà e strumenti di contenimento dei costi e non ha niente a che vedere con i problemi di libera scelta dell'istituto ospedaliero e di assunzione dei costi. Il disegno è attualmente discusso dalle vostre

Camere. L'entrata in vigore della modifica di legge è prevista per il 1° gennaio 2000.

Siccome la discussione sul finanziamento degli istituti ospedalieri continua, il 21 settembre 1998 abbiamo deciso di sottoporre a revisione anche il settore del finanziamento degli ospedali. Questa revisione esaminerà anche le questioni sollevate dall'iniziativa, relative alla scelta del fornitore di prestazioni e all'assunzione dei costi. La riforma del finanziamento degli ospedali costituisce la seconda tappa della prima revisione parziale della LAMal. La nostra proposta al riguardo è stata posta in procedura di consultazione dall'8 marzo al 23 aprile 1999.

È pure pendente l'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» che chiede la modifica dell'articolo 34^{bis} capoverso 2 Cost. (art. 117 cpv. 2 nuova Cost.) per limitare il carattere obbligatorio dell'assicurazione al campo ospedaliero e imporre agli assicuratori malattie il versamento di un contributo di 250 franchi per giorno d'ospedalizzazione nel reparto comune di un ospedale. Inoltre, le disposizioni transitorie della Costituzione dovrebbero essere completate.

222 Revisione parziale della LAMal in materia di finanziamento degli ospedali

In due sentenze di principio il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha deciso nel dicembre 1997 che vi è obbligo di contribuzione del Cantone in caso di ospedalizzazione fuori Cantone, indipendentemente dalla natura del reparto di un istituto ospedaliero pubblico o sussidiato (DTF 123 V 290 segg., 310 segg.). Il TFA è partito dall'idea che, in caso di degenza nel reparto privato o semiprivato dell'ospedale di cui trattasi, devono essere rimborsati i costi corrispondenti alle tasse del reparto comune come se l'assicurato vi fosse stato degente. Se un ospedale non ha un reparto comune, sono applicabili le tariffe di riferimento. Siccome l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie non dipende dall'effettiva degenza dell'assicurato nel reparto comune, non vi sarebbe alcuna ragione di rifiutare la prestazione equivalente del Cantone nelle stesse circostanze. Oltre che sulle fonti materiali che non forniscono altre indicazioni e sull'assenza di definizione di reparto comune all'articolo 41 capoverso 3 LAMal, il TFA si è basato anzitutto sullo scopo di questa disposizione: la compensazione degli oneri e il rafforzamento della coordinazione tra i Cantoni. Occorre in effetti una compensazione tra i (piccoli) Cantoni che, per motivi di politica sanitaria, non propongono determinate prestazioni ospedaliere e i Cantoni che dispongono di un'offerta ospedaliera completa finanziata dalle imposte dei loro abitanti. Nel contempo, il TFA ha altresì deciso che questa disposizione non era applicabile agli istituti ospedalieri non sussidiati poiché, secondo il tenore perfettamente chiaro della legge, l'obbligo di compensazione del Cantone di residenza sussiste soltanto a favore degli istituti ospedalieri pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, mentre nel caso degli istituti ospedalieri non sussidiati le tariffe applicate ai pazienti provenienti da fuori Cantone sono generalmente le stesse di quelle applicate ai pazienti del Cantone. Dato che i costi fatturati devono corrispondere alle tariffe dell'ospedale interessato, la questione di una compensazione non può neppure porsi. Il TFA non ha invece esaminato se i Cantoni debbano parimenti contribuire all'interno del Cantone alle spese di ospedalizzazione degli assicurati degenti in reparti privati o semiprivati di ospedali pubblici o sussidiati.

Di fatto è stata ratificata una convenzione tra i Cantoni e gli assicuratori malattie in vista di disciplinare la questione del finanziamento dei trattamenti ospedalieri fuori Cantone per gli assicurati del reparto privato o semiprivato. Questa convenzione è valida fino al 31 dicembre 2000 e può essere prorogata di un anno. Quale alternativa a un altro disciplinamento puntuale, nell'ambito della seconda tappa della prima revisione parziale della LAMal si propone un disciplinamento definitivo che tenga possibilmente conto della questione ancora aperta degli assicurati in reparti privati o semiprivati all'interno del Cantone di residenza. Esiste una stretta relazione tra il finanziamento degli ospedali e le richieste dell'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», ossia l'introduzione del diritto di libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero e la copertura dei costi dell'assicurazione di base in tutta la Svizzera in ambito di assicurazione malattie e di assicurazione infortuni. Le esigenze dell'iniziativa saranno dunque pure esaminate in sede di revisione parziale della LAMal.

223 Relazione con l'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi»

L'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» del comitato d'iniziativa della Denner SA è stata depositata alla Cancelleria federale il 10 settembre 1998. La riuscita dell'iniziativa è stata constatata con decisione della Cancelleria federale del 14 ottobre 1998 (FF 1998 V 3930).

