

04.032

**Messaggio  
concernente la revisione parziale della legge federale  
sull'assicurazione malattie (Libertà di contrarre)**

del 26 maggio 2004

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

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

Nel contempo, vi proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

2002 P 02.3446 Limitazione del numero di medici. Accompagnamento scientifico (N 13.12.02, Gruppo radicale-democratico)

2003 P 02.3644 Rapporto sulla libertà di contrarre (N 8.12.03, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN 00.079)

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

*La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) prevede diversi strumenti per il contenimento dei costi del settore ospedaliero che hanno cominciato a dare i loro frutti, tra cui la competenza per i Cantoni di introdurre un budget globale (art. 51) e la pianificazione ospedaliera e delle case di cura da parte dei Cantoni (art. 39). Nel settore ambulatoriale, per contro, gli assicuratori malattie sono tenuti a concludere convenzioni tariffali con tutti i fornitori di prestazioni ammessi secondo la legge e quindi ad assumere le prestazioni fornite da questi ultimi. In altre parole, un fornitore di prestazioni che adempie le condizioni di autorizzazione della legge (art. 35-40) può esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza che gli assicuratori malattie abbiano la possibilità di escluderlo da questo mercato. In tal senso, vi è obbligo di contrarre. In linea di principio, gli assicuratori non hanno quindi alcun mezzo per opporsi alla crescita del volume delle prestazioni provocata dall'aumento costante del numero di fornitori di prestazioni.*

*Il 24 marzo 2000 il Parlamento ha adottato, nel quadro della prima revisione della LAMal, un articolo 55a che conferisce al Consiglio federale la competenza, per una durata massima di tre anni, di subordinare alla prova del fabbisogno l'autorizzazione di determinati fornitori di prestazioni a esercitare nel settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Secondo tale disposizione, incombe al Consiglio federale fissare i criteri corrispondenti e ai Cantoni designare i fornitori di prestazioni. Questa misura è stata adottata, da un lato, nella prospettiva dell'entrata in vigore degli accordi bilaterali con la Comunità europea e i suoi Stati membri, e segnatamente dell'accordo sulla libera circolazione delle persone, e, dall'altro, quale misura straordinaria a breve termine per frenare l'aumento dei costi della salute nel settore ambulatoriale dovuto all'incremento costante del numero di fornitori di prestazioni.*

*Il 3 luglio 2002, facendo uso della competenza conferitagli dall'articolo 55a LAMal, il Consiglio federale ha deciso di limitare il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Esso ha fissato le modalità di tale limitazione in un'ordinanza emanata a questo proposito (Ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie; RS 832.103). Questa ordinanza è entrata in vigore il 4 luglio 2002. Il Consiglio federale ha sottolineato fin dall'inizio che la limitazione dell'autorizzazione doveva costituire una misura straordinaria, limitata nel tempo, applicata fino all'entrata in vigore di una nuova normativa volta a limitare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, ma al massimo fino al 3 luglio 2005, data di scadenza dell'ordinanza. L'obiettivo era che fosse elaborato nel frattempo un modello realistico per la soppressione dell'obbligo di contrarre*

*Discussioni a questo proposito hanno avuto luogo in occasione dei dibattiti sulla seconda revisione della LAMal. La Conferenza di conciliazione è riuscita a trovare un accordo su un modello di soppressione parziale dell'obbligo di contrarre. Tutta-*

---

*via, il Consiglio nazionale ha respinto il progetto di revisione della LAMal nel suo complesso nella sessione invernale 2003. Questa situazione, unitamente alla scadenza, il 3 luglio 2005, dell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, obbliga il Consiglio federale a proporre al Parlamento, in termini molto brevi, una nuova normativa sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni.*

*Con il suo modello di soppressione dell'obbligo di contrarre in ambito ambulatoriale, il Consiglio federale intende rafforzare in particolare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni di uno stesso settore accordando agli assicuratori malattia la libertà di sceglierli, ma anche creando le condizioni che consentono di limitare l'offerta eccedentaria nel settore ambulatoriale ed estendendo in tal senso la responsabilità anche ai Cantoni. Il Consiglio federale, inoltre, intende rafforzare la scelta e la portata di possibili sanzioni contro quei fornitori di prestazioni che non si attengono alle regole dell'economicità e della qualità delle prestazioni («pecore nere») per rendere il sistema sanzionatorio della LAMal più efficiente di quanto sia attualmente.*

## Indice

<b>Compendio</b>	<b>3838</b>
<b>1 Parte generale</b>	<b>3841</b>
1.1 Situazione iniziale	3841
1.2 Domande di revisione	3842
1.2.1 Interventi parlamentari	3842
1.2.2 Seconda revisione della LAMal	3843
1.3 Proposte di riforma di esperti	3844
1.3.1 Basi di una terza revisione della LAMal: progetto parziale «obbligo di contrarre»	3844
1.3.2 Studio sulla «Sicurezza della copertura sanitaria nella medicina ambulatoriale nel quadro della soppressione dell'obbligo di contrarre»	3845
1.4 Obiettivi politici	3846
1.5 Effetto sociopolitico	3848
1.6 Procedura di consultazione relativa alla proposta del Consiglio federale di revisione parziale della LAMal	3849
<b>2 Principi di base del disegno</b>	<b>3850</b>
<b>3 Parte speciale: Commento alle diverse proposte</b>	<b>3851</b>
<b>4 Concomitanza con le altre modifiche di legge in discussione</b>	<b>3860</b>
<b>5 Ripercussioni</b>	<b>3861</b>
5.1 Ripercussioni finanziarie	3861
5.1.1 Ripercussioni finanziarie per la Confederazione	3861
5.1.2 Ripercussioni finanziarie per i Cantoni	3861
5.1.3 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie	3861
5.2 Ripercussioni economiche	3862
<b>6 Rapporto con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni</b>	<b>3862</b>
<b>7 Rapporto con il programma di legislatura</b>	<b>3862</b>
<b>8 Rapporto con il diritto europeo</b>	<b>3863</b>
8.1 Disposizioni della Comunità europea	3863
8.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	3863
8.3 Compatibilità del presente disegno con il diritto europeo	3864
<b>9 Basi legali</b>	<b>3864</b>
9.1 Costituzionalità	3864
9.2 Delega di competenze legislative	3864
<b>Legge federale sull'assicurazione malattie (Libertà di contrarre) (Disegno)</b>	<b>3865</b>

# Messaggio

## **1 Parte generale**

### **1.1 Situazione iniziale**

Il Parlamento ha affrontato per la prima volta la questione della soppressione dell'obbligo di contrarre in occasione delle deliberazioni sulla prima revisione della LAMal. Nel nostro messaggio del 21 settembre 1998 relativo a questa revisione (FF 1999 687), abbiamo proposto d'introdurre l'allestimento di budget globali nel settore ambulatoriale, allo scopo di contenere i costi. In occasione dei dibattiti, le due Camere hanno ritenuto che questo strumento, in particolare il suo modo di funzionamento, non fosse ancora maturo. Il Parlamento e il nostro Consiglio si sono tuttavia intesi sul fatto che fosse necessario portare avanti gli sforzi nel settore del contenimento dei costi e che a tale scopo andassero sviluppati nuovi strumenti. Al momento delle deliberazioni, il Parlamento si è dunque opposto all'introduzione di un budget globale nel settore ambulatoriale ma ha deciso, in compenso, di aprire il dibattito sulla soppressione dell'obbligo di contrarre. In tale occasione, infatti, il Consiglio nazionale ha approvato una proposta che prevedeva che il nostro Collegio dovesse fissare i criteri di qualità ed economicità delle prestazioni ai quali devono rispondere i fornitori di prestazioni per potere aderire a una convenzione tariffale. Tuttavia, in occasione della procedura di eliminazione delle divergenze, questa proposta del Consiglio nazionale è stata respinta a beneficio della soluzione adottata nell'articolo 55a LAMal.

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha in seguito depositato una mozione (00.3003) nella quale ci invitava ad esaminare la questione della soppressione dell'obbligo di contrarre nei settori ambulatoriale, semi-ospedaliero e ospedaliero e a presentare modifiche legislative in tal senso nel quadro della seconda revisione della LAMal. All'inizio del 2000 abbiamo ricevuto dalle due Camere il mandato di esaminare tale questione.

La proposta che abbiamo posto in consultazione nel giugno del 2000 prevedeva un modello che limitava la soppressione dell'obbligo di contrarre al solo settore ambulatoriale, visto che la legge prevede già, nel settore ospedaliero, diversi strumenti per regolare il volume delle prestazioni fornite e contenere i costi. Secondo questo modello, nel settore ambulatoriale gli assicurati avrebbero potuto scegliere unicamente tra i fornitori di prestazioni con i quali il loro assicuratore aveva concluso un contratto di autorizzazione e che di conseguenza erano abilitati a praticare a carico dell'assicurazione malattie per quest'ultimo. I risultati della procedura di consultazione hanno evidenziato che numerosi ambienti erano in linea di principio favorevoli a un rafforzamento della nozione di concorrenza nella LAMal e quindi anche all'idea di sopprimere l'obbligo di contrarre, ma che erano scettici nei confronti del modello proposto; lo giudicavano inadatto ed impossibile da attuare e non gli riconoscevano alcuna efficacia a livello dei costi. Gli rimproveravano anche un eccessivo trasferimento di potere a beneficio degli assicuratori e l'assenza di indicatori per giudicare il rispetto delle condizioni relative al carattere economico e alla garanzia della qualità delle prestazioni. Dopo aver analizzato la situazione, siamo giunti alla medesima conclusione e abbiamo rinunciato a proporre al Parlamento, nel quadro del nostro messaggio del 18 settembre 2000 sulla seconda revisione della LAMal

(FF 2001 631), la soppressione dell'obbligo di contrarre concernente tutti i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale. Ci siamo però pronunciati a favore di una soppressione limitata ai fornitori che hanno compiuto i 65 anni. Per diverse ragioni, abbiamo tuttavia rinunciato a sostenere questa proposta durante i dibattiti parlamentari.

