

Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la procedura di consultazione

Oggetti	Documenti
<i>Progetto 1A</i> Strategia globale, compensazione dei rischi, tariffe delle cure, finanziamento ospedaliero	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative - Progetto di legge federale urgente
<i>Progetto 1B</i> Libertà di contrarre	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative
<i>Progetto 1C</i> Riduzione dei premi	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative - Progetto di decreto federale
<i>Progetto 1D</i> Partecipazione ai costi	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative - Proposte di modifiche dell'OAMal

**Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la
procedura di consultazione**

*Progetto 1A Strategia globale, compensazione dei rischi,
tariffe delle cure, finanziamento ospedaliero*

- Rapporto esplicativo
- Proposte legislative
- Progetto di legge federale urgente

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie (LAMal)**

**Parte strategia globale, compensazione dei rischi, tariffe
delle cure, finanziamento ospedaliero**

Rapporto esplicativo

1 In generale

1.1 Necessità di riforme nell'assicurazione sociale malattie

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

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

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

1.2

Strategia di riforma adottata finora

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

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

Nella primavera del 2002 questa valutazione differenziata degli effetti della LAMal indusse il Consiglio federale a adottare una doppia strategia.

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

1.3

Strategia di riforma dopo la bocciatura della seconda revisione LAMal

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

1.3.1

Di principio

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

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

1.3.2

Attuazione dei contenuti

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

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

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

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

La LAMal ha modificato anche il disciplinamento dell'assunzione dei costi nel settore delle cure. Se il vecchio diritto in materia di assicurazione malattie prevedeva unicamente un obbligo limitato di prendere a carico prestazioni di cura, secondo il tenore dell'art. 25 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

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

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

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

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

Il blocco temporaneo delle autorizzazioni deve essere sostituito da una regolamentazione che fa dipendere l'autorizzazione ad esercitare a carico delle casse-malati dalla conclusione di un contratto con i singoli assicuratori. Con questa regolamentazione è soppressa l'attuale autorizzazione automatica quando sono date le condizioni legali di autorizzazione. Questo cambiamento di sistema deve essere applicato nel settore delle cure ambulatoriali, come era stato discusso in Parlamento nell'ambito della seconda revisione della LAMal. Per contro, in applicazione del loro dovere costitu-

zionale di garantire le cure mediche alla popolazione, i Cantoni devono fissare il numero minimo di fornitori di prestazioni, con i quali gli assicuratori devono stipulare un contratto. In relazione alla discussione sul finanziamento monistico si valuterà eventualmente in quale misura gli elementi della libertà di contrarre possano essere integrati del settore ospedaliero.

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

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

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

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

Dato che sull'evoluzione dei costi non incide tanto l'obbligo di copertura di una prestazione medica di per sé quanto piuttosto l'accumulo di singole forniture inadeguate, una possibile soluzione potrebbe consistere nel rafforzamento della responsabilità degli assicurati nel sistema dell'assicurazione malattie. Come discusso anche nell'ambito della 2a revisione LAMal, l'onere relativo dell'aliquota percentuale dovrebbe pertanto essere aumentato al 20 per cento, ma se ne dovrebbe mantenere invariato l'importo massimo (700 CHF l'anno). Questo permetterebbe di sgravare l'assicurazione malattie senza compromettere la socialità della partecipazione ai costi, dato soprattutto che il provvedimento non penalizza più che attualmente gli ammalati cronici.

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

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

Nelle prossime fasi legislative questa procedura a due livelli dovrebbe essere ripresa. A breve termine si tratterà, per motivi di sicurezza giuridica, di prolungare la legge federale urgente sull'adeguamento dei contributi cantonali fino all'entrata in vigore della revisione di legge concernente il finanziamento ospedaliero, dato che alla sua scadenza il calcolo dei contributi cantonali ai costi per le cure ospedaliere alle quali si sono sottoposte nel Cantone persone che beneficiano di un'assicurazione complementare sarebbe nuovamente oggetto di critiche. La presente revisione dovrà ripresentare il sistema di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, dal momento che il finanziamento ospedaliero monistico, indicato nel rapporto degli esperti sulla terza revisione LAMal quale soluzione per il futuro, solleva ancora molti interrogativi e, vista la situazione attuale, non può essere attuato senza una fase intermedia.

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

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

1.3.3 Calendario

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

Pacchetto 1

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

- *Messaggio 1A*: il primo messaggio concerne
 - la proroga della compensazione dei rischi: la compensazione dei rischi scade a fine 2005. Poiché la compensazione dei rischi è in stretta correlazione con altri temi della revisione, è necessario prorogarla in tempi rapidi;
 - il mantenimento e il congelamento delle tariffe di cura: le tariffe vanno congelate, prima che l'adempimento delle prescrizioni sulla trasparenza porti a un'assunzione integrale dei costi da parte degli assicuratori – e di riflesso a un'impennata dei premi;
 - la legge federale urgente sul finanziamento ospedaliero va prorogata fino all'entrata in vigore del modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, dato che la durata del testo attuale è limitata al 31 dicembre 2004.

Tra gli altri temi figurano le prescrizioni sul rapporto di gestione e sulla fatturazione degli assicuratori (art. 60 cpv. 4-6 della seconda revisione LAMal) e

l'introduzione di una tessera d'assicurato (art. 42a della seconda revisione LAMal).

- *Messaggio 1B*: siccome sostituirà il blocco delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni ambulatoriali, che scade nel luglio 2005, la libertà di contrarre va discussa nell'ambito del primo pacchetto. L'inasprimento delle possibilità di sanzionare i fornitori di prestazioni (art. 59 della seconda revisione LAMal) è trattato quale tema affine.
- *Messaggio 1C*: la riduzione dei premi, quale correttivo dello stato sociale più importante per il premio pro capite, va presentata ed approvata rapidamente per motivi di politica sociale – soprattutto in relazione ai miglioramenti per le famiglie con figli comportati dalla soluzione discussa durante la seconda revisione LAMal. Vista la stretta affinità tematica, questo messaggio riprenderà anche la questione della sospensione delle prestazioni e del divieto di cambiare cassa in caso di mancato pagamento dei premi (art. 61a della seconda revisione LAMal).
- *Messaggio 1D*: le disposizioni sulla partecipazione ai costi incidono fortemente sul calcolo dei premi e devono essere approvate al più tardi a metà dell'anno per consentire agli assicuratori di calcolare tempestivamente i premi per l'anno seguente. Sebbene da questo punto di vista l'entrata in vigore per il 1° gennaio 2005 di nuovi parametri per la partecipazione ai costi appaia poco realistica, è opportuno chiarire questo aspetto al più presto.

Pacchetto 2

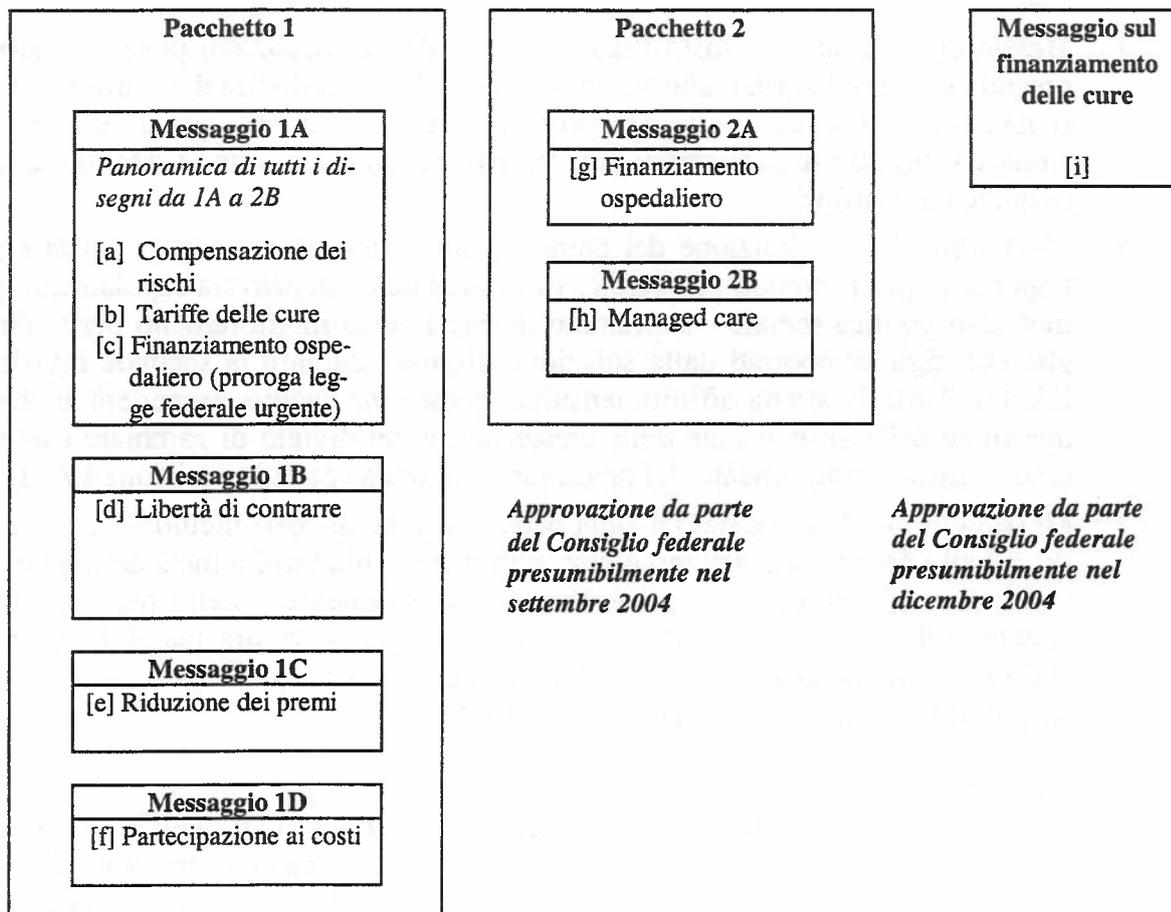
Anche per il secondo pacchetto, che giungerà sui banchi del Parlamento prima della sessione autunnale 2004, è stata chiesta una procedura accelerata in modo da consentirne l'approvazione durante la sessione invernale 2004. Il secondo pacchetto è dedicato ai temi seguenti:

- *Messaggio 2A*: il tema principale del primo messaggio della seconda fase concerne il finanziamento ospedaliero, per il quale sarà proposto il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. Il finanziamento ospedaliero può e deve essere inserito nella seconda fase soprattutto perché, da un lato, il passaggio al finanziamento delle prestazioni presuppone un certo periodo di preparazione che ne rende piuttosto improbabile l'entrata in vigore il 1° gennaio 2005 e, dall'altro, le disposizioni legali vanno sottoposte nuovamente a una consultazione ordinaria scritta a causa della loro complessità tecnica.
- *Messaggio 2B*: anche l'inserimento del settore managed care nel secondo pacchetto è motivato dalla necessità di prepararne l'attuazione dal punto di vista materiale e temporale. Inoltre, nell'ambito di questo messaggio, si valuterà come le misure già prese negli ultimi anni nell'ambito dei medicinali per il contenimento dei costi potranno essere completate con altre misure in materia.