La nostra proposta di revisione parziale nel campo del finanziamento degli ospedali verte parimenti sulle questioni sollevate dall'iniziativa «per la libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» relative agli elenchi di ospedali, all'obbligo di contribuzione dell'assicurazione malattie ai costi di cura degli assicurati che beneficiano di un'assicurazione complementare, nonché all'integrazione degli istituti ospedalieri privati nel regime di finanziamento, mentre l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» esige – oltre alla soppressione dell'obbligo di assicurarsi per le cure ambulatorie – la limitazione del contributo dell'assicurazione malattia ai costi delle cure ospedaliere.

Oltre alla limitazione del carattere obbligatorio dell'assicurazione malattia al campo ospedaliero, l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» domanda il pagamento, da parte dell'assicurazione malattie, di un contributo di 250 franchi per giorno di ospedalizzazione per una degenza nel reparto comune di un istituto ospedaliero. Se, per ragioni mediche, un assicurato deve essere curato fuori del Cantone di residenza, il Cantone di residenza riceve il contributo di 250 franchi dall'assicuratore e rimane libero di concludere un altro accordo con l'ospedale o con l'altro Cantone. Inoltre, le disposizioni transitorie della Costituzione federale dovrebbero essere completate nel senso che qualsiasi disposizione legale o di ordinanza contraria alla disposizione costituzionale richiesta dall'iniziativa sarebbe abrogata. Questo significa che, se l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» fosse accettata, le eventuali modifiche decise in precedenza nell'ambito della seconda tappa della prima revisione parziale non potrebbero essere applicate se fossero in contraddizione con l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi». Questo riguarderebbe segnatamente l'articolo 25 LAMal, dal quale occorrerebbe sopprimere il concetto di reparto comune, l'articolo 41 LAMal che disciplina la scelta del fornitore di prestazioni e l'assunzione dei costi e l'articolo 49 LAMal che disciplina la remunerazione delle cure ospedaliere.

23 Valutazione dell'iniziativa

231 I singoli provvedimenti

231.1 Libera scelta del medico

L'assicurazione malattie garantisce la libera scelta del medico nell'articolo 41 capoverso 1 LAMal. La sola restrizione è che il medico scelto deve essere qualificato e autorizzato per la cura della malattia in questione. Anche l'assicurazione infortuni, come segnalato al numero 212.2, autorizza in pratica la libera scelta del medico: gli obiettivi perseguiti dall'iniziativa sono quindi già realizzati in ampia misura.

231.2 Libera scelta dell'istituto ospedaliero

Secondo l'articolo 41 capoverso 1 LAMal, l'assicurazione malattie lascia agli assicurati la libera scelta dei fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura. La libertà di scelta si applica dunque agli ospedali figuranti sugli elenchi. Gli istituti ospedalieri privati o i loro reparti privati devono essere presi in considerazione in modo adeguato nella pianificazione da parte dei Cantoni (art. 39 LAMal). In fin dei conti, scopo della pianificazione è il contenimento a medio e a lungo termine dei costi dell'assicurazione malattie mediante la riduzione dell'eccesso di capacità esistente, ciò che concerne sia gli ospedali pubblici, sia gli istituti privati.

Già nella prima fase di attuazione della LAMal, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, si sono manifestati determinati problemi di esecuzione. Le interpretazioni divergenti in materia di assunzione dei costi (in particolare in caso di ospedalizzazione fuori Cantone) e l'allestimento dell'elenco di ospedali che tale assunzione determina sono sfociati in un gran numero di ricorsi al nostro Collegio. La maggioranza dei ricorsi concerneva gli elenchi di ospedali e di case di cura allestiti dai Cantoni in virtù della loro competenza secondo l'articolo 39 LAMal. Nella nostra decisione del 21 ottobre 1998 relativa agli elenchi degli istituti ospedalieri del Cantone di Appenzello (GAMI 1998 AM 54), abbiamo stabilito che un Cantone può pianificare in funzione dei bisogni soltanto se conosce il flusso dei pazienti e se può coordinare le sue capacità con quelle dei Cantoni vicini. La suddivisione degli elenchi in categorie permette di prendere in considerazione le specialità mediche proposte. Il mandato di prestazioni permette segnatamente di descrivere i compiti di ogni ospedale nell'ambito della pianificazione cantonale. Ne deriva che tutte le capacità ospedaliere devono essere incluse nella pianificazione dei bisogni e che una differenziazione per reparti non è pertinente. In questo modo, si rafforza uno strumento di contenimento dei costi previsto dalla legge e si sottolinea inoltre che un Cantone può pianificare correttamente in funzione dei bisogni soltanto se conosce il flusso dei pazienti e se è in grado di coordinare le sue capacità con quelle dei Cantoni vicini.

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» domanda una completa libertà di scelta dell'istituto ospedaliero. L'accettazione dell'iniziativa renderebbe caduco l'obbligo di pianificazione dei Cantoni: la pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli ospedali non avrebbero più alcuna importanza e non potrebbero più svolgere un ruolo conduttore. Verrebbe così meno uno strumento di contenimento dei costi previsto nella LAMal, strumento che costituiva un punto essenziale della revisione totale proposta con il messaggio del 6 novembre 1991 (FF 1992 I 65). In caso di soppressione dell'obbligo di pianificazione in virtù del quale

le infrastrutture devono essere adeguate ai bisogni prevedibili, l'attuale indubbio eccesso di capacità nel settore ospedaliero verrebbe fortemente sollecitato, creando un bisogno artificiale di cure ospedaliere con notevoli ripercussioni sui costi. Occorre dunque respingere la soppressione dell'obbligo di pianificazione.