## **1.2 Domande di revisione**

### **1.2.1 Interventi parlamentari**

*Mozione Gruppo radicale-democratico «Limitazione del numero di medici. Accompagnamento scientifico»*

La mozione presentata il 18 settembre 2002 (02.3446) ci chiede di provvedere, mediante esperti esterni all'Amministrazione, all'accompagnamento scientifico della moratoria introdotta il 3 luglio 2002 inerente all'ammissione di nuovi fornitori di prestazioni con attività ambulatoriale e di presentare al Parlamento, prima della scadenza della moratoria, un rapporto che esamini soprattutto i punti seguenti: l'applicazione della moratoria nei diversi Cantoni, gli effetti di questo provvedimento sulla quantità e la qualità delle cure prestate nelle regioni e secondo le categorie di fornitori di prestazioni, gli effetti della moratoria sulla professione di medico e le prospettive sull'evoluzione della densità dei medici, l'efficienza economica della moratoria; i suoi effetti sui costi della salute in generale, gli effetti sulla libertà economica garantita dall'articolo 27 della Costituzione federale, la compatibilità dell'ordinanza e della sua applicazione a livello cantonale con l'articolo 55a LAMal, le cifre servite come base all'elaborazione dell'ordinanza. Nel nostro parere ci siamo dichiarati pronti a far esaminare, per quanto possibile, i primi quattro punti, mentre abbiamo respinto gli altri tre perché non hanno niente a che fare con gli effetti della moratoria, bensì riguardano questioni già sollevate e discusse prima di adottare l'articolo 55a LAMal e sulle quali non occorre ritornare nell'ambito di una valutazione degli effetti della legge. Per questo motivo non abbiamo potuto accogliere la mozione e abbiamo proposto di trasformarla in postulato. In seguito, nell'ambito della seconda fase dell'analisi degli effetti della LAMal effettuata in base all'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), l'Amministrazione ha conferito un mandato di ricerca sull'applicazione della moratoria a un esperto indipendente (Ch. Rüefli, Büro Vatter Politikforschung & -beratung, Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer, Berna 2004). Il rapporto finale sarà pubblicato prossimamente.

*Postulato della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale sulla libertà di contrarre*

Nell'ambito delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal (00.079), il 14 novembre 2002 la Commissione ha depositato un postulato (02.3644) chiedendoci di presentare, assieme al progetto di finanziamento ospedaliero monistico, un rapporto sull'introduzione della libertà di contrarre nel settore ambulatoriale e ospedaliero che informasse anche sulle possibilità di applicazione nei Cantoni. Ci siamo dichiarati pronti ad accettare il postulato. Nel frattempo, e con lo scopo di gettare le basi per una terza revisione della LAMal, abbiamo incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di esaminare in modo approfondito riforme a lungo termine concernenti segnatamente la libertà di contrarre anche nel settore ospedaliero e il

passaggio a un sistema di finanziamento monistico e di presentarci proposte in merito (cfr. n. 1.3.1). Prevediamo di prendere atto dei rapporti redatti dagli esperti esterni contemporaneamente ai messaggi concernenti le revisioni parziali. Con la prossima pubblicazione dei rapporti consideriamo adempiuto il nostro mandato.

## **1.2.2 Seconda revisione della LAMal**

In occasione delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, la Conferenza di conciliazione ha adottato un modello di soppressione parziale dell'obbligo di contrarre, che è tuttavia stato respinto in occasione del voto finale in seno al Consiglio nazionale con l'insieme del progetto di revisione. Questo modello conteneva in particolare le proposte seguenti.

- Per essere ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i fornitori di prestazioni devono concludere un contratto di autorizzazione con uno o più assicuratori, se sono attivi nel settore ambulatoriale, o fornire tutte le prestazioni nel quadro di una rete di cure coordinate, una forma particolare di assicurazione fondata su un contratto concluso tra uno o più assicuratori e un gruppo di fornitori di prestazioni.
- I fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono liberi di scegliere i loro partner contrattuali. Questa libertà è subordinata al rispetto di una serie di condizioni (economicità e qualità delle prestazioni, garanzia di una copertura sanitaria sufficiente, rispetto della legge sui cartelli) ed è esclusa in un caso particolare (pazienti anziani che soffrono di malattie croniche e che hanno una relazione terapeutica durevole con i fornitori di prestazioni in questione).
- I Cantoni sono tenuti a determinare nel settore ambulatoriale il numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura sanitaria e la libertà di scelta del rapporto assicurativo. Gli assicuratori malattie sono tenuti a concludere un contratto di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno uguale a quello stabilito dal Cantone. Il nostro Consiglio stabilisce la data entro la quale i Cantoni devono aver determinato questo numero. Fino ad allora, le cifre relative alla copertura in termini di cure, fissate sulla base dell'articolo 55a LAMal, hanno valore di numeri minimi.
- I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono portare il rifiuto di concludere un contratto di autorizzazione davanti a una commissione arbitrale cantonale che statuisce a titolo definitivo, composta da due rappresentanti delle loro rispettive organizzazioni e da un rappresentante del Cantone, il quale la presiede.
- I contratti di autorizzazione sono conclusi per una durata minima di quattro anni. È possibile scioglierli per la fine di un anno civile con un termine di disdetta di 18 mesi. Su richiesta del fornitore di prestazioni, la disdetta deve essere motivata.
- Gli assicuratori sono tenuti a concludere un contratto di autorizzazione di una durata transitoria di quattro anni con tutti i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale che il 1° gennaio 2003 erano autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

## **1.3 Proposte di riforma di esperti**

### **1.3.1 Basi di una terza revisione della LAMal: progetto parziale «obbligo di contrarre»**

In occasione della seduta speciale del 22 maggio 2002 sull'assicurazione sociale malattie, siamo giunti alla conclusione che la LAMal ha dato globalmente buoni risultati ma che si devono rafforzare le misure di contenimento dei costi e si deve riformare l'assicurazione malattie in questo senso, procedendo per tappe. Abbiamo incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di esaminare in maniera approfondita le possibili riforme a lungo termine in diversi settori, tra i quali quello dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, e di formulare proposte. In tale contesto, il DFI ha segnatamente ricevuto il mandato di elaborare modelli realizzabili di soppressione dell'obbligo per gli assicuratori malattia di contrarre con i medici ed eventualmente con gli ospedali, dovendo le cure di base comunque restare garantite. Per adempiere questo compito, il DFI ha istituito un gruppo di lavoro, diretto da un esperto di economia della salute (Dr. oec. HSG W.Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG).

Riassumendo e tenendo conto delle condizioni formulate nel mandato, l'esperto consultato ha considerato che gli elementi seguenti svolgono in particolare un ruolo capitale nell'ottica di una soppressione dell'obbligo di contrarre.

- La soppressione dell'obbligo di contrarre dev'essere realizzato nel settore ambulatoriale e ospedaliero.
- I fornitori di prestazioni non possono essere legati da interessi finanziari agli assicuratori e viceversa. Un disciplinamento analogo deve essere previsto per i «subappaltatori» (ditte farmaceutiche, imprese specializzate in tecniche mediche ecc.).
- I prezzi devono essere fissati nel quadro di negoziati contrattuali tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, con la conseguenza di una liberalizzazione dei prezzi, formulando soluzioni sostitutive per il caso in cui i negoziati non dovessero andare in porto. Una liberalizzazione dei prezzi implicherebbe la soppressione dell'articolo 43 capoverso 5 LAMal. Di conseguenza, le prestazioni individuali non dovrebbero più imperativamente essere rimborsate sulla base della nuova tariffa medica TARMED. Sia gli assicuratori malattie che i fornitori di prestazioni devono poter negoziare con maggiore frequenza forme e livelli diversi di remunerazione o combinazioni di forme di remunerazione per gruppi di assicurati o trattamenti diversi.
- Nell'eventualità di un insuccesso dei negoziati tariffali occorre prevedere una via di ricorso: Commissione della concorrenza, Commissione di ricorso, poi Tribunale federale o Consiglio federale.

Se la soppressione dell'obbligo di contrarre ha quale obiettivo il contenimento dei costi, è opportuno evidenziare almeno i seguenti punti supplementari.

- Le cifre relative alla pianificazione del fabbisogno cantonale devono essere fissate a un livello più basso possibile. Questi valori non devono essere uguali dappertutto, tenendo conto del fatto che il fabbisogno varia a seconda delle regioni. In particolare vanno prese in considerazione le differenze tra città e campagna e le disparità demografiche.

- L’offerta extracantonale dev’essere presa in considerazione. Il criterio decisivo deve essere, in questo caso, l’accessibilità.
- Se i Cantoni prevedono un’offerta di cure superiore a quella minima fissata dalla Confederazione, si potrebbe immaginare una partecipazione cantonale proporzionale al rimborso a carico dell’assicuratore. In questo caso, gli assicuratori non sono più tenuti a pagare la parte corrispondente dei costi. Se invece concludono un numero di contratti superiore a quello previsto dal Cantone nel rispetto delle disposizioni federali, gli assicuratori devono assumersi l’integralità dei costi.

Sulla base di quanto precede, il rapporto peritale preconizza un modello di soppressione dell’obbligo di contrarre con le caratteristiche seguenti.