Finanziamento delle cure

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

Panoramica dei testi di legge 2004 concernenti l'assicurazione malattie



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

2.1 Compensazione dei rischi

2.1.1 Disciplinamento vigente

Cenni storici sulla nascita del diritto vigente

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

Concezione dell'attuale compensazione dei rischi

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

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

2.1.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

La previsione che il libero passaggio integrale avrebbe compensato le forti differenze indotte nella struttura dei rischi degli assicuratori dal vecchio diritto non ha trovato conferma nella realtà. Anzi, negli ultimi anni la somma di compensazione è ulteriormente aumentata e le differenze tra le strutture dei rischi tra le diverse grandi casse contribuenti e beneficiarie rimangono sensibili. Ha per contro trovato conferma la previsione secondo cui ad optare per un assicuratore con premi più convenienti sarebbero stati piuttosto gli assicurati giovani e sani.

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

2.1.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

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

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

2.2.1 Disciplinamento vigente

Concezione della copertura dei costi nel settore ospedaliero giusta la LAMal

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

Il calcolo dei contributi per la degenza ospedaliera a carico dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie è disciplinato dall'articolo 49 capoverso 1 LAMal. Gli importi forfetari rimborsati da quest'assicurazione sono concordati sulla base di negoziati tra gli ospedali e gli assicuratori o le loro associazioni. In caso di mancato accordo, la tariffa è fissata dal governo del cantonale. Gli importi forfetari rimborsati dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie per le persone domiciliate nel Cantone coprono al massimo il 50 per cento dei costi d'esercizio computabili del reparto comune ("contributo di base"). Sebbene questo non sia espressamente menzionato nella LAMal, il Cantone si assume (in parte unitamente ai Comuni) i rimanenti costi d'esercizio computabili. L'assicurazione complementare risponde per i costi delle cure che non figurano nel catalogo delle prestazioni giusta la LAMal, quali il maggiore comfort in una camera privata o semiprivata e la libertà di scelta del medico in ospedale. Siccome buona parte degli ospedali non tiene una contabilità dei costi e delle prestazioni che corrisponde alle esigenze dell'OCPre, è difficile stabilire l'importo corrispondente al 100 per cento dei costi d'esercizio computabili. I partner contrattuali concordano i costi d'esercizio computabili nel singolo caso nell'ambito delle trattative tariffali. Il calcolo dei costi delle prestazioni a carico dell'assicurazione complementare presenta le stesse difficoltà.

Cenni storici su nascita e contenuti della legge federale urgente

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

2.2.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

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

2.2.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Al fine di disciplinare l'assunzione da parte dei Cantoni dei costi per le cure ospedaliere nel reparto privato e semiprivato con un disciplinamento applicabile, il Consiglio federale propone di prorogare fino all'entrata in vigore di un nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero le disposizioni della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per il 2004. La normativa proposta si limita prima di tutto al finanziamento dei costi d'esercizio e, in secondo luogo, al settore degli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico. Nel messaggio del 6 no-

vembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie (FF 1992 I 154 segg.) il Consiglio federale afferma esplicitamente che gli investimenti non vanno inclusi nei costi computabili per il calcolo delle indennità forfetarie. Questo principio va osservato fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni sul finanziamento ospedaliero della legge sull'assicurazione malattie, sebbene si debba rilevare che già attualmente alcuni ammortamenti sugli investimenti confluiscono nei costi d'esercizio computabili. Siccome il TFA ha stabilito che l'obbligo contributivo del Cantone giusta l'articolo 41 capoverso 3 LAMal decade se l'assicurato sceglie un ospedale privato, non sovvenzionato (DTF 123 V 310 segg.), nel quadro del nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero secondo la LAMal si dovrà vagliare la possibilità di estendere le nuove disposizioni anche agli ospedali privati.

2.3 Tariffe delle cure

2.3.1 Disciplinamento vigente

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

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

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

2.3.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore l'OCPRe. Se le case di cura adempiono i requisiti in materia di trasparenza dei costi giusta l'OCPRe, è possibile negoziare la tariffa indipendentemente dalle tariffe limite. È realistico prevedere che si giungerà a una piena trasparenza dei costi nel settore delle cure ed è presumibile che i requisiti posti

dall'OCPre saranno adempiuti in tempi relativamente brevi. Anche a prescindere da quest'ordinanza, considerato lo sviluppo demografico, medico e sociale si può prevedere che in futuro il fabbisogno di prestazioni di cura e i costi per la loro fornitura aumenteranno. Si tratta pertanto di trovare alternative per il finanziamento che tengano conto del necessario coordinamento tra le assicurazioni sociali, le prestazioni cantonali e l'assistenza sociale. Il Consiglio federale si è detto disposto a presentare una revisione in tal senso che ridefinisca e ripartisca tra i diversi rami dell'assicurazione sociale il finanziamento delle cure. Fino all'entrata in vigore di questo disegno, che dovrebbe essere presentato al Parlamento già alla fine del 2004, occorre trovare un disciplinamento transitorio atto a contenere l'evoluzione dei costi.

2.3.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

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

2.4 Esposizione dei conti

2.4.1 Disciplinamento vigente

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

Per quanto concerne l'esposizione dei conti il Consiglio federale ha fatto uso della propria competenza negli articoli 81-85 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), per definire l'esposizione dei conti nell'ambito del piano contabile uniforme (art. 82 OAMal) e delle comunicazioni all'Ufficio federale della sanità pubblica (art. 85 OAMal). Conformemente all'articolo 85 capoverso 1 OAMal gli assicuratori sono già attualmente tenuti, nell'ambito dell'esposizione dei conti, a presentare all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) il rapporto di gestione dell'anno precedente entro il 30 aprile.

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

2.4.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

È importante che i rapporti di gestione (rapporto annuale e conto annuale) degli assicuratori-malattie siano strutturati in modo trasparente e accessibili al pubblico. Le norme sull'esposizione dei conti ai sensi dell'articolo 60 capoverso 4 LAMal emanate dal Consiglio federale nell'ambito dell'OAMal e dall'UFSP, quale autorità di controllo, mediante direttiva hanno tenuto parzialmente conto di quest'esigenza nella definizione e pubblicazione del rapporto di gestione. Non esiste tuttavia nessuna norma di legge su allestimento, contenuti e pubblicazione dei rapporti di gestione degli assicuratori. La seconda revisione LAMal, bocciata in Parlamento, voleva porvi rimedio ampliando l'articolo 60 capoverso 4.

2.4.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

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

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

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

2.5 Tessera d'assicurato

2.5.1 Disciplinamento vigente

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

2.5.2 Analisi e necessità di revisione del disciplinamento vigente

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

Nel quadro dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (accordo sulla libera circolazione delle persone; RS 0.142.112.681) la Svizzera ha adottato anche la normativa CE sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori autonomi e ai loro famigliari che si spostano all'interno della Comunità; RS 0.831.109.268.1), che prevede il coordinamento ma non l'armonizzazione dei sistemi nazionali della sicurezza sociale. Ne è parte integrante l'assistenza internazionale in materia di prestazioni in natura nell'assicurazione malattie, che permette di beneficiare di prestazioni mediche in caso di malattia o infortunio durante il soggiorno in un altro Stato firmatario. Il 1° gennaio 2004 la CE ha introdotto la tessera europea di assicurazione sanitaria in sostituzione dei cosiddetti moduli E, che permettevano di beneficiare di prestazioni mediche in un altro Stato membro, sicché i moduli cartacei hanno ceduto il posto a documenti assicurativi formato carta di credito. La Svizzera ed i singoli Stati membri della CE dispongono ora di un periodo di transizione di un anno e mezzo (fino al 1° gennaio 2006) per introdurre la tessera di assicurazione sanitaria. Questo adeguamento puramente tecnico avverrà formalmente mediante una modifica dell'Allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone.