Come indicato nel numero 212.2, nell'ambito dell'assicurazione infortuni la libera scelta dell'istituto ospedaliero è in pratica garantita. Non si impone dunque alcuna modifica a mente degli obiettivi perseguiti dall'iniziativa.

231.3 Copertura dei costi

Secondo la legislazione in vigore, in caso di trattamenti ambulatoriali, l'assicuratore malattie assume i costi fino a concorrenza della tariffa applicabile nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato o nei dintorni, tranne in casi di urgenza o se le prestazioni necessarie non possono essere dispensate in loco (art. 41 cpv. 1 LAMal). In campo ambulatoriale si può tuttavia partire dall'idea che il ricorso a capacità fuori Cantone non si giustifica poiché l'offerta di prestazioni dei medici locali assicura la copertura dei bisogni medici della popolazione. Un'eventuale facoltà di scelta dell'assicurato deve dunque essere coperta con la conclusione di un'assicurazione complementare. In campo ospedaliero, la prestazione medica fa parte integrante del trattamento nell'ambito dell'assicurazione di base e i Cantoni sono responsabili e competenti per assicurare il servizio sanitario a favore della popolazione. Le cure mediche sono incluse quando i Cantoni incaricano reparti o istituti medici privati di fornire prestazioni per assicurare il servizio ospedaliero a favore della popolazione. L'eventuale libera scelta del medico da parte del paziente dipende in questo caso dal regolamento interno di ogni istituzione. Una possibilità più estesa di scelta del medico è coperta dall'assicurazione complementare.

L'importo di base dell'assicurazione malattie postulato dagli autori dell'iniziativa viene già versato attualmente. La limitazione dell'assunzione dei costi secondo la tariffa in vigore nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato si basa segnatamente sulla concezione federalista del nostro sistema sanitario. Il servizio sanitario, come le convenzioni sanitarie con la comunità medica, sono disciplinati a livello cantonale; sia la capillarità del servizio, sia le tariffe hanno un effetto sul livello cantonale dei costi, il quale, a sua volta, esercita un'influenza sui premi degli assicuratori malattia. Gli autori dell'iniziativa non si esprimono d'altronde esplicitamente sul settore ambulatoriale. Non si può inoltre dedurre dal testo dell'iniziativa se il diritto all'assunzione dei costi nell'ambito dell'assicurazione di base comporti eventualmente una rinuncia alla partecipazione ai costi da parte degli assicurati.

In caso di cure ospedaliere o semiospedaliere, conformemente all'articolo 41 capoverso 1 LAMal l'assicuratore malattie è tenuto ad assumere i costi soltanto fino a concorrenza della tariffa in vigore nel Cantone di residenza dell'assicurato. È fatto salvo il ricorso a un fornitore di prestazioni fuori Cantone in casi d'urgenza o se la prestazione medica necessaria non è proposta in un istituto che figura sull'elenco degli ospedali del Cantone di residenza (art. 41 cpv. 2 LAMal). Questa eccezione è motivata dalla concezione federalista già menzionata del nostro sistema sanitario. L'articolo 41 capoverso 3 LAMal disciplina l'assunzione delle differenze dei costi da parte del Cantone di residenza della persona assicurata.

Dall'entrata in vigore della LAMal, l'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal concernente il contributo del Cantone di residenza dell'assicurato in caso di

ospedalizzazione su indicazione medica all'esterno del Cantone è stata oggetto di contestazioni tra i Cantoni e gli assicuratori malattie. Era controverso se il Cantone dovesse versare il suo contributo al trattamento fuori Cantone, indipendentemente dal tipo di reparto in cui è eseguita la cura. Nelle decisioni di cui nel numero 222, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) si è pronunciato a favore dell'obbligo di contribuzione dei Cantoni in caso di degenza ospedaliera fuori Cantone, indipendentemente dal tipo di reparto di un ospedale pubblico o di un istituto ospedaliero sussidiato dall'ente pubblico.

Se si reca senza indicazione medica presso un fornitore di prestazioni autorizzato, ma non figurante sull'elenco del Cantone di domicilio, la persona assicurata beneficia già attualmente di una protezione tariffaria nel senso che il fornitore di prestazioni deve attenersi alla tariffa approvata o fissata (art. 46 cpv. 4, art. 47 cpv. 2 LAMal). In questo caso, l'assicurazione malattie assume soltanto la parte dei costi corrispondente alla tariffa degli istituti ospedalieri e degli istituti che prodigano cure semiospedaliere, figuranti sull'elenco del Cantone di residenza dell'assicurato.

La LAMal ha introdotto la pianificazione ospedaliera come compito cantonale. Poiché anche in base alla posizione del TFA il tipo di reparto (comune, semiprivato o privato) nella quale le cure sono state prodigate non svolge più alcun ruolo per l'assunzione dei costi, tutte le capacità ospedaliere devono essere integrate nella pianificazione dei bisogni, poiché una differenziazione secondo il reparto non è pertinente.