- La soppressione si applica sia nel settore ambulatoriale sia nel settore ospedaliero.
- Essa si estende a tutti i fornitori di prestazioni.
- La soppressione si applica a tutti i trattamenti, quindi anche ai casi urgenti. Le reti dispongono imperativamente di un servizio di pronto soccorso e di servizio permanente, ai quali gli assicurati devono dapprima rivolgersi. In caso di urgenza, questo servizio esercita una funzione di smistamento.
- La copertura in termini di cure è definita da norme minime formulate dagli Uffici federali competenti, le quali devono essere rispettate dai Cantoni e dai partner contrattuali. I Cantoni che fissano valori superiori, e non gli assicuratori, sono tenuti ad assumersene i costi.
- Si applica la legge sui cartelli, di conseguenza:
  - non vi sono convenzioni concluse da associazioni mantello,
  - gli ospedali diventano autonomi sul piano economico e organizzativo.

### **1.3.2 Studio sulla «Sicurezza della copertura sanitaria nella medicina ambulatoriale nel quadro della soppressione dell’obbligo di contrarre»**

Nel giugno 2001 *santésuisse*, l’associazione mantello degli assicuratori malattie, ha incaricato due illustri economisti della salute, i professori Gianfranco Domenighetti e Luca Crivelli, di elaborare un concetto per promuovere la sicurezza della copertura sanitaria quale strumento d’appoggio alla soppressione dell’obbligo di contrarre nel quadro della seconda revisione della LAMal. Il risultato del loro lavoro figura in uno studio intitolato «Sicurezza della copertura sanitaria nella medicina ambulatoriale nel quadro della soppressione dell’obbligo di contrarre», che risale al mese di agosto del 2001. Gli autori sono giunti alla conclusione che le diverse densità di medici constatate in Svizzera non sembrano avere un’influenza sulla qualità e la sicurezza della copertura sanitaria, comparando diversi indicatori sanitari soggettivi e oggettivi di soddisfazione, di mortalità, di attività e di costo. Secondo questo studio, alla fine del 2000 la Svizzera contava poco più di 19 medici con studio privato per 10 000 abitanti; per il Cantone di Basilea Città questa cifra era vicina a 36, per il Cantone di Ginevra era pari a 32, mentre in diversi Cantoni della Svizzera orientale e della Svizzera centrale se ne contavano meno di 13. Gli autori dello studio constatano tuttavia che il grado di soddisfazione della popolazione nei con-

fronti delle cure ricevute, come pure il grado di percezione di segni di razionamento e i risultati sanitari misurati in termini di mortalità evitabile grazie agli interventi sanitari, sono praticamente identici nonostante le importanti differenze in termini di densità medica. Tali differenze hanno al contrario un'influenza chiara e netta sull'attività (visite e consultazioni) e sui costi per assicurato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Allo scopo di corroborare la loro tesi, gli autori hanno comparato, sulla base degli indicatori summenzionati, cinque gruppi di Cantoni a densità medica crescente (da 11 a oltre 30 medici per 10 000 abitanti) nonché una zona relativamente omogenea della Svizzera orientale (San Gallo e i due Cantoni di Appenzello). Dal paragone è emerso che in presenza di una densità medica di circa 15 medici per 10 000 abitanti, come quella esistente nella regione della Svizzera orientale (regione di riferimento), gli indicatori di soddisfazione, di percezione di razionamento e di mortalità sono praticamente identici al valore medio svizzero e a quelli dei Cantoni che presentano una densità di medici doppia. Per contro, gli indicatori di attività e segnatamente di costi mostrano come nella regione di riferimento le spese per assicurato di medicina ambulatoriale nello studio medico e all'ospedale siano significativamente inferiori. Una densità medica minore permette dunque di garantire una copertura sanitaria adeguata e di raggiungere il medesimo tasso di soddisfazione della popolazione, esplicando nel contempo un effetto di riduzione dei costi. Gli autori dello studio si dichiarano convinti che la soppressione dell'obbligo di contrarre e il conseguente rafforzamento della concorrenza costituiscono strumenti adeguati per contenere il numero crescente dei fornitori di prestazioni, che in parecchie regioni ha condotto a un'eccessiva densità medica. Tuttavia, essi fanno notare che il mercato da solo non sarebbe in grado di garantire automaticamente la sicurezza della copertura sanitaria; pertanto lo Stato dovrebbe esercitare una funzione regolatrice allo scopo di garantire all'insieme della popolazione un accesso alle cure a condizioni finanziarie sostenibili. Lo studio propone che il numero di medici liberi professionisti necessario per garantire la sicurezza della copertura sanitaria sia deciso sulla base di un parametro stabilito per tutta la Svizzera, come pure la proporzione di «medici fornitori di cure di base». I Cantoni devono in seguito poter modificare il parametro nazionale in funzione delle condizioni locali.

## **1.4 Obiettivi politici**

La LAMal risponde a tre obiettivi principali: garantire a tutta la popolazione l'accesso ad un'offerta di cure di alta qualità, rafforzare la solidarietà tra gli assicurati e contenere i costi. Se le analisi degli effetti della legge eseguite da esperti indipendenti hanno evidenziato che i primi due obiettivi sono stati essenzialmente realizzati, occorre constatare che l'obiettivo del contenimento dei costi non è stato raggiunto nella misura da noi auspicata. In effetti, l'aumento dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è stato costante. Secondo gli esperti, una delle cause principali di questa evoluzione dei costi è l'aumento regolare del numero dei fornitori di prestazioni che esercitano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, segnatamente nel settore ambulatoriale. È proprio su questo aspetto che intendiamo porre l'accento in futuro, con l'obiettivo di riuscire a contenere l'evoluzione dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Esistono tre mezzi per frenare la crescita del volume delle prestazioni e dei costi provocata da un aumento del numero di fornitori di prestazioni: il budget globale, la clausola del bisogno e la libertà di contrarre.

Per quanto concerne l'allestimento di budget globali nel settore ambulatoriale, nel numero 1.1 abbiamo già rilevato che le due Camere sono giunte alla conclusione, in occasione dei dibattiti parlamentari sulla prima revisione della LAMal, che tale strumento non era ancora maturo. Oggi bisogna constatare che la situazione non è affatto cambiata. L'allestimento di questi budget, ma soprattutto la loro gestione, non sono privi di problemi, come mostrano le esperienze fatte in Germania. Per questi motivi, non intendiamo proporre questa misura nel quadro della presente revisione.

Per quanto concerne la clausola del bisogno, il Parlamento ha accolto questa misura nel quadro della prima revisione della LAMal. Noi non intendiamo tuttavia riproporla, prolungandola nel tempo, nel quadro del presente disegno. Era infatti chiaro fin dall'inizio che la clausola del bisogno costituiva una misura straordinaria limitata nel tempo. Con tale strumento viene meno la pressione che dovrebbe normalmente esercitare la concorrenza dei nuovi fornitori di prestazioni desiderosi di installarsi e che dovrebbe spingere i fornitori di prestazioni attivi sul mercato a lavorare nel rispetto dei principi di qualità ed economicità.

Dal canto suo, la soppressione dell'obbligo di contrarre, o libertà di contrarre, è stata proposta dalle due Camere nel quadro delle loro deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal. Contrariamente ai due strumenti menzionati qui sopra, tale misura non presenta solo il vantaggio di portare a una limitazione del numero di fornitori di prestazioni, ma anche quello di costituire per i fornitori di prestazioni in situazione di concorrenza sul mercato dell'assicurazione un incentivo a fornire prestazioni di qualità, tenendo conto del loro carattere economico, proprio per avere l'opportunità di accedere a tale mercato o di restarvi. Con l'introduzione della LAMal sono senz'altro stati introdotti elementi di concorrenza nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma gli assicuratori non dispongono ancora dello strumento classico della concorrenza, vale a dire la possibilità di scegliere tra più fornitori di prestazioni. Del resto, per partecipare a una convenzione tariffale, il fatto che la copertura sanitaria in un Cantone o in una regione sia eccessiva oppure che le prestazioni siano fornite in maniera efficiente non ha oggi praticamente nessuna importanza. In un siffatto contesto giuridico è quasi impossibile arginare l'espansione quantitativa dei fornitori di prestazioni e delle prestazioni stesse, come pure l'aumento dei costi che ne deriva. La soppressione dell'obbligo di contrarre appare oggi come la sola misura che permette di frenare questa spirale esiziale in maniera efficace. Per questa ragione, dopo approfondite riflessioni, ci pronunciamo a favore di questa misura nel quadro della presente revisione; intendiamo tuttavia disciplinarla con un certo numero di norme, sulle quali torneremo in seguito.

Con il modello della soppressione dell'obbligo di contrarre, che intendiamo proporre nel quadro della presente revisione, perseguiamo innanzitutto due obiettivi.

Il primo obiettivo è il rafforzamento della concorrenza tra i fornitori di prestazioni che esercitano la medesima professione nel settore ambulatoriale e l'esclusione dal mercato dell'assicurazione obbligatoria delle «pecore nere», cioè i fornitori che dispensano prestazioni non economiche o che non sono di qualità. Per raggiungerlo, intendiamo lasciare agli assicuratori malattie la libertà di scegliere i loro partner contrattuali e quindi responsabilizzarli a tale proposito. La concorrenza può funzio-

nare unicamente se gli assicuratori possono negoziare con i fornitori di prestazioni disponendo di un certo margine di manovra. Gli assicuratori e i gruppi di assicuratori devono poter definire liberamente il proprio profilo in modo da offrire ai loro assicurati diverse possibilità di scelta. Occorre tuttavia affermare che il profilo dell'assicuratore si forma soprattutto a partire dalla scelta dei fornitori di prestazioni con cui intende lavorare. In effetti, nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli assicuratori non possono farsi concorrenza sulle prestazioni che assumono poiché il catalogo delle prestazioni rimborsate è vincolante allo stesso modo per tutti gli assicuratori.