2.5.3 Peculiarità del disciplinamento proposto

Preparando la risposta al postulato Guisan in occasione della seduta speciale del 22 maggio 2002, il Consiglio federale giunse alla conclusione che il DFI avrebbe potuto inserire l'elaborazione di una base legale nel catalogo delle modifiche a breve termine al fine di consentire l'introduzione di tale strumento (che potrebbe trasfor-

marsi progressivamente da una tessera d'assicurato a una tessera più dettagliata per il paziente) nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il Consiglio federale approvò quindi nell'agosto 2002 un nuovo articolo 42a LAMal, inserito nei lavori parlamentari in corso sulla 2a revisione LAMal. Il testo della 2a revisione LAMal prevedeva pertanto già la delega al Consiglio federale dell'introduzione di una tessera d'assicurato, che fu approvata da entrambe le Camere. La presente proposta di modifica riprende alla lettera l'articolo 42a LAMal, che offre la base legale necessaria ad autorizzare il Consiglio federale a introdurre una tessera con un numero di identificazione attribuito dalla Confederazione. La tessera agevola il lavoro amministrativo comportato dalla fatturazione tra fornitori di prestazioni e assicuratori e riduce le spese amministrative. La tessera può essere utilizzata per altri scopi, quali per esempio l'accesso a dati personali in caso d'emergenza, solo con il consenso dell'assicurato, dato che questi dati sono considerati degni di particolare protezione ai sensi della legge sulla protezione dei dati.

3 Parte speciale: commento esplicativo alle singole disposizioni

3.1 Disposizioni LAMal

Articolo 42a capoverso 1 (nuovo)

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

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

Articolo 42a capoverso 2 (nuovo)

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

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

Articolo 42a capoverso 3 (nuovo)

Il capoverso 3 prevede la delega al Consiglio federale della competenza di disciplinare i dettagli. Come illustrato al capitolo 2.5.2, nello Spazio Europeo ci si adopera ai fini dell'introduzione di una tessera di assicurazione sanitaria. Il verso della tessera svizzera potrebbe servire per l'assicurazione malattie europea.

Articolo 42a capoverso 4 (nuovo)

Il diritto all'autodeterminazione in materia di informazioni concernenti i dati medici è parte integrante della tutela dei diritti fondamentali garantita costituzionalmente dall'art. 13 Cost. (protezione della sfera privata). I dati medici sono dati personali particolarmente degni di protezione ai sensi della legge sulla protezione dei dati. Il diritto all'autodeterminazione dell'assicurato per quanto concerne i suoi dati sanitari risulterebbe limitato, se l'archiviazione e l'accesso a dati in caso d'emergenza fossero obbligatori. Registrare questi dati, che il Consiglio federale preciserà dopo aver consultato le cerchie interessate, ed accedervi è pertanto possibile solo con il consenso dell'assicurato.

Articolo 60 capoverso 4

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

Articolo 60 capoverso 5 (nuovo)

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

Articolo 60 capoverso 6 (nuovo)

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

Articolo 105 capoverso 4

L'entrata in vigore della proroga di cinque anni per la compensazione dei rischi è definita di fatto dalla scadenza il 31 dicembre 2005 dell'ordinamento vigente.

Disposizione transitoria capoverso 1

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

A prescindere dal conseguimento della trasparenza dei costi, la procedura proposta limita l'assunzione dei costi delle cure da parte dell'assicurazione malattie. Conformemente alle disposizioni vigenti si dovrà rinunciare alla differenziazione tra case di cura e altri fornitori di prestazioni attivi nel settore delle cure ed alla distinzione tra cure acute e cure di lunga durata, al fine di non anticipare il nuovo disciplinamento del finanziamento delle cure e di non generare una disparità di trattamento. Nei casi in cui vengono già applicate tariffe superiori alle tariffe limite perché i fornitori di prestazioni interessati adempiono le condizioni di trasparenza, il ritorno alla situazione originale appare difficilmente compatibile con i principi della proporzionalità e della protezione della fiducia. Si propone quindi di limitare tali tariffe all'importo in vigore il 1° gennaio 2004.

3.2 Disposizioni della legge federale urgente del 21 giugno 2002

Il testo riprende quello valido per il 2004 della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie e ne prescrive la validità fino all'entrata in vigore del nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero. Secondo questa normativa, in caso di degenza in ospedale di un beneficiario di un'assicurazione complementare nel reparto privato o semiprivato di un istituto pubblico o sovvenzionato dall'ente pubblico, il Cantone deve versare un contributo pari al 100 per cento della tariffa pagata dagli assicuratori per le persone domiciliate nel Cantone che vengono ricoverate nel reparto comune dello stesso ospedale. In applicazione di questa legge o della decisione del TFA del 30 novembre 2001 i Cantoni dovrebbero coprire il 100 per cento dei costi d'esercizio computabili ma non assumersi il 100 per cento della tariffa rimborsata dagli assicuratori. Questo significa che i Cantoni non devono versare l'intero importo dovuto secondo la LAMal. La normativa presenta tuttavia il vantaggio che le tariffe dell'assicurazione di base per il reparto comune dei singoli ospedali sono fondamentalmente note, il che rende superflui ulteriori calcoli.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

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

4.2 Ripercussioni economiche

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

L'introduzione di una tessera d'assicurato comporta costi sia per gli assicuratori sia per i fornitori di prestazioni. D'altro canto, convoglia fondi sull'industria informatica con le relative conseguenze. Se si parte dal presupposto che occorre rendere leggibili le attuali raccolte di dati, consegnare una tessera ad ogni assicurato e acquistare un lettore per ogni studio medico, i costi d'introduzione vanno stimati tra i 500'000 e i 5 milioni di franchi a seconda del sistema integrato di protezione dei dati. Per l'economia pubblica questo riveste un'importanza marginale.

5 Rapporto con il programma di legislatura

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

6 Aspetti giuridici

6.1 Costituzionalità e liceità

La legge federale si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale, in virtù del quale la Confederazione è interamente competente per l'istituzione dell'assicurazione malattie.

6.2 Forma dell'atto normativo

La forma dell'atto normativo va sottolineata solo nel caso del finanziamento ospedaliero, dato che il disciplinamento transitorio proposto sarà emanato sotto forma di legge federale urgente di durata limitata. Leggi di questo tipo possono essere dichiarate urgenti ai sensi dell'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale se sono urgenti in senso materiale o temporale. Nel presente caso l'urgenza temporale è dettata dal fatto che la legge federale urgente in vigore scade a fine 2004 senza che entri in vigore un nuovo disciplinamento in materia di finanziamento ospedaliero.

6.3 Delega di competenze legislative

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

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

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del ...¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 42 Rubrica

Principio

Art. 42a (nuovo) Tessera d'assicurato

¹ Il Consiglio federale può stabilire che ogni assicurato riceva una tessera d'assicurato con un numero d'identificazione assegnato dalla Confederazione per il periodo del suo assoggettamento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Questa tessera dispone di un'interfaccia per l'utente ed è utilizzata per la fatturazione delle prestazioni conformemente alla presente legge.

³ Il Consiglio federale disciplina l'introduzione della tessera da parte degli assicuratori e gli standard tecnici da applicare.

⁴ D'intesa con l'assicurato, la tessera può contenere dati personali che possono essere richiamati in caso d'emergenza. Sentite le cerchie interessate, il Consiglio federale può stabilire l'entità dei dati che possono essere memorizzati sulla tessera.

Art. 60 cpv. 4, 5 e 6 (nuovo)

⁴ Per ogni esercizio, gli assicuratori allestiscono un rapporto di gestione composto del rapporto annuale e del conto annuale. Il Consiglio federale stabilisce in quali casi deve essere allestito anche un conto di gruppo.

⁵ Il rapporto di gestione deve essere allestito secondo le prescrizioni del Codice delle obbligazioni sulla società anonima e secondo le disposizioni della presente legge.

⁶ Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni, segnatamente sulla tenuta della contabilità, l'esposizione e il controllo dei conti, il rapporto di gestione, la co-

¹ FF 2004 ...
² RS 832.10

stituzione delle riserve e i collocamenti di capitale. Stabilisce in particolare come deve essere pubblicato il rapporto di gestione o come deve essere reso accessibile al pubblico.

Art. 105 cpv. 4 primo periodo

⁴ La compensazione dei rischi è limitata a cinque anni a decorrere dall'entrata in vigore della modifica del

II

Disposizione transitoria della modifica del ...

In deroga all'articolo 25 capoverso 2 lettera a, fino all'entrata in vigore di un nuovo disciplinamento, per l'assunzione dei costi delle prestazioni delle cure dispensate a domicilio, ambulatoriamente o in una casa di cura, al più tardi fino al 31 dicembre 2006, non possono essere superate le tariffe limite fissate dal Dipartimento conformemente all'articolo 104a. Sono fatte salve le tariffe e le convenzioni tariffali che il 1° gennaio 2004 superavano già le tariffe limite. Esse sono limitate all'importo in vigore il 1° gennaio 2004.

III

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Eccettuato il capoverso 3, qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2005 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.

³ L'articolo 105 capoverso 4 entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del ...¹,

decreta:

I

La legge federale del 21 giugno 2002² sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 1 cpv. 1

¹ In deroga all'articolo 49 capoversi 1 e 2 della legge federale del 18 marzo 1994³ sull'assicurazione malattie, i Cantoni partecipano alla copertura dei costi delle cure stazionarie prestate sul loro territorio nei reparti semiprivati o privati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico per l'ammontare delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone.

Art. 3 cpv. 3 (nuovo)

³ La durata di validità della presente legge è prorogata fino all'entrata in vigore di una revisione della legge federale sull'assicurazione malattie nel settore del finanziamento ospedaliero, al più tardi però fino al 31 dicembre 2006.

II

Disposizione finale

¹ La presente legge è dichiarata urgente secondo l'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale e sottostà al referendum facoltativo conformemente all'articolo 141 capoverso 1 lettera b della Costituzione federale.

² Entra in vigore il 1° gennaio 2005 con effetto fino al 31 dicembre 2006.

1 FF 2004 ...

2 RS 832.14

3 RS 832.10

**Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la
procedura di consultazione**

Progetto 1B Libertà di contrarre

- Rapporto esplicativo
- Proposte legislative

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

Parte libertà di contrarre

Rapporto esplicativo

Introduzione

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 ad 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. Tuttavia, 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 ad 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.