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» si limita all'aspetto allettante della libertà di scelta, ma, nelle sue pubblicazioni, affronta soltanto in modo assai vago l'aspetto dei costi che ne risultano. La tesi sviluppata dagli autori dell'iniziativa secondo la quale una maggiore concorrenza tra i fornitori di prestazioni pubblici e privati comporterebbe un contenimento dei costi non può essere condivisa. Da una parte, l'esigenza dei pazienti di copertura dei costi ha per conseguenza che l'assicuratore malattie dovrebbe indennizzare le prestazioni di tutti i medici e di tutti gli istituti ospedalieri. Una vera concorrenza presupporrebbe nondimeno la liberà contrattuale dell'assicuratore nei confronti dei fornitori di prestazioni. D'altra parte, le condizioni necessarie a una vera concorrenza non sono adempiute nel campo ospedaliero poiché un'offerta eccedentaria non porta direttamente a una diminuzione dei prezzi, in quanto questi ultimi sono generalmente convenuti nell'ambito di negoziati. Occorre piuttosto ammettere che i costi globali aumentano a causa della relativa rigidità dei prezzi. D'altronde, anche in caso d'inasprimento della concorrenza tra gli ospedali pubblici e gli istituti privati, il settore ospedaliero rimane un «mercato» dominato dai fornitori, per il fatto che gli ospedali possono influenzare il comportamento dei pazienti grazie al ventaglio delle prestazioni offerte, ma più particolarmente tramite le condizioni poste all'équipe medica. Se l'iniziativa fosse accettata, bisognerebbe aspettarsi un rialzo considerevole dei costi dell'assicurazione malattie in seguito all'assenza di condizioni per una vera situazione di concorrenza, ma anche a causa della soppressione dei meccanismi di controllo e della possibilità per gli ospedali di influenzare maggiormente il mercato. L'iniziativa va quindi respinta.

Il principio delle prestazioni in natura in vigore nell'ambito dell'assicurazione infortuni, secondo il quale gli assicuratori infortuni sono i debitori del fornitore di prestazioni per le spese di guarigione, garantisce la copertura dei costi. Spese supplementari possono essere fatturate all'assicurato soltanto se quest'ultimo si fa curare da un medico che non ha concluso alcuna convenzione con gli assicuratori LAINF

oppure se si reca in un istituto ospedaliero non convenzionato o nel reparto privato o semiprivato di un ospedale. Anche in questo caso però l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire le prestazioni dell'assicurazione di base. Nell'ambito dell'assicurazione infortuni, l'esigenza della libertà di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero unitamente alla copertura dei costi richiesta dall'iniziativa è già soddisfatta attualmente.

232 Adozione delle disposizioni d'esecuzione

La revisione parziale della LAMal nel campo del finanziamento degli ospedali ottempererà a due esigenze delle iniziative precitate, ovvero la libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero in ambito di assicurazione malattie e il versamento di un contributo di base per tutte le cure ospedaliere, a condizione tuttavia che esse siano effettuate in un istituto ospedaliero figurante sull'elenco degli ospedali del Cantone di residenza.

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» è in contraddizione con la legislazione in vigore per il fatto che aspira alla remunerazione delle prestazioni di tutti gli istituti ospedalieri svizzeri e non soltanto di quelli che corrispondono alla pianificazione. In caso di accettazione dell'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», l'articolo 39 LAMal dovrebbe essere modificato in questo senso. Inoltre, il concetto di istituto ospedaliero «autorizzato» che figura nel primo periodo dell'articolo 41 capoverso 1 non sarebbe più chiaro.

Se l'iniziativa Denner «per costi ospedalieri più bassi» fosse parimenti accettata, gli articoli relativi segnatamente alla pianificazione (art. 39 LAMal), all'assunzione dei costi (art. 41 LAMal) e alla determinazione delle tariffe (art. 49 LAMal) dovrebbero essere modificati nel senso dell'iniziativa a causa delle disposizioni transitorie della Costituzione (art. 24). Inoltre, il reparto comune dovrebbe figurare come prestazione dell'assicurazione di base.

3 Ripercussioni dell'iniziativa

31 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

311 Compendio

Nel 1997, il contributo dell'assicurazione malattie obbligatoria al finanziamento delle prestazioni fornite dagli ospedali ammontava a 3,8 miliardi di franchi, quello delle assicurazioni complementari è stato valutato a 3,1 miliardi di franchi; lo Stato (Cantoni, Comuni) ha versato alla gestione degli ospedali circa 4,3 miliardi di franchi.

Sembra che gli sforzi intrapresi negli ultimi anni per contenere i costi nel settore ospedaliero comincino a dare risultati. Le spese dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il settore ospedaliero hanno registrato nel 1994/95 un aumento superiore alla media. Negli anni seguenti, l'incremento dei costi in tale ambito è stato nettamente inferiore (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Statistik über die Krankenversicherung, Berna, 1997). Dopo il 1995, il numero delle ospedalizzazioni e dei giorni di degenza a carico di tale assicurazione ha persino registrato

un calo. Tutti questi indicatori dimostrano gli sforzi volti a limitare la fornitura di prestazioni ospedaliere. Secondo le statistiche delle finanze pubbliche, tra il 1994 e il 1997, il contributo dei Cantoni al finanziamento degli ospedali è rimasto più o meno stabile (ad eccezione del 1995, anno in cui si è registrata una diminuzione dei sussidi cantonali); non si può quindi parlare di un trasferimento dell'onere finanziario dall'assicurazione malattie ai Cantoni. Nel 1996 e 1997, è invece aumentato il contributo dei Comuni. Va peraltro ricordato che le prestazioni fornite nell'ambito ospedaliero sono state parzialmente trasferite nel settore ambulatoriale degli ospedali e delle case di cura e che i costi, anche se meno elevati, figurano in queste rubriche.