Il secondo obiettivo perseguito con il nostro modello è la diminuzione della copertura eccedentaria, laddove esista, del fabbisogno di cure ambulatoriali nei Cantoni. Per raggiungerlo, intendiamo responsabilizzare i Cantoni costringendoli a determinare un numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura del fabbisogno di cure della loro popolazione per ciascuna categoria di fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale. La nostra volontà di rafforzare il ruolo dei Cantoni in materia di copertura sanitaria e di porli davanti alle loro responsabilità risulta in primo luogo dalla ripartizione costituzionale delle competenze tra Cantoni e Confederazione. In effetti, in assenza di una competenza esplicita della Confederazione in materia nella Costituzione federale, incombe ai Cantoni garantire la copertura del fabbisogno di cure della loro popolazione. La nostra volontà di coinvolgere maggiormente i Cantoni su questo punto oltrepassa tuttavia il semplice quadro della ripartizione delle competenze tra Cantoni e Confederazione. Di fatto, consideriamo che il mercato dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sarebbe in grado da solo di garantire automaticamente la sicurezza della copertura sanitaria ambulatoriale per tutta la popolazione. Se il principio contrattuale fondato sulla concorrenza dovesse essere introdotto al di fuori di qualsiasi costrizione statale in materia, esso aprirebbe degli orizzonti agli assicuratori malattie per procedere a una selezione dei rischi sul mercato dell'assicurazione: la libertà di contrarre illimitata di cui beneficerebbero permetterebbe loro di selezionare i pazienti scegliendo i fornitori di prestazioni in funzione del grado di rischio della loro clientela. Gli assicuratori potrebbero quindi essere tentati, segnatamente per ridurre i loro premi, di non concludere contratti con fornitori di prestazioni la cui clientela si compone essenzialmente di malati cronici o persone anziane, con l'obiettivo finale di spingere queste categorie di assicurati a cambiare assicuratore per poter proseguire la terapia presso lo stesso fornitore di prestazioni. In seguito vi è il rischio che, per timore di vedersi rifiutare l'accesso al mercato dell'assicurazione malattie, i fornitori di prestazioni siano anch'essi indotti a selezionare la loro clientela in funzione dei rischi che quest'ultima rappresenta e a scaricare i pazienti che generano costi particolarmente elevati.

## **1.5 Effetto sociopolitico**

Il modello di soppressione dell'obbligo di contrarre da noi proposto dovrebbe condurre a una limitazione o addirittura a una riduzione del numero globale di fornitori di prestazioni che dispensano prestazioni ambulatoriali in Svizzera. A medio termine, questa misura dovrebbe costituire un freno all'aumento costante dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e al relativo aumento dei premi. I vantaggi finanziari legati in Svizzera all'apertura di uno studio privato risulterebbero ridotti. Considerando il rischio economico implicito nell'aper-

tura di uno studio qualora l'obbligo di contrarre dovesse essere soppresso, è lecito supporre che numerosi fornitori di prestazioni, segnatamente i medici, rinunceranno a mettersi in proprio al termine dei loro studi e preferiranno rimanere nel settore ospedaliero, settore in cui si lamenta peraltro una penuria di medici e bisogna oggi fare ricorso a medici stranieri.

Il modello da noi proposto dovrebbe nel contempo favorire una migliore ripartizione della copertura sanitaria sul territorio svizzero, segnatamente nel settore medico. Esso dovrebbe infatti incitare i fornitori di prestazioni, in particolare i medici che, al termine della loro formazione, avevano preso l'abitudine di aprire un proprio studio nelle zone urbane o negli agglomerati (zone nelle quali esiste già sovente un'offerta di cure eccedentaria), a installarsi piuttosto nelle zone periferiche (zone che conoscono spesso una lacuna nella copertura medica) per beneficiare di un contratto di autorizzazione con gli assicuratori malattie. In futuro questa misura dovrebbe inoltre contribuire a un certo livellamento dei costi e dei premi tra i Cantoni e le regioni.

Con l'introduzione della libertà di contrarre, gli assicurati saranno tuttavia un po' più limitati nella scelta dell'assicuratore; in effetti, essi non potranno più sceglierlo unicamente sulla base dei premi che esso pratica e eventualmente delle prestazioni di servizi offerte. Anche il fatto di sapere quali siano i fornitori di prestazioni con i quali il loro assicuratore è legato contrattualmente costituirà un fattore decisivo nella misura in cui la libertà di contrarre influirà sulla presa a carico o no delle prestazioni fornite da questi ultimi. Pertanto ogni assicurato potrà scegliere l'assicuratore sulla base di una combinazione ottimale, a suo giudizio, tra i premi da pagare, l'offerta auspicata e quella reale. In questa misura si può senz'altro vedere uno svantaggio per gli assicurati, i quali potrebbero essere costretti a cambiare assicuratore per continuare ad essere seguiti dal loro medico di famiglia ad esempio se quest'ultimo non è o non è più legato da un contratto di autorizzazione al loro assicuratore attuale, che dunque non rimborsa più le sue prestazioni. Ma nel contempo gli assicurati dovranno paragonare la qualità e i costi delle diverse offerte, il che porterà a responsabilizzarli per quanto riguarda il consumo di cure. Dovrebbe d'altro canto risultarne un rafforzamento della concorrenza tra gli assicuratori, segnatamente per quanto riguarda l'estensione della loro offerta, ma anche e soprattutto tra i fornitori di prestazioni sul piano della qualità e dell'economicità delle prestazioni fornite. In effetti, se i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale e gli assicuratori malattie desiderano essere concorrenziali e soprattutto attrattivi sul mercato dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è nel loro interesse fare in modo che le cure fornite ai pazienti-assicurati siano appropriate, di qualità elevata e le più vantaggiose possibili.

## **1.6 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 molti partecipanti sono per principio favorevoli a rafforzare la concorrenza, ma esprimono scetticismo nei confronti del modello proposto, ritenendolo inadeguato e difficilmente applicabile. Inoltre non sono convinti che esso possa avere qualche effetto sui costi.

Tra le principali critiche mosse alla nostra proposta menzioniamo quella secondo cui essa non conterrebbe criteri di selezione positivi per la scelta dei fornitori di prestazioni né mezzi di ricorso in caso di rifiuto di un'autorizzazione a un fornitore di prestazioni, circostanza che comporterebbe un trasferimento di poteri troppo grande agli assicuratori. I Cantoni contrari a continuare il congelamento delle autorizzazioni fondato sull'articolo 55a LAMal sostengono in maggioranza la libertà di contrarre proposta, seppure con certe riserve: ritengono in particolare che la libertà di contrarre dovrebbe essere limitata ai medici e ai chiropratici poiché sono i soli fornitori di prestazioni che prescrivono prestazioni e che possono influire sul volume di prestazioni che forniscono loro stessi. Fanno inoltre valere che non è pensabile pianificare il settore ambulatoriale ai sensi della proposta a causa della mancanza di dati statistici sui fornitori di prestazioni e chiedono alla Confederazione che sia prima colmata questa lacuna. Alcuni partecipanti favorevoli alla libertà di contrarre desiderano estenderla al settore ospedaliero, segnatamente al fine di evitare problemi di delimitazione con il settore ambulatoriale. I fornitori di prestazioni e le organizzazioni degli assicurati e dei consumatori hanno sottolineato soprattutto l'importanza del rapporto tra il paziente e il fornitore di prestazioni, in particolare il medico, per criticare la limitazione della scelta del fornitore che la libertà di contrarre comporterà. Riassumendo, si può constatare che, sebbene l'idea e il modello che abbiamo proposto abbiano riscontrato una certa approvazione, a parte l'obbligo degli assicuratori di informare gli assicurati e il rafforzamento del meccanismo sanzionatorio in caso di violazione delle norme di economicità e qualità delle prestazioni, nessuno dei punti contenuti nella revisione ha ottenuto un'approvazione incondizionata.

## 2 Principi di base del disegno

Proponendo di sopprimere l'obbligo di contrarre intendiamo frenare l'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie mediante un contenimento del volume delle prestazioni. Per raggiungere questo obiettivo, intendiamo da un lato rafforzare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni di una medesima professione nel settore ambulatoriale, conferendo agli assicuratori malattie la libertà di sceglierli, e dall'altro lato limitare la copertura eccedentaria di cure nel settore ambulatoriale laddove ciò sia necessario, responsabilizzando i Cantoni a questo proposito. Con il presente disegno desideriamo offrire un maggior margine di manovra agli assicuratori malattie e ai fornitori di prestazioni per quanto concerne la scelta del loro partner contrattuale. Vogliamo tuttavia disciplinare questo margine di manovra con un certo numero di norme che vengono così a costituire le condizioni quadro necessarie alla realizzazione del modello.

- *Garanzia della copertura del fabbisogno di cure:* come le due Camere in occasione delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, desideriamo che i Cantoni definiscano e garantiscano la copertura del fabbisogno di cure della loro popolazione, ma all'interno di un quadro prestabilito, per evitare eccessive disparità nella copertura delle cure fra i Cantoni. Auspichiamo in seguito che gli assicuratori rispettino il numero minimo di fornitori di prestazioni fissato dai Cantoni per garantire la copertura di cure degli assicurati, senza per questo impedire loro di andare oltre in funzione della loro politica aziendale. Se la sicurezza della copertura sanitaria è garantita, gli assicuratori devono poter rifiutare di concludere un contratto di autorizzazione con un altro fornitore di prestazioni.

- *Adempimento delle condizioni di economicità e di garanzia della qualità delle prestazioni*: soddisfare le condizioni legali in materia di formazione e rispondere alle esigenze di economicità e di qualità delle prestazioni fissate dalla legge non dà ancora diritto ad un contratto di autorizzazione. Per contro, i fornitori di prestazioni che sono al beneficio di un contratto di autorizzazione devono rispettare le condizioni di economicità e di qualità delle prestazioni che figurano sia nella legge che nel contratto. Per coloro che non vi si conformano nel corso della durata del contratto («pecore nere»), intendiamo ampliare il catalogo delle sanzioni che possono essere pronunciate da un tribunale arbitrale cantonale o dall'istanza di ricorso, su proposta di un assicuratore o di una federazione di assicuratori.