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 suo messaggio del 21 settembre 1998 relativo a questa revisione (FF 1999 687), il Consiglio federale ha 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 Consiglio federale 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 Consiglio federale 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 invitava il Consiglio federale 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 il Consiglio federale ha ricevuto dalle due Camere il mandato di esaminare tale questione.

La proposta mandata in consultazione dal Consiglio federale 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, il

Consiglio federale è giunto alla medesima conclusione e ha rinunciato a proporre al Parlamento, nel quadro del suo messaggio del 18 settembre 2000 sulla (seconda) revisione della LAMal (FF 2001 631), una soppressione dell'obbligo di contrarre concernente tutti i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale. Si è però pronunciato a favore di una soppressione limitata ai fornitori che hanno compiuto i 65 anni. Per diverse ragioni, il Consiglio federale ha tuttavia rinunciato a sostenere la sua proposta durante i dibattiti parlamentari.

1.2 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 Consiglio federale fissa 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. La disdetta deve essere motivata se il fornitore di prestazioni lo richiede.
- 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, il Consiglio federale è giunto 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. Il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di esaminare in maniera approfondita le possibili tappe di riforma 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 gli assicuratori concludono un numero di contratti superiore a quello previsto dal Cantone nel rispetto delle disposizioni federali, essi 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 constata-
tano tuttavia che il grado di soddisfazione della popolazione nei confronti 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 maggiori: 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 auspicata dal Consiglio federale. 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 il Consiglio federale intende

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 capitolo 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, il Consiglio federale non intende 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. Il Consiglio federale non intende tuttavia riproporla, prolungandola nel tempo, nel quadro del presente progetto. 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, attualmente è praticamente privo d'importanza se la copertura sanitaria in un Cantone o in una regione sia eccessiva oppure se le prestazioni siano fornite in maniera efficiente. 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 infernale in maniera efficace. Per questa ragione il Consiglio federale, dopo approfondite riflessioni, si pronuncia a favore di questa misura nel quadro della presente revisione; esso intende tuttavia disciplinarla con un certo numero di norme, sulle quali tornerà in seguito.

Con il modello della soppressione dell'obbligo di contrarre, che intende proporre nel quadro della presente revisione, il Consiglio federale persegue 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, il Consiglio federale intende lasciare agli assicuratori malattie la libertà di scegliere i loro partner contrattuali e quindi responsabilizzarli a tale proposito. La concorrenza può funzionare 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 del fornitore di prestazioni da lui effettuata. 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 dal Consiglio federale con il suo modello è la diminuzione della copertura eccedentaria, laddove esista, del fabbisogno di cure ambulatoriali nei cantoni. Per raggiungerlo, esso intende 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 volontà del Consiglio federale 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 volontà del Consiglio federale di coinvolgere maggiormente i Cantoni su questo punto oltrepassa tuttavia il semplice quadro della ripartizione delle competenze tra Cantoni e Confederazione. Di fatto, il Consiglio federale considera 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.

Il modello di soppressione dell'obbligo di contrarre proposto dal Consiglio federale 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'apertura di un simile 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 proposto dal Consiglio federale 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, segnatamente 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.

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 economiche possibili.

Il progetto del Consiglio federale di sopprimere l'obbligo di contrarre è volto a sostituire l'attuale assicurazione di base ordinaria con un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni che dispensa prestazioni ambulatoriali, come modello di base. Con tale misura il Consiglio federale intende frenare l'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie mediante un contenimento del volume delle prestazioni. Per raggiungere questo obiettivo, esso intende 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 suo progetto, il Consiglio federale desidera offrire un maggior margine di manovra agli assicuratori malattie e ai fornitori di prestazioni per quanto concerne la scelta del loro partner contrattuale. Esso vuole tuttavia disciplinare questo margine di manovra con un certo numero di norme che vengono così a costituire le condizioni quadro necessarie alla realizzazione del suo modello:

- *Garanzia della copertura del fabbisogno di cure:* come le due Camere in occasione delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, il Consiglio federale desidera che i Cantoni definiscano e garantiscano la copertura del fabbisogno di cure della loro popolazione, ma all'interno di un quadro da esso previamente stabilito. Auspica 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:* adempiere 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 conformino nel corso della durata del contratto ("pecore nere"), il Consiglio federale intende 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.

Articolo 35 capoverso 1 lettere a e b (nuovo)

Il principio del diritto attuale, secondo cui i fornitori di prestazioni devono adempiere le esigenze di cui agli articoli 36-40, 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, allo scopo di rafforzare l'autonomia contrattuale nella relazione tra fornitori di prestazioni e assicuratori, 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 contrattuale 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. Per coerenza, 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. Il Consiglio federale considera che anche il settore ambulatoriale degli ospedali debba essere sottoposto alla normativa concernente la soppressione dell'obbligo di contrarre. 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 prevede già diversi strumenti per regolare il numero di fornitori di prestazioni e contenere i costi.

Articolo 35a capoverso 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.

Articolo 35a capoverso 2 (nuovo)

Come già rilevato, il Consiglio federale è 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, il Consiglio federale ritiene necessario attribuirsi 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. Una tale fissazione 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 ad un parametro nazionale di densità per le diverse categorie di fornitori di prestazioni, con un certo margine di manovra verso il basso e verso l'alto per tener conto in una certa misura delle particolarità cantonali. Saranno poi i Cantoni a dover determinare all'interno dei margini fissati dal Consiglio federale, 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 margini devono basarsi su 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 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. Occorrerà inoltre disciplinare la questione della presa in considerazione dell'offerta di cure ambulatoriali dispensate nel settore ambulatoriale ospedaliero.

Articolo 35a capoverso 3 (nuovo)

Detto questo, per rafforzare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 35 capoverso 1 lettera b del progetto ma anche tra gli assicuratori malattie, il Consiglio federale intende lasciare agli assicuratori malattie la libertà di scegliere con quali fornitori di prestazioni vogliano 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 possono 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 così nuovi assicurati interessati a questo aspetto e disposti a pagare premi più elevati per beneficiarne. 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 (articoli 56 e 58 LAMal). Nel quadro di questo progetto, il Consiglio federale non intende riprendere la procedura che era stata considerata dalla conferenza di conciliazione nel quadro della 2a revisione della LAMal e che permetteva ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori di portare il rifiuto di concludere un contratto di autorizzazione davanti ad una commissione arbitrale cantonale (cf. cifra. 1.2). Il Consiglio federale considera che, se si intende dare ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori veramente la libertà di scegliere i loro partner contrattuali, non è il caso di istituire una tale istanza che interverrebbe ulteriormente nella scelta, con il pericolo di rimettere in causa il principio stesso della libertà di contrarre.

Articolo 35a capoverso 4 (nuovo)

Per garantire la buona esecuzione del compito attribuito agli assicuratori all'articolo 35a capoverso 2 del progetto, 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 i quali ha concluso un contratto d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a. Se questo organo constata che un assicuratore non si è attenuto a tale obbligo, deve avvisare l'autorità di sorveglianza, cioè l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Articolo 35a capoverso 5 (nuovo)

Infine, sempre nell'ambito dell'articolo 35a del progetto e 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 riservato 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.

Articolo 35b (nuovo)

Le proposte formulate nell'ambito della seconda revisione della LAMal in relazione all'informazione degli assicurati da parte degli assicuratori da un lato (art. 7a) e da parte dei fornitori di prestazioni dall'altro (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. Con l'introduzione della libertà contrattuale nella relazione tra fornitori di prestazioni e assicuratori, questi ultimi non saranno infatti più tenuti a coprire le cure dispensate da qualsiasi fornitore di prestazioni, come è il caso attualmente. Affinché nel modello di contratto

contrattuale gli assicurati possano continuare a scegliere con cognizione di causa i fornitori di prestazioni che possono esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori saranno tenuti ad annunciare ai loro assicurati, con sufficiente anticipo e in modo esaustivo, l'elenco dei fornitori di prestazioni con i quali sono legati da un contratto di autorizzazione.

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 contrattuale 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. È per evitare questo che bisogna 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.

Articolo 41 capoversi 1 e 2 lettera 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 contrattuale 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 al quale è legato mediante contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a del progetto. .

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. Se questo fornitore di prestazioni può applicare più tariffe, egli 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.

Articolo 45 capoverso 2 (nuovo)

Si può partire dal principio 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. Con il modello contrattuale proposto dal Consiglio federale, tutti gli assicuratori saranno tenuti, nei Cantoni dove esercitano la loro attività, a concludere contratti di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni equivalente a quello fissato dal Cantone. La ratio legis di questa proposta non è soltanto di evitare che la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali della popolazione in generale sia messa in pericolo; è anche e soprattutto di fare in modo che gli assicurati di un assicuratore, il quale senza questa disposizione non concluderebbe dei contratti di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni equivalente al numero minimo fissato dal Cantone, non siano sfavoriti per rapporto agli assicurati di un altro assicuratore che, per garantire ai suoi assicurati l'offerta di cure necessaria al loro stato di salute, conclude dei contratti di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno equivalente al numero fissato dal Cantone.

Se in seguito a circostanze straordinarie non dovesse essere concluso alcun contratto di autorizzazione o comunque non con un numero di fornitori di prestazioni equivalente al numero minimo fissato dal Cantone in cui l'assicuratore esercita la sua attività, e quindi la cura degli assicurati di quest'ultimo non potrebbe più essere assicurata in uno o più settori di prestazioni o in determinate specialità, il governo cantonale dovrebbe essere 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 messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattie, FF 1992 I 148). Visto che l'assenza di contratti di autorizzazione o la conclusione di contratti di autorizzazione in numero insufficiente rischiano di comportare gli stessi problemi per gli assicurati, 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.

Articolo 46 capoverso 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.

Articolo 47 capoverso 2

In caso di soppressione dell'obbligo 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 assegnata 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 progetto). 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 sistema contrattuale l'esistenza di un contratto di autorizzazione costituisce una premessa indispensabile per la conclusione e l'esistenza di una convenzione tariffale.