L'assicurazione infortuni causa circa il 3,5 per cento dei costi del settore ospedaliero (Ufficio federale di statistica: *Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens*, Berna 1998). L'impatto dell'assicurazione infortuni sull'evoluzione dei costi e delle prestazioni nel settore ospedaliero è quindi minimo e non sarà quindi considerato separatamente nella parte rimanente del presente messaggio.

312 Ripercussioni sull'assicurazione malattie

Con la decisione del 16 dicembre 1997 nella causa Cantone di Svitto contro H. Versicherungen AG (già menzionata nel n. 222), il TFA ha eliminato le incertezze esistenti sin dall'introduzione della LAMal per quanto concerne l'obbligo dell'assicurazione malattie e dei Cantoni di versare sussidi per le cure ospedaliere degli assicurati. Il tribunale ha deciso che per l'assunzione dei costi da parte del Cantone di domicilio e dell'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non è importante sapere in quale reparto (comune, semiprivato o privato) è degente l'assicurato e se quest'ultimo possiede un'assicurazione ospedaliera complementare. Ciò significa in particolare che i costi di ospedalizzazione devono, per principio, essere assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie anche se l'assicurato è degente nel reparto semiprivato o privato. L'obbligo degli ospedali di distinguere chiaramente nelle fatture le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dalle altre prestazioni, sancito nell'articolo 59 capoverso 3 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), è volto a garantire che in caso di degenza in un reparto semiprivato o privato siano rimborsati solo i costi corrispondenti alle tariffe del reparto comune dell'ospedale in questione.

In diversi documenti pubblicati in occasione del lancio dell'iniziativa, i suoi promotori hanno indicato che in molti casi gli assicurati che dispongono di un'assicurazione complementare non ricevono contributi dall'assicurazione di base per i costi delle terapie. La decisione del TFA dovrebbe avere eliminato l'incertezza a tale proposito e reso non più attuale la richiesta di un «contributo di base» dell'assicurazione obbligatoria.

Visto che il contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è versato solo se l'ospedale in questione è autorizzato e idoneo alla cura della malattia in questione, la rivendicazione dell'iniziativa relativa all'assunzione dei costi in tutti gli ospedali della Svizzera resta insoddisfatta. Un'estensione dell'obbligo di versare contributi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie all'insieme delle cure prestate in tutti gli ospedali della Svizzera, indipendentemente dal fatto che siano inclusi in una pianificazione, comporterebbe che una parte di tali costi,

finanziati attualmente dalle assicurazioni complementari che garantiscono la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera, sarebbe trasferita all'assicurazione di base. I dati attualmente disponibili non permettono di stabilire quale quota dei circa 3 miliardi di franchi che le assicurazioni complementari versano agli ospedali andrebbe a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel caso in cui l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» fosse accettata in votazione.

Affinché un ospedale in quanto fornitore di prestazioni possa fatturare le sue prestazioni all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, deve soddisfare le esigenze poste agli stabilimenti di cura. La revisione totale dell'assicurazione malattie si prefiggeva essenzialmente di migliorare la trasparenza dell'offerta di prestazioni e di contenere i costi, introducendo il criterio in base al quale un ospedale deve corrispondere alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero approntata da uno o più Cantoni e figurare nell'elenco degli ospedali del Cantone articolato in categorie. Questa norma era stata adottata perché in quel periodo (eccetto il 1989) gli ospedali erano di norma i fornitori di prestazioni che causavano l'aumento dei costi più elevato (FF 1992 I 137).

L'aumento annuo delle spese dell'assicurazione malattie (assicurazione di base e assicurazione complementare) per la copertura dei costi delle cure ospedaliere di un assicurato tra il 1986 e il 1993 variava da un minimo di 5,2 per cento (1989) a un massimo di 14,3 per cento (1991). Va inoltre rilevato che l'aumento delle spese dell'assicurazione complementare era superiore a quello dell'assicurazione di base. Per quest'ultima i valori si situavano tra lo 0,5 (1989) e il 13,2 per cento (1991). L'aumento dei costi per assicurato espresso in franchi nell'assicurazione complementare era leggermente inferiore a quello nell'assicurazione di base.

Negli anni successivi all'entrata in vigore della LAMal, l'evoluzione dei costi nel settore ospedaliero è stata nettamente contenuta. Mentre i costi ospedalieri per assicurato erano ancora aumentati del 7,9 per cento nel 1995, nel 1996 sono diminuiti del 3,6 per cento. Il 1997 ha registrato soltanto un leggero aumento (0,3% ca.). Queste indicazioni statistiche permettono di concludere che i provvedimenti volti a contenere i costi nel settore ospedaliero esplicano gradualmente i loro effetti. Come illustrato nel numero 311, da ciò non si può dedurre che tutti i costi della salute, che non figurano più nei costi ospedalieri, siano stati effettivamente risparmiati, poiché sono stati in parte trasferiti nel settore delle cure ambulatoriali o delle case di cura. Tuttavia, questi due settori presentano costi meno elevati del settore ospedaliero.