### 3 **Commento alle diverse proposte**

#### *Art. 35 cpv. 1 (nuovo)*

Il principio del diritto attuale, secondo cui i fornitori di prestazioni devono adempiere le esigenze di cui agli articoli 36–40 LAMal per essere autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, rimane invariato; tuttavia tale principio non costituirà più l'unica condizione affinché i fornitori di prestazioni che dispensano prestazioni ambulatoriali possano accedere al mercato dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In effetti, i fornitori di prestazioni dovranno inoltre essere legati da un contratto di autorizzazione a uno o più assicuratori malattie riconosciuti. Uno degli obiettivi principali dell'introduzione della libertà di contrarre è proprio che gli assicuratori, ad eccezione delle cure dispensate in casi urgenti, si assumano unicamente le prestazioni dei fornitori di prestazioni con i quali hanno concluso un contratto di autorizzazione. Affinché la libertà di contrarre possa esplicare tutti i suoi effetti e in particolare creare gli incentivi necessari e promuovere reti di cure integrate che offrano tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, questa misura deve essere applicata a tutti i fornitori che dispensano prestazioni di cura ambulatoriali e solo ad essi. Ne saranno quindi interessati non solo i medici, le istituzioni di cure ambulatoriali dispensate da medici, i farmacisti, i dentisti, i chiropratici e le levatrici, ma anche tutte le persone che dispensano cure su prescrizione medica e le organizzazioni che le impiegano, vale a dire i fisioterapisti, gli ergoterapisti, il personale infermieristico, i logopedisti e ortofonisti, i dietisti nonché le organizzazioni di cura e di aiuto a domicilio e le organizzazioni di ergoterapia. Questo vale anche per gli stabilimenti di cure balneari e i laboratori. Riteniamo che anche il settore ambulatoriale degli ospedali debba essere sottoposto alla normativa concernente la soppressione dell'obbligo di contrarre anche se ciò potrà porre qualche problema di delimitazione rispetto al settore ospedaliero degli ospedali nella pratica. In questo caso si tratta di evitare di falsare la concorrenza tra le prestazioni ambulatoriali fornite in ambiente ospedaliero e quelle dispensate ambulatorialmente in uno studio privato o a domicilio. Per contro, per il settore ospedaliero degli ospedali e le case di cura, l'obbligo di contrarre degli assicuratori deve essere mantenuto. In effetti, in questi due settori la legge già prevede, per regolare il numero di fornitori di prestazioni e contenere i costi, diversi strumenti che hanno cominciato a dare frutti.

*Art. 35a cpv. 1 (nuovo)*

In un sistema fondato su un modello di contratto aperto alla concorrenza e inteso a rafforzare l'autonomia contrattuale delle parti, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori devono per principio poter scegliere liberamente i loro partner contrattuali. Per gli uni e per gli altri, la sola vera restrizione alla libera scelta dei loro partner contrattuali deve consistere nella garanzia per gli assicurati di poter disporre delle cure necessarie al loro stato di salute, in altre parole di una copertura in termini di cure sufficiente. Bisogna tuttavia formulare una riserva generale con l'obiettivo di ricordare ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori che si devono attenere alle disposizioni della legge federale sui cartelli (RS 251) e che possono esercitare la loro attività solo nel quadro e nei limiti di questa legge.

*Art. 35a cpv. 2 (nuovo)*

Come già rilevato, siamo del parere che il mercato dell'assicurazione non sia in grado di garantire da solo la sicurezza della copertura sanitaria e che di conseguenza sia necessario che i Cantoni, in virtù della loro competenza in materia di copertura sanitaria, esercitino una funzione regolatrice per garantire a tutta la popolazione l'accesso alle stesse cure, a condizioni finanziariamente sostenibili. Basandosi sulla constatazione secondo cui le diverse densità mediche rilevate nei Cantoni non sembrano influire sulla qualità e la sicurezza della copertura sanitaria, e per evitare che in futuro permangano disparità alquanto importanti che nessuna ragione di sanità pubblica giustificerebbe, riteniamo necessario attribuirci la competenza di fissare dei limiti minimi e massimi (margini) per il numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire nei Cantoni, per ciascuna categoria di fornitori di prestazioni, la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali. La fissazione di tali margini non potrà manifestamente avvenire su basi strettamente scientifiche. Risulterà soprattutto da un approccio pragmatico fondato sull'analisi comparativa della densità medica nei diversi Cantoni, seguita da un processo di avvicinamento per arrivare a un parametro nazionale di densità per le diverse categorie di fornitori di prestazioni, con un determinato margine di manovra verso il basso e verso l'alto per tener conto in una certa misura delle particolarità locali. Nell'ambito delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha depositato un postulato (03.3236) che chiede al Consiglio federale di incaricare il DFI, in collaborazione con i Cantoni, l'Ufficio federale di statistica e l'Osservatorio svizzero della salute, di realizzare uno studio prospettivo sulla demografia medica a livello nazionale. La Commissione considera che la soppressione dell'obbligo di contrarre e la definizione del fabbisogno medico da parte dei Cantoni ponga il problema di una demografia medica attendibile dal profilo scientifico e che, dal punto di vista metodologico, la definizione di questo fabbisogno in modo isolato, Cantone per Cantone, non rappresenti la soluzione adeguata. Il nostro Collegio si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato.

Secondo la nostra proposta, saranno poi i Cantoni a dover determinare all'interno dei margini da noi fissati, in funzione delle condizioni locali oggettive (p. es. import e export di pazienti, grado d'urbanizzazione, composizione della popolazione in funzione dell'età), il numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura di cure dei loro residenti. Questo numero e i relativi margini devono essere fissati sulla base di un'attività a tempo pieno. Nel quadro del suo lavoro di valutazione e di determinazione della copertura sanitaria, il governo cantonale dovrà vegliare ad una ripartizione territoriale equa dei fornitori di prestazioni, ad esempio

fissando il numero di fornitori di prestazioni necessario per questa o quella regione di un Cantone, ma anche tener conto dell'offerta di cure nei Cantoni limitrofi. Esso prenderà inoltre in considerazione l'insieme dell'offerta di cure ambulatoriali dispensate da medici che hanno lo statuto di impiegati nel quadro di istituzioni ai sensi dell'articolo 36a LAMal, come pure quella degli ergoterapisti impiegati da organizzazioni di ergoterapia. Occorrerà inoltre disciplinare la questione della presa in considerazione dell'offerta di cure ambulatoriali dispensate nel settore ambulatoriale ospedaliero o quella fornita dalle organizzazioni di cure e di aiuto a domicilio. Questo avverrà necessariamente attraverso una pianificazione delle capacità. Per quanto riguarda la presa in considerazione dei medici che praticano la dispensazione diretta nella determinazione dell'offerta, la legge prevede già oggi che i Cantoni stabiliscano le condizioni alle quali i medici autorizzati a gestire una farmacia sono parificati ai farmacisti (art. 37 cpv. 3 LAMal).

In questo contesto intendiamo sottolineare di essere pienamente coscienti delle difficoltà connesse al lavoro di valutazione e determinazione della copertura di cure imposto dal nostro disegno e non vogliamo affatto nasconderle. Riteniamo tuttavia che ciò non rappresenti un motivo per rimanere inattivi nel settore dell'offerta di cure - settore dove la necessità di agire è indiscutibile - anche se il risultato di questo lavoro in una prima fase potrà sembrare imperfetto. Il lavoro di valutazione e di determinazione dell'offerta costituisce un processo dinamico che migliorerà e si affinerà grazie alle esperienze acquisite nel corso del tempo.

#### *Art. 35a cpv. 3 (nuovo)*

Per rafforzare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 35 capoverso 1 lettera b del disegno ma anche tra gli assicuratori malattie, intendiamo lasciare agli assicuratori malattie la libertà di scegliere con quali fornitori di prestazioni vogliono collaborare, ponendo come unica restrizione l'obbligo di concludere un contratto di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno equivalente al numero fissato dal Cantone. Nel quadro della loro politica aziendale, gli assicuratori potranno tuttavia benissimo decidere di concludere un contratto con un numero di fornitori di prestazioni superiore a quello fissato dal Cantone, in modo da offrire una scelta più ampia e attirare nuovi assicurati interessati a questo aspetto e disposti a pagare premi più elevati per beneficiarne nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Nondimeno, una volta raggiunto il numero fissato dal Cantone, gli assicuratori possono rifiutare di concludere un contratto di autorizzazione con un fornitore di prestazioni che ne faccia richiesta, invocando il fatto che la copertura del fabbisogno di cure è già garantita. Non vi è dunque alcun diritto al contratto di autorizzazione, anche qualora il fornitore di prestazioni in questione rispettasse le esigenze legali del carattere economico e della garanzia della qualità (art. 56 e 58 LAMal). Nel corso delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, abbiamo già avuto occasione di ribadire che il disciplinamento in questione non metteva in pericolo la libertà economica tutelata dall'articolo 27 della Costituzione federale, che comprende in particolare il libero accesso a un'attività economica privata e il suo libero esercizio, ma che non conferisce alcun diritto ai fornitori di prestazioni di esercitare a carico di un sistema di sicurezza sociale. Nell'ambito del presente disegno non intendiamo riprendere la procedura che era stata considerata dalla conferenza di conciliazione nel quadro della seconda revisione della LAMal e che permetteva ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori di deferire il rifiuto di concludere un contratto di

autorizzazione a una commissione arbitrale cantonale (cfr. n. 1.2). Conformemente all'articolo 29a della Costituzione federale e all'articolo 6 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, che garantiscono l'accesso a un'autorità giudiziaria, un'esclusione di qualsiasi via giudiziaria non è ammissibile. Occorre partire dal presupposto che si applica l'articolo 89 capoverso 1 LAMal e pertanto il tribunale arbitrale, che è già oggi l'istanza competente per risolvere le controversie fra assicuratori e fornitori di prestazioni, si occuperà anche delle controversie relative al contratto di autorizzazione. La possibilità di adire questo tribunale in caso di rifiuto di contrarre non significa tuttavia che esso possa decidere al posto dell'assicuratore o del fornitore di prestazioni che un contratto avrebbe dovuto essere concluso. Nella misura in cui il disegno lascia ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori la libertà di contrarre o di non contrarre, il fornitore o l'assicuratore al quale è stato rifiutato un contratto d'autorizzazione potrà al massimo far valere una *culpa in contrahendo*, ossia una violazione delle regole di buona fede nelle trattative contrattuali. La realizzazione delle condizioni per una *culpa in contrahendo* non darebbe tuttavia diritto alla conclusione di un contratto d'autorizzazione, bensì unicamente a un risarcimento danni.