Articolo 59 capoversi 1 e 2 (nuovo)

Secondo l'articolo 59 LAMal in vigore, 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 56-58 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 vale per tutto il territorio svizzero. Ovviamente questa misura, in una situazione caratterizzata da una densità di assicurati vicina al 100 per cento, significa praticamente la fine dell'esercizio della professione per il medico che ne sarebbe 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 avanzata dal Consiglio federale nel quadro del suo 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 fornitore 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 il Consiglio federale giustificano la pronuncia di sanzioni ai sensi dell'articolo 59 capoverso 1 del suo progetto. A questo proposito il Consiglio federale intende riprendere la lista delle inadempienze che figurava nel suo disegno di seconda revisione della LAMal (FF 2001 709). Queste inadempienze sono la polipragmasia o eccessivo consumo medico, 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, i quali 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, capoverso 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. Il Consiglio federale condivide questo obiettivo, ma è del parere che la proposta si spinga troppo in là in termini di durata. Per il Consiglio federale occorre 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 quadro del presente progetto 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 economico e di qualità.

Disposizioni transitorie, capoverso 2

Secondo il progetto (art. 35a cpv. 2), i Cantoni devono determinare, sulla base di valori minimi e massimi previamente fissati dal Consiglio federale, il numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura del fabbisogno di cu-

re 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. In occasione delle deliberazioni sulla seconda revisione della LAMal, le due Camere avevano proposto un termine di tre anni dall'entrata in vigore della revisione. Un termine di due anni appare comunque a priori più 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 progetto di modifica di legge, saranno autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre, il Consiglio federale fisserà 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 fissata dal Consiglio federale 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 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

In assenza di referendum la presente legge entrerà presumibilmente in vigore il 1° luglio 2005. Infatti, il 3 luglio 2005 scadrà l'ordinanza del Consiglio federale che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

4.1.1 Ripercussioni finanziarie 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 progetto (margini), per l'amministrazione federale dovrebbe risulterne temporaneamente un aumento di lavoro che dovrebbe poter essere affrontato con le risorse di personale esistenti.

4.1.2 Ripercussioni finanziarie 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 un certo periodo. L'importanza di questo lavoro supplementare dipenderà in primo luogo dalla serietà con la quale i Cantoni procederanno a questa valutazione e dalle dimensioni della medesima.

4.1.3 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie

L'introduzione di una vera e propria concorrenza tra fornitori di prestazioni 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 risultarne 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 progetto 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.

4.2 Ripercussioni economiche

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. Dunque, non c'è ragione di ammettere che i costi non aumentano con l'incremento della densità medica.

Se viene soppresso l'obbligo di contrarre, è il caso di partire dal principio 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.

5 Legame con il programma di legislatura

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

6 Basi legali

6.1 Costituzionalità

Il progetto è basato sull'articolo 117 della Costituzione federale.

6.2 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 progetto 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).

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Libertà di contrarre)

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del ...¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 35 cpv. 1 lett. a e b (nuovo)

¹ Sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che:

- a. adempiono le condizioni giusta gli articoli 36–40 e
- b. se dispensano le loro prestazioni ambulatoriamente, hanno concluso un contratto di autorizzazione conformemente all'articolo 35a con uno o più assicuratori malattie.

Art. 35a (nuovo) Contratto di autorizzazione

¹ Per quanto la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali sia garantita nei Cantoni, i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 1 lettera b e gli assicuratori possono scegliere liberamente i loro partner nel contratto di autorizzazione. Sono fatte salve le disposizioni della legge del 6 ottobre 1995³ sui cartelli.

² Il Consiglio federale fissa limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire nei Cantoni la copertura del fabbisogno conformemente al capoverso 1 (margini). I Cantoni stabiliscono all'interno di questi margini il numero di fornitori di prestazioni di cui devono disporre, tenendo conto delle condizioni locali. Vegliano a una ripartizione equa dei fornitori di prestazioni sul loro territorio. Tengono segnatamente conto dell'offerta nei Cantoni limitrofi.

³ In tutti i Cantoni in cui esercitano la loro attività, gli assicuratori devono concludere un contratto di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno equivalente al numero fissato dal Cantone conformemente al capoverso 2.

⁴ Gli assicuratori comunicano l'elenco dei fornitori di prestazioni con i quali hanno concluso un contratto di autorizzazione all'organo designato dal governo cantonale

¹ FF 2004 ...

² RS 832.10

³ RS 251

nel quale esercitano la loro attività. Questo organo esamina se gli assicurati hanno adempiuto il loro obbligo conformemente al capoverso 3. In caso contrario, informano l'Ufficio, che prende le misure di cui all'articolo 21 capoverso 5.

⁵ Nessun fornitore di prestazioni può essere radiato nel corso dell'anno civile dall'elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati. È fatto salvo il caso in cui il fornitore di prestazioni è escluso temporaneamente o definitivamente da qualsiasi attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente all'articolo 59.

Art. 35b (nuovo)

Informazione degli assicurati

¹ Gli assicurati possono consultare in ogni momento presso il loro assicuratore l'elenco dei fornitori di prestazioni con i quali esso ha concluso un contratto di autorizzazione secondo l'articolo 35a o possono chiedere informazioni in merito. L'assicuratore deve inoltre indicare con sufficiente anticipo e in modo esaustivo ai suoi assicurati l'elenco dei fornitori di prestazioni che ha autorizzato e informarli su ogni modifica dello stesso.

² I fornitori di prestazioni devono informare gli assicurati, prima della cura, se non possono fornire prestazioni per il loro assicuratore a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perché non sono legati a quest'ultimo da un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a. In caso contrario, non hanno alcun diritto alla remunerazione secondo il diritto civile.

Art. 41 cpv. 1 e 2 lett. a

¹ L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore assume i costi corrispondenti alla tariffa convenuta con il fornitore di prestazioni con il quale ha concluso un contratto di autorizzazione conformemente all'articolo 35a. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore assume al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato.

² Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

- a. da un fornitore di prestazioni con il quale l'assicuratore ha concluso un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a.

Art. 45 cpv. 2 (nuovo)

² Il capoverso 1 è applicabile per analogia se, a causa della mancata autorizzazione da parte di un assicuratore di un numero di fornitori di prestazioni almeno equivalente al numero fissato dal Cantone secondo l'articolo 35a capoverso 2, la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali non è garantita conformemente alla presente legge.

Art. 46 cpv. 5

Il termine di disdetta di una convenzione tariffale o di desistenza ai sensi del capoverso 2 è di almeno sei mesi. A partire dal momento in cui non è più legato a un assicuratore da un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a, un fornitore di prestazioni non è più considerato parte alla convenzione tariffale.

Art. 47 cpv. 2

² Se non esiste alcuna convenzione tariffale per una cura ambulatoriale dell'assicurato fuori da un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a oppure per la cura ospedaliera o semiospedaliera dell'assicurato fuori dal suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.

Art. 59 cpv. 1 e 2 (nuovo) Violazione degli obblighi dell'economicità e della garanzia della qualità delle prestazioni

¹ I fornitori di prestazioni che violano gli obblighi dell'economicità e della garanzia della qualità delle prestazioni previsti nella legge (art. 56 e 58) o in un contratto sono oggetto di sanzioni. Queste ultime sono costituite dall'ammonimento, dalla restituzione totale o parziale degli onorari percepiti per prestazioni fornite in modo inadeguato, dalla multa e, in caso di recidiva, dall'esclusione temporanea o definitiva di qualsiasi attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89 decide la sanzione adeguata su proposta di un assicuratore o di una federazione di assicuratori.

² Sono considerate violazioni degli obblighi legali o contrattuali di cui al capoverso 1 in particolare:

- a. la polipragmasia;
- b. il mancato o difettoso adempimento dell'obbligo di informazione di cui all'articolo 57 capoverso 6;
- c. il rifiuto di partecipare alle misure intese a garantire la qualità di cui all'articolo 58;
- d. l'inosservanza della protezione tariffale di cui all'articolo 44;
- e. il non avere fatto usufruire di sconti secondo l'articolo 56 capoverso 3 il debitore della remunerazione;
- f. la manipolazione fraudolenta dei conteggi o il rilascio di attestati non veritieri.

II

Disposizioni transitorie della modifica del ... (libertà di contrarre)

¹ Gli assicuratori devono concludere un contratto di autorizzazione di due anni con tutti i fornitori che dispensano prestazioni ambulatoriali che, al momento dell'entrata in vigore della presente modifica, erano autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Il Consiglio federale fissa la data a partire dalla quale i Cantoni devono aver soddisfatto gli obblighi di cui all'articolo 35a capoverso 2. Fino a questa data, e per quanto i Cantoni non abbiano fornito la prova del bisogno, il numero di fornitori di prestazioni che, al momento dell'entrata in vigore della presente modifica, erano autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vale come limite massimo.

III

¹ La presente legge sottostà a referendum.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° luglio 2005. Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore in caso di referendum e di rigetto dello stesso in votazione popolare.

Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la procedura di consultazione

Progetto 1C Riduzione dei premi

- Rapporto esplicativo
- Proposte legislative
- Progetto di decreto federale

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

Parte Riduzione dei premi

e

**Decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione
malattie**

Rapporto esplicativo

1 **Parte generale**
1.1 **Riduzione dei premi mediante i sussidi dell'ente pubblico**
1.1.1 **Genesi**

Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie

In conformità alla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), il finanziamento dell'assicurazione malattie è garantito dai premi individuali, da una partecipazione ai costi da parte degli assicurati e dai sussidi dell'ente pubblico per la riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizione economica modesta, con cui s'intende garantire la solidarietà fra le persone dai redditi diversi. La riduzione dei premi, per di più finanziata dagli introiti fiscali, è infatti il corrispettivo sociale al premio pro capite che non tiene conto della capacità finanziaria degli assicurati.