Con la regolamentazione proposta dall'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», l'assicurazione malattie dovrebbe assumersi un onere finanziario supplementare poiché dovrebbe farsi carico di una parte delle spese di cura attualmente coperte dall'assicurazione complementare. Vista la mancanza di dati statistici, è per il momento impossibile valutare l'entità di questo trasferimento. D'altro canto, la pianificazione ospedaliera, importante strumento della LAMal volto a migliorare la trasparenza e a contenere i costi, perderebbe la sua efficacia. Il gruppo di lavoro interdipartimentale «Prospettive di finanziamento delle assicurazioni sociali (IDA FiSo) 2», che ha analizzato anche il settore del finanziamento e delle prestazioni dell'assicurazione malattie, è giunto alla conclusione, dopo una valutazione sommaria, che dal punto di vista statistico e per quanto la riduzione dell'eccesso di capacità esistente nel settore ospedaliero si ripercuota sui costi, le spese degli assicuratori malattie per il settore ospedaliero potrebbero registrare una diminuzione di circa il 10 per cento (Rapporto IDA FiSo 2, p. 71).

313 Ripercussioni sull'assicurazione contro gli infortuni

Visto che la libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero, perseguita dall'iniziativa, è ampiamente garantita nell'assicurazione contro gli infortuni, l'attuazione dell'iniziativa non avrebbe praticamente nessuna conseguenza su questo ramo assicurativo.

314 Ripercussioni sulla Confederazione

Sia il trasferimento di oneri finanziari dalle assicurazioni complementari all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia un aumento delle prestazioni nel settore ospedaliero comportano un onere finanziario supplementare per l'assicurazione di base. Inoltre, in considerazione della futura evoluzione dei costi gli assicuratori malattia dovranno aumentare le loro riserve. Questi due fattori causeranno un aumento dei premi che, a sua volta, potrebbe portare a un aumento dei sussidi cantonali e federali destinati alla riduzione dei premi per gli assicurati che vivono in condizioni economiche modeste. Per il momento, non è possibile valutare l'entità di questi aumenti in caso di accettazione dell'iniziativa.

Se fosse accettata, l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» non attribuirebbe nuovi compiti alla Confederazione. Di conseguenza, il fabbisogno supplementare di personale potrebbe essere soddisfatto nel quadro delle risorse già richieste il 21 settembre 1998.

315 Ripercussioni sui Cantoni

Oltre agli eventuali effetti indiretti, citati nel numero 314, sul volume dei sussidi versati per la riduzione dei premi degli assicurati in condizioni economiche modeste, è possibile che l'aumento quantitativo derivante dall'accettazione dell'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» si ripercuota sui disavanzi degli ospedali pubblici, la cui copertura riguarda le finanze cantonali. Attualmente non è possibile valutare questi eventuali oneri supplementari.

32 Rapporto con la perequazione finanziaria

La nuova perequazione finanziaria (NPF) intende chiarire i compiti, le competenze e i flussi finanziari fra la Confederazione e i Cantoni e definire le rispettive responsabilità di questi due livelli istituzionali, lavoro che coinvolge anche il settore delle assicurazioni sociali. Si esamina fra l'altro la base giuridica di una pianificazione e di una ripartizione dei compiti a livello nazionale nel settore della medicina di punta. Il rapporto finale dell'organizzazione del progetto NPF propone essenzialmente l'istituzione di un concordato intercantonale che abbia valore di legge. Mediante decisione del 14 aprile 1999, abbiamo posto in consultazione un progetto di una nuova perequazione finanziaria che va in questa direzione. Certamente, un tale concordato non limiterebbe veramente la libera scelta dell'istituto ospedaliero da parte degli assicurati. Tuttavia, rafforzando in certo qual modo la pianificazione e prescrivendo la gamma di prestazioni offerte dagli ospedali nel settore della medicina di

punta, il disciplinamento previsto si contrappone comunque all'idea di fondo che sottende all'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», iniziativa che chiede condizioni quadro uguali per tutti gli istituti ospedalieri. Per contro la nostra proposta per la seconda fase della prima revisione parziale della LAMal (finanziamento degli ospedali) è compatibile con un concordato intercantonale sulla pianificazione e la ripartizione dei compiti nel settore della medicina di punta.