#### *Art. 35a cpv. 4 (nuovo)*

Per garantire la buona esecuzione del compito attribuito agli assicuratori all'articolo 35a capoverso 2 del disegno, ogni assicuratore ha l'obbligo di comunicare all'organo designato dal governo cantonale del Cantone dove esercita la sua attività l'elenco dei fornitori di prestazioni con il quali ha concluso un contratto d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a. Se constata che un assicuratore non si è attenuto a tale obbligo, questo organo deve avvisare l'autorità di sorveglianza, cioè l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), il quale prenderà le misure previste dalla legge.

#### *Art. 35a cpv. 5 (nuovo)*

Per garantire agli assicurati una certa stabilità nella relazione terapeutica con i loro fornitori di prestazioni, viene proibito agli assicuratori malattie di escludere dal loro elenco, nel corso dell'anno, fornitori di prestazioni con i quali hanno concluso un contratto d'autorizzazione. È fatto salvo il caso in cui, nel corso dell'anno, un fornitore viene escluso temporaneamente o definitivamente da qualsiasi attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in applicazione dell'articolo 59 LAMal.

#### *Art. 35b (nuovo)*

Le proposte formulate nell'ambito della seconda revisione della LAMal in relazione all'informazione degli assicurati da parte degli assicuratori (art. 7a) e da parte dei fornitori di prestazioni (art. 41a) devono essere riprese. Per motivi di coerenza, occorre tuttavia raggrupparle in un solo articolo di legge intitolato «informazione degli assicurati», articolo che deve seguire direttamente la proposta che sancisce l'iscrizione del principio contrattuale nella legge per i fornitori di prestazioni che dispensano prestazioni ambulatoriali. In effetti, come vedremo in seguito, questi due aspetti sono direttamente collegati.

*Informazione da parte degli assicuratori (cpv. 1):* per gli assicurati, la soppressione dell'obbligo di contrarre avrà come effetto che l'assicurazione obbligatoria delle

cure medico-sanitarie perderà in parte la sua trasparenza in quanto gli assicuratori non saranno più tenuti a coprire le cure dispensate da qualsiasi fornitore di prestazioni sotto forma ambulatoriale. Per rimediare, il disegno prevede che gli assicuratori saranno tenuti ad annunciare ai loro assicurati, con sufficiente anticipo (per permettere agli assicurati di cambiare assicuratore, cfr. art. 7 LAMal) e in modo esaustivo, l'elenco dei fornitori di prestazioni con i quali sono legati da un contratto di autorizzazione. Questo elenco deve poter essere consultato anche dagli altri assicurati. Lo scopo è di permettere agli assicurati di sapere quali fornitori di prestazioni sono autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure per quali assicuratori e di poter scegliere su questa base il proprio assicuratore.

*Informazione da parte dei fornitori di prestazioni (cpv. 2):* nell'attuale situazione giuridica la libertà di scelta dell'assicurato che vuole o deve consultare un fornitore di prestazioni dipende soprattutto dalla misura in cui l'assicuratore, a seconda della scelta del luogo in cui il fornitore di prestazioni esercita la sua attività, è tenuto a prendere a carico i costi. In effetti, l'articolo 41 LAMal prescrive che, in caso di cura ambulatoriale, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prende a carico i costi fino a concorrenza della tariffa applicabile nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato o nei dintorni. Se il principio contrattuale sarà introdotto nella LAMal, gli assicurati saranno liberi di scegliere i fornitori di prestazioni soltanto nella misura in cui sapranno se questi siano legati al loro assicuratore da un contratto d'autorizzazione. Attualmente gli assicurati possono normalmente partire in qualsiasi momento dal principio che l'assicuratore rimborserà effettivamente le prestazioni ambulatoriali dispensate loro da un fornitore di prestazioni. Incombe dunque unicamente al fornitore di prestazioni informare il paziente qualora sappia che un trattamento, un intervento o i suoi onorari non sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o qualora abbia o debba avere dubbi a questo proposito (DTF 119 II 456). Se in futuro la libertà di contrarre sarà introdotta nella relazione tra assicuratori e fornitori di prestazioni, gli assicurati non avranno più la garanzia che l'assicuratore prenda a carico le prestazioni dispensate da tutti i fornitori in caso di cura ambulatoriale. Per evitare questa situazione intendiamo costringere i fornitori di prestazioni a informare i loro pazienti, prima della cura, se non possono fornire prestazioni per i loro assicuratori a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie proprio per l'assenza di tale contratto. Il fornitore di prestazioni che omette di informare l'assicurato non ha diritto né a una remunerazione secondo la LAMal né di reclamare i suoi onorari nel quadro di una procedura di diritto civile. Naturalmente, i casi urgenti ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2 sono salvi. Analogamente, questo disciplinamento non è applicabile nel caso in cui un paziente, benché sia stato informato dal fornitore di prestazioni dell'assenza di contratto con il suo assicuratore, intende nonostante tutto farsi curare da lui. Potrà allora essere oggetto di pretese civili.

#### *Art. 41 cpv. 1 e 2 lett. a*

Il principio secondo cui l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni ammessi e idonei a trattare la sua malattia non è rimesso in discussione, anche se, concretamente, con l'introduzione della libertà di contrarre nel settore ambulatoriale la sua portata dovrebbe essere leggermente ridotta. L'articolo 41 capoverso 1 primo periodo LAMal può essere mantenuto tale e quale.

Detto questo, come già rilevato in relazione all'articolo 35b proposto, l'introduzione della libertà di contrarre avrà ripercussioni sulla copertura dei costi in caso di cura

ambulatoriale, il che richiede la modifica della disposizione in questione. Per contro, la normativa sulla copertura dei costi in caso di cura ospedaliera non è toccata da questa misura.

Attualmente la libertà di scelta del fornitore di prestazioni da parte degli assicurati è quasi totale nel settore ambulatoriale, con una sola restrizione: l'assicuratore copre unicamente i costi fino a concorrenza della tariffa applicabile al luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato o nei dintorni; il resto è a carico dell'assicurato o di un'eventuale assicurazione complementare se l'assicurato non tiene conto di queste condizioni del luogo. Con la soppressione dell'obbligo di contrarre, invece, la libera scelta del fornitore di prestazioni da parte degli assicurati dipenderà unicamente dalla questione di sapere se l'assicuratore, secondo la scelta del fornitore di prestazioni fatta dall'assicurato, è tenuto o meno a coprire i costi delle prestazioni fornite al suo assicurato. Nel caso affermativo, l'assicuratore dovrà prendere a carico unicamente i costi corrispondenti alla tariffa convenuta con il fornitore di prestazioni. Invece, se l'assicurato sceglie un fornitore di prestazioni non autorizzato dal suo assicuratore, quest'ultimo non dovrà assumersi i costi. Sono eccettuati i casi urgenti. Il disciplinamento della copertura dei costi nei casi urgenti rimane per contro invariata. Gli assicurati avranno così la garanzia che il loro assicuratore rimborserà loro i costi legati alla cura ambulatoriale urgente, anche se il fornitore di prestazioni non ha concluso alcun contratto di autorizzazione con quest'ultimo. In questo caso può entrare in linea di conto unicamente un fornitore di prestazioni che adempie le condizioni di autorizzazione dell'articolo 35 capoverso 1 lettera a LAMal e che è legato mediante contratto a uno o più assicuratori malattie riconosciuti. La tariffa applicabile in tal caso sarà sempre la tariffa conclusa tra i partner tariffali o la tariffa fissata dal governo cantonale in applicazione dell'articolo 47 LAMal. Il fornitore di prestazioni che può applicare più tariffe allestisce la sua fattura secondo la tariffa di sua scelta, visto che si tratta in ogni caso di tariffe approvate. Gli assicuratori possono evitare queste tariffe differenziate concludendo, nella misura del possibile, convenzioni tariffali su vasta scala.

#### *Art. 45 cpv. 2 (nuovo)*

Si può partire dal presupposto che i fornitori di prestazioni abbiano un interesse a esercitare la loro attività nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in quanto l'esperienza mostra che essa costituisce per loro un ampio bacino di pazienti e, per una maggioranza di essi, la principale fonte di guadagno. Lo stesso avverrà certamente anche in caso d'introduzione della libertà di contrarre. È tuttavia possibile che in seguito a circostanze straordinarie, ad esempio a causa di una crisi di fiducia fra partner o di una situazione di posizione di forza sul mercato, uno o più fornitori di prestazioni rifiuti di concludere un contratto di autorizzazione con uno o più assicuratori malattia. Di conseguenza, questi ultimi non potrebbero soddisfare l'obbligo di concludere un contratto di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno equivalente a quello fissato dal Cantone e pertanto la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali non potrebbe più essere garantita per tutti gli assicurati in uno o più settori di prestazioni o in talune specialità. Per rimediare a questa situazione molto ipotetica, ma che non può essere esclusa, occorre prevedere che il governo cantonale è chiamato a prendere misure temporanee per garantire malgrado tutto la conformità della cura degli assicurati alle disposizioni della legge e il rispetto della protezione tariffale. Si tratta di una specie di clausola estrema, con l'obiettivo di ristabilire quanto prima una situazione normale. Questa

missione di gestione delle situazioni di crisi rientra nella sfera di competenza tradizionale dei Cantoni in materia di sanità pubblica.