Il progetto contenuto nel messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattie del 6 novembre 1991 (FF 1992 I 65), pur lasciando a ciascun Cantone la competenza di eseguire il dispositivo della riduzione dei premi, tendeva tuttavia ad armonizzare le normative d'applicazione per poter esaminare, in particolare, l'equivalenza delle normative cantonali. Il progetto prevedeva che, se il totale dei premi di un assicurato e dei familiari a suo carico avesse superato una determinata percentuale del suo reddito stabilita dal Cantone, lo Stato si sarebbe assunto l'importo eccedente. I Cantoni avrebbero dovuto basarsi sul reddito imponibile in conformità all'imposta federale diretta. Per evitare che le persone che dispongono di una sostanza considerevole, ma di un basso reddito imponibile, beneficino anche loro delle riduzioni dei premi, i Cantoni avrebbero dovuto tenere conto anche della sostanza oltre che del reddito imponibile. Tuttavia, siccome la sostanza non è soggetta a un'imposta federale, i Cantoni si sarebbero basati sulla propria legislazione fiscale.

Tuttavia, nel corso dei dibattiti parlamentari concernenti la nuova legge sull'assicurazione malattie è subito emersa una preferenza per un concetto più federalista della riduzione dei premi. Il progetto è stato dunque modificato come segue:

- conformemente all'articolo 66 capoverso 1 LAMal, la Confederazione accorda annualmente ai Cantoni sussidi per la riduzione dei premi dell'assicurazione malattie degli assicurati di condizione economica modesta. L'articolo 66 capoverso 2 LAMal prevede che l'ammontare di questi sussidi sia fissato mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione. Giusta l'articolo 66 capoverso 3 LAMal, il Consiglio federale stabilisce la quota che spetta a ciascun Cantone in base alla sua popolazione residente, alla sua capacità finanziaria e al suo premio medio cantonale; quest'ultimo criterio di ripartizione è stato tuttavia abbandonato nel 2001;
- i Cantoni, da parte loro, hanno la competenza e la responsabilità, da un lato, di definire le modalità della riduzione dei premi (determinazione della cerchia dei beneficiari, dell'ammontare, della procedura e delle modalità di pagamento) in

virtù dell'articolo 65 capoversi 1 e 2 LAMal, e, dall'altro, di integrare i sussidi federali con contributi propri in conformità all'articolo 66 capoversi 4 e 5 LAMal. Il Consiglio federale decide, secondo la capacità finanziaria dei Cantoni, il contributo minimo di questi ultimi ai sussidi federali (art. 66 cpv. 4 1° periodo LAMal). Il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali (art. 66 cpv. 4 2° periodo LAMal). Ogni Cantone può diminuire al massimo del 50% il contributo che è tenuto a versare se è comunque garantita la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta. I sussidi federali accordati sono quindi ridotti in modo corrispondente (art. 66 cpv. 5 LAMal).

Prima revisione parziale della LAMal

Nella prima revisione della LAMal (Messaggio del Consiglio federale del 21 settembre 1998; FF 1999 I 687), entrata in vigore nel 2001, si è rinunciato a definire nel diritto federale la nozione giuridica indeterminata di "condizione economica modesta" o a delimitare la cerchia dei beneficiari. L'articolo 65 capoverso 1 LAMal è stato integrato, tuttavia, nel senso della giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 122 I 343) da un secondo periodo che attribuisce al Consiglio federale la competenza di estendere la cerchia degli aventi diritto, in particolare ai lavoratori stagionali.

Varie modifiche sono state introdotte all'articolo 65 LAMal per garantire che le procedure cantonali rispondano a criteri più severi. Allo scopo di mitigare la rigidità dei sistemi basati sulla dichiarazione d'imposta, la LAMal obbliga i Cantoni a tener conto delle situazioni economiche e familiari più recenti per accordare le riduzioni dei premi (art. 65 cpv. 3 1° periodo LAMal). I Cantoni devono garantire anche un versamento rapido dei sussidi in modo tale che gli assicurati aventi diritto non siano costretti ad anticipare l'importo dei premi di tasca propria (art. 65 cpv. 3 2° periodo LAMal). Infine, i Cantoni sono tenuti a informare regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi (art. 65 cpv. 4 LAMal).

Inoltre, la prima revisione della LAMal ha conferito al Consiglio federale la competenza di emanare le necessarie disposizioni che gli permettono di ottenere le informazioni necessarie per pronunciarsi a buon diritto sull'efficacia della riduzione dei premi (art. 65 cpv. 6 LAMal).

Infine, il Consiglio federale si è visto attribuire la competenza di autorizzare i Cantoni a riportare all'esercizio seguente le differenze annuali tra l'importo dei sussidi federali e cantonali e l'importo dei sussidi versati (art. 66 cpv. 6 LAMal).

Modifiche derivanti dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone

In virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, la Svizzera deve accordare le riduzioni dei premi anche alle persone di condizione economica modesta assicurate in Svizzera ma residenti in uno Stato membro della Comunità europea. I nuovi articoli 65a e 66a sono stati dunque introdotti nella LAMal (messaggio del Consiglio federale del 31 maggio 2000; FF 2000 3537). Il primo prevede che i Cantoni debbano accordare delle riduzioni dei premi agli assicurati residenti all'estero che hanno un legame attuale con un determinato Cantone (art. 65a LAMal). Il se-

condo prevede che la Confederazione accordi le riduzioni dei premi agli assicurati che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea senza avere altri legami con la Svizzera, purché i Cantoni abbiano rifiutato di eseguire e di finanziare le riduzioni dei premi per tali persone (art. 66a LAMal).

Seconda revisione parziale della LAMal

Nel progetto di seconda revisione della LAMal (messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000; FF 2001 631), il Consiglio federale non proponeva alcuna modifica relativa alla riduzione dei premi. Nella sessione invernale 2001, nell'ambito della prima lettura di questa revisione, il Consiglio degli Stati ha deciso, tuttavia, di ridefinire la cerchia dei beneficiari della riduzione individuale dei premi. Basandosi sul progetto iniziale della LAMal del 1991, esso ha previsto che la riduzione dei premi debba essere calcolata in modo tale che i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei componenti della stessa economia domestica non eccedano l'8% del reddito di tale economia domestica, corretto da un fattore che tiene conto della sostanza. Con l'introduzione di questo obiettivo sociale si voleva proporre una specie di controprogetto all'iniziativa popolare lanciata dal partito socialista svizzero "La salute a prezzi accessibili" (messaggio del Consiglio federale del 31 maggio 2000; FF 2000 3707). La realizzazione di questo obiettivo dell'8% in tutti i Cantoni presupponeva un unico aumento dei sussidi federali di 300 milioni di franchi e in seguito del 3% all'anno.

Il modello adottato dal Consiglio degli Stati è stato oggetto di critiche, da un lato, per le cospicue conseguenze finanziarie e, dall'altro, perché non faceva sufficienti distinzioni secondo i bisogni degli assicurati. Di conseguenza, su incarico del Consiglio federale in seguito alla seduta del 22 maggio 2002 dedicata all'assicurazione malattie, un gruppo di lavoro costituito dai rappresentanti dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, dell'Amministrazione federale delle finanze, dell'Amministrazione federale delle contribuzioni e delle Conferenze dei direttori cantonali della sanità e delle finanze ha elaborato vari modelli di riduzione dei premi, raccomandando di rifiutare i modelli basati sul "principio dell'innaffiatoio". Nel corso della seduta del 21 agosto 2002, il Consiglio federale ha quindi deciso di proporre un modello con un obiettivo sociale differenziato che prevede che i Cantoni accordino, da un lato, una riduzione dei premi agli assicurati in generale e, dall'altro, alle famiglie per le quali i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano un onere eccessivo. Per questi due gruppi di persone, i Cantoni dovevano definire almeno quattro categorie di reddito e accordare una riduzione dei premi in modo tale che la partecipazione scaglionata degli assicurati ammontasse a un importo compreso al massimo fra il 2 e il 10% del reddito per le famiglie e fra il 4 e il 12% del reddito per gli altri aventi diritto. La Confederazione avrebbe accettato di mettere a disposizione 100 milioni di franchi supplementari. Il finanziamento di questo aumento dei sussidi federali era stato affrontato nell'ambito dei dibattiti parlamentari sulle misure fiscali (BU-CS 2002 601; BU-CN 2002 1859): considerate le condizioni preoccupanti delle finanze federali e il ridotto margine di manovra che ne risultava in materia di adozione simultanea di onerose misure di politica familiare, il Parlamento aveva deciso di limitare l'aumento della

deduzione per ogni figlio, in modo da contenere il calo del gettito dell'imposta federale diretta e di destinare gli introiti fiscali così risparmiati alla riduzione dei premi.

Le Camere federali hanno aderito a questo obiettivo sociale, concretizzato in uno sgravio differenziato e scaglionato dei premi, per quanto riguarda il suo principio. Sono emerse, tuttavia, importanti divergenze per quanto concerne le sue modalità d'applicazione. Si è discusso essenzialmente sull'importanza dei contributi annui della Confederazione e del loro adeguamento, sulla determinazione di un reddito massimo che desse diritto a una riduzione dei premi, nonché sull'introduzione di uno sgravio del 50% del premio per il secondo figlio e della gratuità per il terzo figlio e i seguenti. Nella sessione invernale 2003, il Consiglio nazionale ha respinto, per la seconda volta, il progetto nel suo insieme, decretando così il fallimento della seconda revisione parziale della LAMal. È in questo contesto che il Consiglio federale propone la presente modifica della LAMal.