Esiste un legame indiretto fra l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» e la nuova perequazione finanziaria per le ripercussioni dell'iniziativa sui premi degli assicurati e sul sistema di riduzione dei premi. Attualmente i Cantoni accordano riduzioni di premio agli assicurati in condizioni economiche modeste, riduzioni cofinanziate dalla Confederazione. Spetta ai Cantoni determinare i beneficiari e il reddito computabile che dà diritto a tali riduzioni nonché la procedura e le modalità di pagamento. I contributi annuali della Confederazione ai Cantoni sono stabiliti tenendo conto della loro popolazione e della loro capacità finanziaria. D'altro canto possiamo anche prendere in considerazione la media dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria (indice dei premi), come abbiamo d'altronde già fatto (misure provvisorie). La LAMal accorda ai Cantoni il diritto di ridurre del 50 per cento al massimo la loro partecipazione finanziaria alla riduzione dei premi, a condizione che quest'ultima sia ciononostante garantita agli assicurati in condizioni economiche modeste. Il contributo della Confederazione a questi Cantoni è quindi ridotto nella stessa misura.

Ci troviamo di fronte a un insieme non armonizzato di soluzioni cantonali diverse. In particolare l'onere residuo varia parecchio da Cantone a Cantone. Pur soddisfacendo le esigenze di politica sociale (o addirittura superandole), alcuni Cantoni sfruttano solo il 50 per cento della riduzione dei premi e ricorrono quindi solo al 50 per cento del contributo federale grazie al fatto che i loro costi sanitari sono particolarmente bassi. I Cantoni nei quali si registrano costi sanitari elevati non riescono a raggiungere gli obiettivi di politica sociale pur utilizzando tutti i contributi federali e tutti i mezzi cantonali. In questi Cantoni solo il 15-20 per cento della popolazione può quindi beneficiare delle riduzioni dei premi. Vi sono per contro Cantoni nei quali fino al 75 per cento della popolazione beneficia di riduzioni di premio. Anche per quanto riguarda l'applicazione della LAMal i Cantoni differiscono parecchio fra loro.

Nella prospettiva di un disciplinamento unitario e in base all'ordinamento di altre assicurazioni sociali, un disegno elaborato nel quadro della nuova perequazione finanziaria propone che la Confederazione fissi le categorie di reddito che danno diritto alle riduzioni di premio. Essa garantisce che l'onere dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria non superi una determinata soglia. I Cantoni sarebbero tenuti a completare i contributi federali così da raggiungere l'obiettivo stabilito dalla Confederazione. La soluzione prospettata è la seguente: la Confederazione versa ai Cantoni per il 30 per cento della loro popolazione un importo pari a un quarto dei costi della salute in Svizzera (calcolati in base alla cifra d'affari annua dell'assicurazione malattie di base). Dal canto loro, i Cantoni devono completare i contributi federali in modo tale che l'aliquota percentuale a carico dell'assicurato stabilita dal diritto federale per ogni Cantone in base all'ammontare dei costi sanitari o dei premi assicurativi non sia superata.

Non è da escludere un'accentuazione delle summenzionate differenze fra i Cantoni per quanto riguarda le modalità con cui raggiungere gli obiettivi di politica sociale

perseguiti mediante la concessione di riduzioni di premio. In effetti, l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» provocherebbe un trasferimento degli oneri finanziari dall'assicurazione complementare a quella di base, ripercuotendosi in modo non uniforme sui premi degli assicurati, a dipendenza del Cantone di residenza. La questione di una soluzione uniforme per l'insieme della Svizzera rivestirebbe così ancora maggiore urgenza.

4 Relazione con il diritto europeo

41 Il diritto della Comunità europea

Il regolamento CEE n.1408/71 del 14 giugno 1971 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 il regolamento CEE n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento CEE n.1408/71 (codificato dal regolamento CEE n. 118/97 del Consiglio, GU L 28 del 30.1.1997, p. 1; ultima modifica mediante regolamento CEE 307/99 del Consiglio, GU L 38 del 12.2.1999, p. 1), adottati in base agli articoli 51 e 235 del Trattato CEE, perseguono il coordinamento – ma non l'armonizzazione – delle legislazioni nazionali in materia di sicurezza sociale. L'articolo 51 del Trattato CE permette di adottare, nel settore della sicurezza sociale, le misure necessarie per instaurare la libera circolazione dei lavoratori.

Nella sua raccomandazione del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale (GU L 245 del 26. 8.92, p. 49), il Consiglio delle Comunità europee invita gli Stati membri, in materia di malattia, a garantire alle persone legalmente residenti nel loro territorio l'accesso alle cure sanitarie necessarie nonché alle misure di medicina preventiva. Gli obiettivi stabiliti dalla raccomandazione non pregiudicano tuttavia il diritto degli Stati membri di decidere sui principi e sull'organizzazione del proprio sistema sanitario.

42 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 rappresenta il corrispettivo della Convenzione europea dei diritti dell'uomo per quanto concerne i diritti economici e sociali. L'articolo 12 sancisce il diritto alla sicurezza sociale: le Parti contraenti s'impegnano a istituire o a mantenere un sistema di sicurezza sociale, a mantenerlo a un livello soddisfacente, a sforzarsi di migliorarlo gradualmente e ad adottare misure per garantire la parità di trattamento fra i propri cittadini e quelli degli altri Stati contraenti. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma nel 1987 il Parlamento si è opposto alla sua ratifica per cui la Svizzera non è vincolata a questo trattato.

La Carta sociale europea (modificata) del 3 maggio 1996 ha aggiornato e adeguato il contenuto materiale della Carta del 1961. Il diritto alla sicurezza sociale è ancora sancito dall'articolo 12. La Carta sociale modificata non è ancora entrata in vigore poiché non è stata ratificata da un numero sufficiente di Stati.