Questa possibilità per i Cantoni di garantire la copertura sanitaria è già prevista nella LAMal per far fronte a un'eventuale ricusa massiccia dei fornitori di prestazioni (cfr. a questo proposito il nostro messaggio del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattie, FF 1992 I 148). Vista la similitudine delle situazioni, occorre dare ai governi cantonali la stessa possibilità di garantire alla popolazione l'accesso alle cure mediche nei casi estremi e quindi prevedere che la normativa relativa alla ricusa dei fornitori di prestazioni (cpv. 1) si applichi per analogia.

Questa disposizione costituisce l'equivalente dell'articolo 35a capoverso 4 del disegno che copre il caso in cui, senza che il comportamento di uno o più fornitori di prestazioni ne sia la causa, un assicuratore non si è conformato all'obbligo che gli compete secondo l'articolo 35a capoverso 3 con la conseguenza che la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali dei suoi assicurati non è più garantita.

#### *Art. 46 cpv. 5*

Nel sistema attuale, il termine di disdetta o di desistenza di una convenzione tariffale è di almeno sei mesi per gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Questo termine rimarrà invariato fintanto che i partner tariffali sono legati mediante contratto di autorizzazione. Per contro, non appena un fornitore di prestazioni non è più legato mediante contratto di autorizzazione a un assicuratore, occorre ritenere che egli non faccia più parte della convenzione tariffale che li legava. In effetti, l'esistenza di un contratto di autorizzazione costituisce una premessa indispensabile per l'esistenza di una convenzione tariffale nel sistema previsto nella presente revisione. I partner sono tuttavia liberi di disciplinare la questione dell'autorizzazione e della tariffa in un unico contratto.

#### *Art. 47 cpv. 2*

Con il nostro progetto di libertà di contrarre, le prescrizioni attuali della LAMal relative all'assenza di convenzione tariffale rimarranno pienamente applicabili al settore ospedaliero e semi-ospedaliero e, in parte, al settore ambulatoriale. Deve quindi essere mantenuta la competenza, attualmente conferita al governo cantonale, di fissare una tariffa nelle situazioni di regime senza convenzione. Per contro, con l'introduzione della libertà di contrarre, occorre modificare l'articolo 47 capoverso 2 LAMal, che disciplina il caso in cui non esista alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale di un assicurato che ricorre a un fornitore di prestazioni esterno al suo luogo di residenza o di lavoro o nei dintorni (cfr. il commento all'articolo 41 del disegno). A questo proposito bisogna prevedere che il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni risiede a titolo permanente sia obbligato a fissare una tariffa qualora quest'ultima mancasse e il trattamento ambulatoriale sia stato dispensato, per motivi medici, al di fuori di un contratto di autorizzazione. Come già rilevato, con il modello contrattuale del Consiglio federale, l'esistenza di un contratto di autorizzazione costituisce una premessa indispensabile per la conclusione e l'esistenza di una convenzione tariffale.

Art. 59

Secondo l'articolo 59 LAMal, un fornitore di prestazioni può, per motivi gravi, essere escluso da un assicuratore dal diritto di fornire prestazioni dell'assicurazione malattie, in particolare se disattende le esigenze formulate negli articoli 56 e 58 LAMal. L'esclusione è applicabile se, per motivi gravi legati sia alla sua persona sia alla sua attività professionale, un fornitore di prestazioni, segnatamente un medico, pregiudica il rapporto di fiducia che deve esistere tra partner in modo tale che una collaborazione non è più ritenuta possibile da parte dell'assicuratore malattie che domanda la pronuncia di questa sanzione. L'esclusione vale attualmente per l'assicuratore che la sollecita, ma anche diversi assicuratori possono chiederla per il medesimo medico. L'esclusione si estende su tutto il territorio svizzero. Ovviamente questa misura, in una situazione in cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie costituisce per i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale un ampio bacino di pazienti e, per una maggioranza di essi, la principale fonte di guadagno, significa praticamente la fine dell'esercizio della professione per il medico che ne fosse colpito, in ogni caso se esercita a titolo indipendente. Ciò significa che questa sanzione è un'*ultima ratio*. Sebbene entri in linea di conto per un comportamento contrario ai precetti dell'economia, tale sanzione viene generalmente applicata solo nei casi in cui il fornitore di prestazioni si sia reso responsabile, oggettivamente e soggettivamente, di una tale inadempienza dei suoi obblighi legali e contrattuali che l'esclusione dal diritto di esercitare a carico dell'assicurazione malattie non può apparire contraria al principio della proporzionalità.

Fino ad oggi, le procedure davanti ai tribunali si sono concluse nella maggior parte dei casi con il rimborso dell'importo indebitamente percepito ai sensi dell'articolo 56 LAMal. I tribunali arbitrari cantonali, che conoscono una ripartizione paritetica (un giudice di professione, con due rappresentanti degli assicuratori malattie e due rappresentanti dei fornitori di prestazioni), rinunciano quasi sempre a pronunciare una misura così radicale come l'esclusione temporanea o definitiva da qualsiasi attività a carico dell'assicurazione malattie. Per rimediare a questa relativa impunità per le «pecore nere» occorre prevedere le misure seguenti.

- Estendere, in un nuovo capoverso 1, il catalogo delle sanzioni che possono essere pronunciate nei confronti di fornitori di prestazioni che non si conformano alle esigenze legali o contrattuali relative al carattere economico e alla garanzia della qualità delle prestazioni. Questa proposta è stata accettata dalle due Camere del Parlamento in occasione delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal. Questo catalogo non deve più limitarsi alla sola esclusione temporanea o definitiva da qualsiasi attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di recidiva, ma comprendere anche altre sanzioni come l'ammonizione, la restituzione di tutti o parte degli onorari percepiti per prestazioni fornite in maniera inappropriata e la multa. I tribunali competenti avranno così un margine di manovra più ampio.
- Estendere alle federazioni di assicuratori la possibilità di adire i tribunali arbitrari cantonali per chiedere che pronuncino una delle sanzioni menzionate qui sopra. Questa proposta, già da noi avanzata nel disegno di seconda revisione della LAMal (FF 2001 709), aumenterebbe l'impatto di una sanzione quale l'esclusione temporanea o definitiva da qualsiasi attività a carico dell'assicurazione obbligatoria, in quanto il numero di assicurati che il forn-

tore di prestazioni interessato non potrebbe più curare a carico dell'assicurazione obbligatoria sarebbe nettamente più elevato.

- Concretizzare nella legge, più precisamente in un nuovo articolo 59 capoverso 2, un elenco non esaustivo delle principali inadempienze alle esigenze del carattere economico e della garanzia della qualità che secondo noi giustificano la pronuncia di sanzioni ai sensi dell'articolo 59 capoverso 1 del presente disegno. A questo proposito intendiamo riprendere la lista delle inadempienze che figurava nel nostro disegno di seconda revisione della LAMal (FF 2001 709). Queste inadempienze sono il mancato rispetto dell'economicità delle prestazioni ai sensi dell'articolo 56 capoverso 1 LAMal (sostituisce il termine «polipragmasia»), il mancato o difettoso adempimento dell'obbligo di informazione secondo l'articolo 57 capoverso 6 LAMal, l'ostruzione alle misure di controllo di qualità previste dall'articolo 58 LAMal, l'inosservanza della protezione tariffale ai sensi dell'articolo 44 LAMal, il mancato trasferimento al debitore della remunerazione degli sconti diretti o indiretti percepiti dal fornitore di prestazioni in violazione della disposizione di cui all'articolo 56 capoverso 3 LAMal nonché la manipolazione fraudolenta di conteggi o il rilascio di attestati contrari alla verità (cfr., per un commento, FF 2001 631, 682–685). Si tratta di comportamenti contrari al principio dell'economicità e della qualità delle prestazioni che ledono gli assicurati non solo in quanto consumatori individuali di cure mediante la partecipazione ai costi, ma anche in quanto membri di una comunità di rischi, e che pertanto pregiudicano il sistema dell'assicurazione malattie nel suo insieme.

#### *Disposizioni transitorie, cpv. 1*

In occasione dei dibattiti sulla seconda revisione della LAMal, le due Camere volevano costringere gli assicuratori, per un periodo transitorio di quattro anni, ad essere legati contrattualmente e quindi a prendere a carico le prestazioni dispensate da tutti i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale che il 1° gennaio 2003 erano autorizzati a esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'obiettivo di questa proposta era di contenere le conseguenze che potrebbe avere per i fornitori di prestazioni già in esercizio l'introduzione immediata della libertà di contrarre. Condividiamo questo obiettivo, ma siamo del parere che la proposta sia eccessiva in termini di durata. Riteniamo che occorra mantenere unicamente per una durata di due anni l'obbligo per gli assicuratori malattie di contrarre con i fornitori di prestazioni che dispensano prestazioni sotto forma ambulatoriale che, al momento dell'entrata in vigore del presente disegno di modifica della legge, saranno autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Una durata più lunga impedirebbe al modello contrattuale proposto nel presente disegno di esplicitare i suoi effetti a breve e medio termine; in effetti essa proteggerebbe ancora per lunghi anni i fornitori di prestazioni già esercitanti, i quali non sarebbero incitati a modificare i loro comportamenti, e ciò a scapito dei nuovi fornitori di prestazioni desiderosi di accedere al mercato dell'assicurazione malattie e suscettibili di fornire un lavoro più economico e di migliore qualità.