1.1.2 Obiettivi politici

Con l'introduzione della riduzione individuale dei premi nella LAMal, il legislatore auspicava tradurre in pratica l'idea di un sovvenzionamento conforme ai bisogni degli assicurati, e non sostenere unicamente le persone che necessitano di un aiuto sociale. Con questo strumento intendeva rispondere globalmente alla necessità sociale di garantire la solidarietà fra le persone di reddito diverso, generata dal sistema del premio unico per assicuratore che non tiene conto della capacità finanziaria degli assicurati. Alla proposta del Consiglio federale di prevedere che i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non debbano superare una determinata percentuale del reddito imponibile delle economie domestiche, il legislatore ha comunque preferito un sistema più flessibile. Ha quindi destinato i contributi dell'ente pubblico alla riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizione economica modesta, delegando ai Cantoni il compito di determinare l'obiettivo sociale da perseguire e di mettere in pratica la riduzione dei premi. Questa soluzione flessibile doveva, da un lato, permettere ai Cantoni di attuare un sistema sociale di sovvenzionamento dei premi adeguato alle realtà cantonali e, dall'altro, evitare di esaurire ad ogni costo i sussidi federali e cantonali massimi.

1.1.3 Impatto per quanto concerne la politica sociale

Considerate le grandi disparità esistenti fra i sistemi introdotti dai vari Cantoni, è difficile stabilire se la riduzione dei premi raggiunge gli obiettivi di politica sociale auspicati dal legislatore. Partendo dal criterio enunciato nel messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia, ovvero che in un'economia domestica l'onere dei premi non dovrebbe superare una determinata percentuale del reddito imponibile (FF 1992 I 65, in particolare 247), sono stati condotti tre studi successivi e complementari in base ai quali è stato stabilito, per quattro casi concreti standardizzati (pensionati, famiglie monoparentali, famiglie di ceto medio e famiglie numerose) e per tutti i Cantoni, la parte del reddito a disposizione che spetta al premio assicurativo restante dopo la deduzione delle riduzioni dei premi. Gli studi hanno fornito risultati comparabili a livello svizzero per quanto concerne l'efficacia della riduzione dei premi sul piano della politica sociale:

il sistema della riduzione dei premi è di per sé uno strumento efficace ed è il correttivo sociale adeguato al premio unico. Gli studi hanno però evidenziato differenze concernenti l'effetto della riduzione dei premi nei Cantoni a seconda del modello di economia domestica preso in considerazione:

- dal primo studio (Balthasar, Aspetti della sicurezza sociale; "Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen", d/f, Rapporto di ricerca n. 21/98, UFAS, Berna 1998) emerge che in numerosi Cantoni l'obiettivo sociale non è raggiunto. Se la riduzione dei premi sgrava notevolmente le categorie di reddito più basse, spesso essa non basta a sgravare i redditi inferiori del ceto medio, in particolare per le famiglie;
- il secondo studio (Balthasar, Aspetti della sicurezza sociale; "Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000", d/f, Rapporto di ricerca n. 2/01, UFAS, Berna 2001) giunge a concludere che i Cantoni raggiungono parzialmente gli obiettivi sociopolitici, ma che esistono grandi disparità tra essi. Rispetto allo studio del 1998, l'onere per i pensionati è peggiorato e quello per le famiglie del ceto medio è migliorato nel complesso senza però essere soddisfacente, come nel caso delle famiglie monoparentali;
- il terzo studio (Balthasar, Aspetti della sicurezza sociale; "Sozialpolitische Wirksamkeit der kantonalen Prämienverbilligung (Monitoring 2002)", d, Rapporto di ricerca n. 20/03, UFAS, Berna 2003) conferma e ribadisce le conclusioni degli studi precedenti, secondo cui, da un lato, esistono importanti differenze cantonali nel modo di attuare la politica di riduzione dei premi e, dall'altro, l'obiettivo sociale non è ancora raggiunto, anche se in generale i Cantoni fanno degli sforzi per migliorare la situazione. Lo studio mostra che la situazione dei pensionati continua a peggiorare maggiormente rispetto agli altri casi di riferimento, sebbene questi ultimi si siano visti aumentare – anche se in misura minore – l'onere dei premi dal 1998 a questa parte.

1.1.4 Problemi generali di attuazione

Utilizzazione appieno dei sussidi federali

L'articolo 65 LAMal prescrive che le riduzioni dei premi vanno fissate in modo che i sussidi annui della Confederazione e dei Cantoni siano versati integralmente. Giusta l'articolo 66 LAMal i sussidi annui della Confederazione e dei Cantoni sono fissati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione. Ciascun Cantone deve partecipare ai sussidi federali in base alla sua capacità finanziaria e alla sua popolazione residente. Il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali.

Ogni Cantone ha la possibilità di diminuire al massimo del 50% il contributo che è tenuto a versare se è comunque garantita la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta. Il sussidio federale è quindi ridotto della stessa percentuale di cui viene ridotto il sussidio cantonale.

Secondo i calcoli a consuntivo attualmente disponibili relativi ai sussidi destinati alla riduzione dei premi, la quota media di versamento dei sussidi federali è ammon-

tata all'80% nel 2001 e circa all'84% nel 2002. La quota di versamento è quindi lievemente inferiore agli importi richiesti dai Cantoni.

Attuazione della riduzione dei premi da parte dei Cantoni

L'esecuzione della riduzione dei premi è di competenza dei Cantoni. Spetta a ciascun Cantone definire la cerchia dei beneficiari, l'ammontare assunto dallo Stato, la procedura e le modalità di pagamento della riduzione dei premi. Un confronto fra i vari sistemi cantonali evidenzia la diversità delle soluzioni adottate e documenta la difficoltà di valutare la loro equivalenza (Balthasar/Bieri/Furrer, Aspetti della sicurezza sociale; "Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung", d/f, Rapporto di ricerca n. 5/01, UFAS, Berna 2001).

La cerchia dei beneficiari della riduzione dei premi è definita in maniera molto eterogenea nei vari Cantoni. Le differenze riguardano peraltro sia il calcolo del reddito che dà diritto a una riduzione dei premi (reddito imponibile secondo il diritto fiscale cantonale, reddito lordo, reddito netto, reddito disponibile), sia il limite di reddito applicabile (limite fisso o percentuale). Il confronto fra i Cantoni è tanto più arduo, considerando che determinati Cantoni associano il diritto alla riduzione dei premi alla grandezza dell'economia domestica mentre altri non lo fanno, e che il reddito determinante varia considerevolmente a seconda delle deduzioni consentite. Quanto alla sostanza, essa incide in modo molto differente sul calcolo del reddito (definizione del concetto di sostanza, percentuale d'imputazione, ammontare esente da imposizione).

La quota parte del premio assunta dallo Stato è strettamente legata alla determinazione della cerchia dei beneficiari. Se il Cantone opta per una cerchia ristretta di beneficiari, che comprende soltanto la categoria sociale più debole, sarà in grado di versare sussidi individuali più elevati; se, al contrario, decide di mirare a un pubblico più ampio che comprende anche il ceto medio, la riduzione individuale dei premi sarà minore. La base di calcolo dell'importo sovvenzionato varia peraltro in funzione dei Cantoni. Una metà dei Cantoni prevede che i premi dell'assicurazione malattie non debbano gravare più di una determinata percentuale del reddito degli assicurati e che la parte eccedente debba essere sovvenzionata dallo Stato. L'altra metà dei Cantoni fissa dei limiti di reddito, spesso in relazione alla grandezza dell'economia domestica, e accorda degli aiuti espressi in importi definiti o in percentuale del premio. Tuttavia, il confronto non è agevole nemmeno fra i Cantoni che hanno optato per uno stesso sistema, in quanto il reddito determinante è spesso differente. A ciò si aggiunge il fatto che taluni Cantoni si basano sul premio effettivo degli assicurati, mentre altri prendono come riferimento il premio medio cantonale.

Anche la procedura di concessione dei sussidi ai beneficiari varia da Cantone a Cantone. Per individuare gli aventi diritto a una riduzione dei premi, i Cantoni hanno optato per sistemi diversi: sistema di rilevazione sistematica basato sui dati fiscali che porta automaticamente a una decisione, sistema basato unicamente sull'inoltro di una richiesta spontanea da parte degli assicurati, sistema che abbina l'informazione dei beneficiari potenziali con l'invio del modulo di richiesta oppure sistema che prevede la rilevazione sistematica che porta automaticamente a una decisione unitamente all'inoltro della richiesta. Si constata che il sistema imperniato sull'inoltro di una richiesta è molto più diffuso di quello della concessione automatica. Predomina la regola dell'invio del modulo di richiesta agli aventi diritto,

mentre la formula che prevede l'inoltro di una richiesta spontanea costituisce piuttosto un'eccezione. Il sistema della rilevazione sistematica che porta automaticamente a una decisione garantisce in linea di principio un risultato migliore sul piano dell'esercizio del diritto alla riduzione dei premi poiché la cerchia dei beneficiari effettivi coincide approssimativamente con quella degli aventi diritto. Può tuttavia causare errori sostanziali nell'informazione fornita ai beneficiari in quanto i dati fiscali possono essere non aggiornati o lacunosi. Può anche darsi che talune persone che nel frattempo hanno acquisito il diritto alla riduzione di premio (ad es. a causa di una recente disoccupazione) siano scartate sulla base della loro dichiarazione d'imposta, mentre altre sono riconosciute come aventi diritto sebbene la loro situazione finanziaria attuale dovrebbe escluderle (ad es. studenti entrati nella vita attiva dopo aver ottenuto il diploma). L'efficacia del sistema basato sull'inoltro di una richiesta dipende essenzialmente dalle politiche d'informazione e di sostegno seguite dal Cantone.

Per quanto concerne le modalità di pagamento degli importi dovuti a titolo di riduzione dei premi, si osservano due tendenze. La maggior parte dei Cantoni prevede che i sussidi siano versati direttamente agli assicuratori, rimpiazzando in tutto o in parte i premi dovuti dagli assicurati. È alquanto raro che un Cantone versi invece i sussidi agli assicurati, lasciando a questi ultimi il compito di corrispondere i premi dovuti al proprio assicuratore.