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977 (RU 1978 1491). Il nostro Paese non ha tuttavia ac-

ettato la parte II relativa alle cure mediche. Ogni Stato intenzionato ad ottemperare agli obblighi previsti nella parte II del Codice è tenuto a garantire cure mediche alle persone protette in caso di maternità nonché di danni alla salute a prescindere dalla causa. Può essere chiesta una partecipazione degli assicurati ai costi delle prestazioni mediche. Per contro nessuna disposizione menziona la libera scelta del fornitore di prestazioni.

Il Codice europeo di sicurezza sociale (modificato) del 6 novembre 1990 estende la portata delle norme del Codice europeo di sicurezza sociale, segnatamente con l'estensione del campo di applicazione personale e il miglioramento del tipo e del livello delle prestazioni. Nel contempo introduce una più grande flessibilità rendendo meno esigenti le condizioni di ratifica e formulando le norme in modo tale da prendere meglio in considerazione i disciplinamenti nazionali. Il Codice modificato prevede disposizioni analoghe quali l'articolo 70 paragrafo 1 e l'articolo 71 paragrafo 1 del Codice. Visto che non è stato ratificato da alcuno Stato, il Codice modificato non è ancora entrato in vigore.

Fra gli strumenti del Consiglio d'Europa menzioniamo infine la raccomandazione n. R (86) 5 del Consiglio dei ministri del 17 febbraio 1986 sulla generalizzazione delle cure mediche.

43 Compatibilità del progetto con il diritto europeo

Il diritto europeo (diritto della Comunità europea e diritto del Consiglio d'Europa) non prevede disposizioni nel settore oggetto dell'iniziativa (libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero) e lascia agli Stati l'incombenza di disciplinare questo aspetto dell'accesso alle cure.

5 Conclusione

L'articolo 34^{bis} Cost., nella sua formulazione attuale, non è altro che una pura norma di competenza e di mandato. La Costituzione autorizza quasi tutte le soluzioni, compresa quella proposta dall'iniziativa. Come abbiamo menzionato nel n. 212.1, la libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero è possibile anche nel quadro della disposizione costituzionale in vigore. Non si giustifica quindi la modifica della Costituzione unicamente per questo motivo. Da un prospetto pubblicato dalla comunità d'interessi «libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» si evince che lo scopo dell'iniziativa popolare è l'iscrizione nella Costituzione della libertà di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero in quanto diritto sociale fondamentale. Ratificando il Patto I dell'ONU, la Svizzera si è certamente impegnata a riconoscere e a promuovere i diritti sociali che vi sono definiti, come il diritto alla sicurezza sociale e alla salute. In esso non si fa tuttavia menzione del diritto alla libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero. Nel nostro messaggio concernente la revisione della Costituzione federale (FF 1997 I 191 segg.) affermiamo che la Svizzera è senza ombra di dubbio uno Stato federale sociale. Di conseguenza, la Confederazione e i Cantoni assumono la responsabilità politica dei diritti sociali riconosciuti quali obiettivi di politica sociale. Non è tuttavia possibile dedurre esigenze di più ampia portata. Non è nemmeno opportuno iscriverne nella Costituzione la libertà di scelta del medico e dell'istituto ospedaliero e farne un diritto fondamentale, poiché le legi-

slazioni sanitarie cantonali e il carattere obbligatorio dell'assicurazione malattie accordano già diritti che garantiscono all'insieme della popolazione l'accesso alle cure mediche e che coprono le conseguenze economiche del trattamento delle malattie.

Dopo l'entrata in vigore della LAMal sono emerse incertezze sull'interpretazione di determinate disposizioni, concernenti in particolare le possibilità di scelta degli assicurati e l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione. Diverse decisioni del TFA e del Consiglio federale hanno nel frattempo chiarito la situazione. Le incertezze che sussistono dovrebbero essere a loro volta risolte con la revisione parziale della LAMal nel settore del finanziamento degli ospedali.

Considerata la decisione del TFA del 16 dicembre 1997 che ha chiarito la questione dell'obbligo contributivo dell'assicurazione malattie obbligatoria e della parità di trattamento degli ospedali, riteniamo che le esigenze degli autori dell'iniziativa siano già soddisfatte per quanto concerne due punti essenziali. L'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie per il trattamento in tutti gli ospedali della Svizzera deve quindi essere respinta. Inoltre, non è possibile rinunciare all'allestimento di elenchi di istituti ospedalieri quale base della pianificazione ospedaliera su cui si basa il calcolo del rimborso dei costi. Abolire la pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli istituti ospedalieri quali strumenti di gestione e di controllo dei Cantoni potrebbe avere conseguenze imprevedibili sui costi, sia per l'assicurazione malattie sia per l'ente pubblico. Riteniamo che l'interesse di tutti gli assicurati di beneficiare di un'assicurazione malattie finanziariamente sopportabile con servizi sanitari di buona qualità, così come garantito da un'adeguata pianificazione, ha sicuramente maggiore importanza rispetto all'interesse di alcuni assicurati che invocano un diritto illimitato a prestazioni sanitarie.