### *Disposizioni transitorie, cpv. 2*

Secondo il presente disegno (art. 35a cpv. 2), i Cantoni devono determinare, sulla base di valori minimi e massimi previamente fissati dal nostro Consiglio, il numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali per ciascuna categoria di fornitori di prestazioni e per ogni specialità. L'obbligo imposto ai Cantoni richiede loro un certo tempo di preparazione, in quanto una simile pianificazione del settore ambulatoriale non è ancora stata eseguita in nessun Cantone. Un periodo transitorio è quindi necessario per permettere ai Cantoni di consultare gli ambienti interessati e fissare questo numero minimo in funzione delle condizioni locali. Un termine di due anni appare appropriato, segnatamente in relazione alla proposta del capoverso 1 delle disposizioni transitorie che obbliga gli assicuratori malattie a concludere un contratto d'autorizzazione per una durata di due anni con i fornitori di prestazioni che, al momento dell'entrata in vigore del presente disegno di modifica di legge, saranno autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre, fisseremo con sufficiente anticipo i margini all'interno dei quali i Cantoni dovranno determinare il numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura sanitaria per la popolazione.

Fino alla data da noi stabilita e fintanto che i Cantoni non avranno fornito la prova del bisogno, occorre prevedere che il numero di fornitori di prestazioni che, al momento dell'entrata in vigore della presente modifica di legge, sarà autorizzato a esercitare la sua attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia considerato come un limite massimo. Bisogna infatti evitare che nel frattempo il numero di fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale aumenti segnatamente in seguito alla scadenza, il 3 luglio 2005, dell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

### *Entrata in vigore*

Affinché il capoverso 2 delle disposizioni transitorie possa svolgere i suoi effetti alla scadenza dell'ordinanza summenzionata, occorre prevedere che la presente legge entri in vigore il 1° luglio 2005. Se contro di essa fosse lanciato il referendum ma quest'ultimo fosse respinto dal popolo, spetterà al Consiglio federale fissarne l'entrata in vigore.

## **4 Concomitanza con le altre modifiche di legge in discussione**

Il modello di libertà di contrarre che proponiamo non influisce sulle modifiche di legge contenute nel primo pacchetto di revisione legislativa (tessera d'assicurato, prolungamento della compensazione dei rischi, riduzione dei premi per famiglie e partecipazione degli assicurati ai costi) e viceversa. È compatibile con le modifiche di legge che intendiamo proporre nel quadro del nostro secondo pacchetto di revisione, ossia con il nuovo ordinamento del finanziamento ospedaliero e con la promozione del *managed care*. Per quanto riguarda quest'ultimo, la libertà di contrarre che proponiamo rappresenta un ulteriore incentivo per i fornitori di prestazioni, ma anche per gli assicuratori malattia, a interessarsi maggiormente ai modelli che com-

portano una scelta limitata dei fornitori di prestazioni in cambio di una riduzione dei premi a carico degli assicurati. In questo senso gli esperti ammettono che l'attuale obbligo di contrarre costituisce un freno. I fornitori di prestazioni non ritengono attualmente né interessante né necessario affrontare il rischio economico che l'adesione a questi modelli comporta.

## **5 Ripercussioni**

### **5.1 Ripercussioni finanziarie**

#### **5.1.1 Per la Confederazione**

Considerato che alla Confederazione è affidato il compito di definire i limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire, nei Cantoni, la copertura del fabbisogno di cure ai sensi dell'articolo 35a capoverso 2 del presente disegno (margini), per l'Amministrazione federale dovrebbe risulterne temporaneamente un aumento di lavoro che tuttavia dovrebbe poter essere affrontato con le risorse di personale a disposizione.

#### **5.1.2 Per i Cantoni**

L'obbligo per i Cantoni di determinare il numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali della loro popolazione implica che essi dovranno procedere a una valutazione del fabbisogno. L'attuazione di tale valutazione implicherà sicuramente un aumento di lavoro amministrativo per i Cantoni, almeno durante il periodo transitorio che sarà loro accordato per svolgere questo compito, la cui importanza dipenderà in primo luogo dalla serietà con la quale i Cantoni procederanno a questa valutazione e dalle dimensioni della medesima.

#### **5.1.3 Per l'assicurazione malattie**

L'introduzione della libertà di contrarre richiederà agli assicuratori, ma anche ai fornitori di prestazioni, nuove competenze in materia di gestione aziendale, di economia della salute e di epidemiologia. D'altro canto essa implicherà che gli assicuratori malattie potranno contrarre contratti d'autorizzazione separati con ciascuno dei fornitori di prestazioni che intendono autorizzare e quindi dovranno gestire questa diversità. In una prima fase dovrebbe risulterne un aumento di lavoro amministrativo per gli assicuratori malattie e quindi un incremento delle loro spese amministrative, che nella fattispecie sono tuttavia difficili da quantificare. La posizione degli assicuratori malattie sarà tuttavia rafforzata dal presente disegno di revisione. La soppressione dell'obbligo di contrarre e il rafforzamento della concorrenza che ne risulterà dovrebbero infatti generare a medio e lungo termine ripercussioni positive sull'evoluzione dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Le statistiche dimostrano che vi è un'interdipendenza tra densità medica e costi. Dal confronto intercantonale dei costi per abitante delle cure ambulatoriali emerge che maggiore è la densità medica, più elevati sono i costi per assicurato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Un aumento del 30 per cento della densità medica fa salire del 20 per cento i costi per abitante nel Cantone. I dati attualmente disponibili non consentono, tuttavia, né di concludere che questa correlazione continuerà in modo lineare in caso di aumento della densità medica, né di dimostrare che le cifre relative ai due Cantoni con i costi più elevati per abitante lascino prevedere una certa saturazione del mercato.

Se viene soppresso l'obbligo di contrarre, è il caso di partire dal presupposto che si produrrà una pressione dei costi sui medici attivi nelle regioni ad elevata densità medica, in particolare nei centri urbani, e che essa non potrà non ripercuotersi sul loro reddito. Pertanto, l'esercizio della libera professione medica in uno studio medico in queste regioni diventerà meno interessante rispetto all'attività svolta in un rapporto di dipendenza o in seno a un'organizzazione *managed care*. Per contro, occorre considerare che i Cantoni che oggi hanno difficoltà a garantire la sicurezza della copertura medico-sanitaria alla loro popolazione nelle regioni più periferiche in futuro potranno garantirle un approvvigionamento migliore nel settore ambulatoriale. È in tal senso che il mercato del lavoro viene influenzato. Tuttavia, sembra poco verosimile che la soppressione dell'obbligo di contrarre possa avere ripercussioni importanti sull'economia in generale. Occorre piuttosto partire dal principio che in una prima fase ne deriveranno dei cambiamenti nella ripartizione dell'offerta delle cure medico-sanitarie sia all'interno del corpo medico, sia tra le regioni o piuttosto tra i Cantoni. Sarà la legislazione o la sua attuazione a determinare in che misura la pressione sui costi dovuta alla soppressione dell'obbligo di contrarre si ripercuoterà a lungo termine sulla produttività e sulla qualità delle prestazioni.

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

La nuova perequazione finanziaria ha per oggetto una redistribuzione 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. Il nuovo modello di autorizzazione dei fornitori di prestazioni previsto dal nostro Consiglio nella presente revisione non è interessato da questa redistribuzione.

**7****Programma di legislatura**

Il disegno è annunciato nel rapporto del 25 febbraio 2004 sul programma di legislatura 2004–2007 come oggetto delle linee direttrici (FF 2004 996).

## **8 Rapporto con il diritto europeo**

### **8.1 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 20.5.2003). 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.

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.

### **8.2 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.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 è anch'esso un accordo distinto dal Codice Europeo di Sicurezza sociale e non lo abroga. Il Codice (riveduto) amplia le norme del Codice Europeo di Sicurezza sociale, segnatamente estendendo il campo d'applicazione personale, garantendo nuove prestazioni e aumentando l'importo per le prestazioni in natura. Parallelamente introduce una maggiore flessibilità: le condizioni di ratifica, infatti, sono facilitate e le norme sono formulate in modo tale da prendere in considerazione nel miglior modo possibile i disciplinamenti nazionali. Il Codice (riveduto) non è ancora stato ratificato da nessuno Stato e, quindi, non è ancora entrato in vigore.

Tra gli strumenti del Consiglio d'Europa occorre menzionare le seguenti raccomandazioni del Comitato dei ministri agli Stati membri:

- Raccomandazione n. R (80) 15 del 14 novembre 1980 concernente una migliore distribuzione delle cure mediche all'interno e all'esterno degli ospedali;
- Raccomandazione n. R (86) 5 del 17 febbraio 1986 sulla generalizzazione delle cure mediche.

### **8.3                      Compatibilità con il diritto europeo**

Il diritto europeo (diritto della Comunità europea e diritto del Consiglio d'Europa) non stabilisce norme negli altri settori trattati dalla presente revisione. Gli Stati sono liberi di determinare questi aspetti a loro discrezione.

## **9                              Basi legali**

### **9.1                          Costituzionalità**

Il presente disegno è basato sull'articolo 117 della Costituzione federale.

### **9.2                          Delega di competenze legislative**

L'articolo 96 prevede la delega al Consiglio federale della competenza di emanare disposizioni esecutive nel settore dell'assicurazione sociale malattie. Il presente disegno lo abilita ora a legiferare nei settori seguenti: fissazione dei limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario (art. 35a cpv. 2).