1.2 Ulteriore punto della revisione: mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi

Dopo l'entrata in vigore della LAMal e mancando una base legale formale o una delega di competenza in materia, sono sorti numerosi problemi inerenti alla sua applicazione per quanto riguarda l'esecuzione degli obblighi finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori e le conseguenze dell'inadempimento di questi obblighi. Il problema doveva essere risolto nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal (messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000; FF 2001 631). Siccome tale revisione è fallita, il Consiglio federale coglie la presente occasione di revisione parziale per sollevare nuovamente la questione del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi.

2 Linee direttrici del progetto

Riduzione dei premi: modifica dell'articolo 65 LAMal

Nel suo tenore attuale, la LAMal enuncia come unico obiettivo sociale la riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizione economica modesta. I Cantoni hanno interpretazioni alquanto diverse della nozione di "condizione economica modesta". Anche se si tiene conto del fatto che è difficile paragonare i limiti di reddito e di sostanza definiti in base al diritto cantonale, occorre concludere dall'interpretazione dell'articolo 65 LAMal che numerosi regimi cantonali di riduzione dei premi, per via del loro modo di definire le condizioni economiche per avere diritto alla riduzione, sono da considerarsi insufficienti rispetto al diritto federale. Di conseguenza è indispensabile istituire un regime conforme alla finalità del legislatore definendo una norma federale costrittiva, non soltanto per assicurare un minimo di Stato sociale, ma anche perché la riduzione dei premi svolge il ruolo essenziale di

correttivo sociale nel sistema attuale dei premi uniformi. Questa constatazione ha indotto il Consiglio federale a proporre il presente progetto di modifica della legge, che riprende sostanzialmente la versione elaborata in occasione della fallita seconda revisione parziale della LAMal.

In fondo, la modifica proposta della LAMal è caratterizzata dall'elaborazione di una definizione più precisa della cerchia degli aventi diritto e dall'introduzione di un obiettivo sociale, concretizzato in una riduzione scaglionata dei premi differente per le famiglie e per gli altri beneficiari. Ogni Cantone dovrebbe dunque definire almeno quattro categorie di reddito e concedere degli aiuti alle economie domestiche in modo tale che la loro partecipazione scaglionata ammonti al massimo ad una percentuale compresa tra il 2 e il 10% del loro reddito quando si tratta di una famiglia e tra il 4 e il 12% del reddito negli altri casi. I Cantoni possono peraltro fissare dei redditi massimi che danno diritto a una riduzione dei premi. I due criteri determinanti per l'apertura del diritto a una riduzione di premio sono, da un lato, i premi di riferimento cantonali, fissati dal Consiglio federale, e, dall'altro, il reddito netto secondo la legislazione fiscale federale, corretto di un fattore che tiene conto della sostanza imponibile secondo il diritto cantonale. Onde permettere il raggiungimento del nuovo obiettivo sociale, la Confederazione prevede di aumentare i sussidi federali di 200 milioni di franchi nell'anno dell'entrata in vigore della modifica.

Quanto alla forma, un rimaneggiamento dell'articolazione delle disposizioni già in vigore sotto il diritto attuale s'impone per motivi di chiarezza e di sistematica della legge riveduta.

Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi: nuovo articolo 64a

L'esecuzione degli obblighi finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori (premi ai sensi dell'art. 61 segg. LAMal e partecipazione ai costi giusta l'art. 64 LAMal) nonché le conseguenze dell'inadempimento di questi obblighi non sono disciplinate nel diritto vigente con una legge formale né la legge incarica il Consiglio federale di emanare disposizioni più precise in merito nonché sul cambiamento di assicuratore.

Nell'ambito della presente revisione parziale sarà istituita una base legale formale per un obbligo di pagare i premi e le conseguenze di mora; l'adempimento dell'obbligo di pagare i premi e di partecipare ai costi da parte degli assicurati è indispensabile per finanziare l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e per l'esecuzione della legge. La creazione di una base legale è opportuna anche perché, in base alla costante giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA), si è dovuto stralciare l'articolo 9 capoverso 3 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) nella versione vigente fino al 31 dicembre 2002, cosicché un cambiamento dell'assicuratore è ammesso indipendentemente dal fatto che i premi e le partecipazioni ai costi siano stati versati o meno (DTF 125 V 266).

Articolo 64a (nuovo)

Le esperienze fatte dagli assicuratori-malattie dimostrano che dall'entrata in vigore della LAMal i casi di mora nel pagamento dei premi e in altri pagamenti sono fortemente aumentati e che la normativa dell'articolo 90 capoverso 4 OAMal, che prevede la possibilità di sospensione soltanto dopo l'avvio della procedura esecutiva e ad avvenuta notifica di un attestato di carenza di beni nei confronti dell'assicurato in mora, è all'origine dei crescenti casi di mora nei pagamenti. Le cifre addotte dagli assicuratori confermano che il fenomeno della mora nel pagamento è aumentato in misura problematica di anno in anno e si è stabilizzato ad un livello elevato. Considerata questa evoluzione e sulla base della giurisprudenza costante del TFA in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal nella versione vigente fino al 31 dicembre 2002 [stralciato al 1° gennaio 2003; RU 2002 3908], secondo cui, mancando una base legale formale, un cambiamento dell'assicuratore è ammissibile indipendentemente dal fatto che i premi e le partecipazioni ai costi siano versati o meno, è ragionevole introdurre nella legge una base legale formale per l'obbligo di pagamento dei premi e inasprire le conseguenze in caso di mora.

Nell'articolo integrativo 64a va prevista una procedura di diffida scritta, che gli assicuratori devono aver avviato nei confronti degli assicurati in mora prima di sospendere le loro prestazioni fornite a tali assicurati. Se alla procedura di diffida non segue alcun pagamento e se nella procedura d'esecuzione si è già avviata una procedura di continuazione, questo è sufficiente quale premessa per la sospensione delle prestazioni. È così garantita l'esecuzione della procedura esecutiva e quindi la riscossione dei premi o delle partecipazioni ai costi scaduti da parte dell'assicuratore. Il capoverso 2 secondo periodo garantisce che le autorità cantonali vengono informate tempestivamente in merito ai pagamenti dovuti dagli assicurati in mora. Questa disposizione serve inoltre a proteggere la persona assicurata. Il capoverso 3 corrisponde alla normativa dell'articolo 90 capoverso 4 secondo periodo OAMal. È così garantito che la mora nel pagamento non provochi lacune nella protezione assicurativa. Nel capoverso 4 si assicura che in futuro nessun assicurato in mora possa cambiare assicuratore prima di aver pagato integralmente i premi o le partecipazioni ai costi in sospeso. Questa conseguenza della mora nel pagamento si giustifica, da un lato, in quanto secondo le sentenze del TFA del 29 giugno 1999 in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal, all'epoca vigente ma nel frattempo stralciato (cfr. DTF 125 V 266) un cambiamento dell'assicuratore è possibile anche in caso di mora nel pagamento e, dall'altro, i premi e le partecipazioni ai costi irrecuperabili o difficilmente recuperabili hanno raggiunto proporzioni ormai insostenibili. Il capoverso 4, in particolare, impedisce agli assicurati le cui prestazioni sono state bloccate di cambiare assicuratore al momento opportuno e quindi, diversamente da altri assicurati in mora che non cambiano assicuratore, di vedersi rimborsare le prestazioni prima di aver pagato gli importi dovuti. L'obiettivo della normativa è di proteggere la collettività degli assicurati da aumenti di premi dovuti all'impossibilità di recuperare le somme dovute da assicurati che hanno cambiato assicuratore senza avere in precedenza pagato quanto dovuto.

Articolo 65 capoverso 1

Al fine di ottenere una determinata uniformità sul piano della politica sociale dello Stato e di permettere il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale dichiarati del legislatore, pare ragionevole precisare l'attuale nozione giuridica indeterminata di "assicurati di condizione economica modesta" che delimita la cerchia dei beneficiari della riduzione dei premi. Il capoverso 1 sancisce quindi nel diritto federale l'obbligo per i Cantoni di concedere riduzioni di premio, da un lato agli assicurati per i quali i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano un onere pesante, e dall'altro alle famiglie che possono far valere il diritto ad una deduzione sociale conformemente alla legge federale del 14 dicembre 1990 sull'imposta federale diretta e per le quali i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano un onere pesante. Questa nuova definizione differenziata degli aventi diritto alla riduzione di premio, resa concreta dall'articolo 65a capoverso 5, permette di offrire un sovvenzionamento più conforme ai bisogni degli assicurati, e segnatamente a quelli delle famiglie. L'espresso riferimento alla legislazione fiscale federale permette peraltro di garantire l'uniformità della definizione della famiglia in tutti i Cantoni.

Articolo 65 capoverso 2

Secondo l'articolo 213 capoverso 1 della Legge federale del 14 dicembre 1990 sull'imposta federale diretta (LIFD), sono possibili deduzioni sociali dal reddito nella misura seguente: per ogni figlio minorenni, a tirocinio o agli studi, al cui sostentamento il contribuente provvede, 4700 franchi. Disponendo che i figli per i quali è accordata la deduzione sociale giusta l'articolo 213 capoverso 1 lettera a LIFD non hanno un proprio diritto alla riduzione del premio, si evita la doppia considerazione dei figli minorenni, a tirocinio o agli studi.

Articolo 65 capoverso 3

Il capoverso 1 limita espressamente il diritto alla riduzione dei premi agli assicurati domiciliati in Svizzera. Il capoverso 3, tuttavia, conferisce al Consiglio federale la competenza di estendere la cerchia dei beneficiari della riduzione dei premi alle persone obbligate ad assicurarsi che non sono domiciliate in Svizzera, ma che vi soggiornano per periodi prolungati. Questo capoverso riprende il secondo periodo del primo capoverso dell'articolo 65 LAMal attualmente in vigore, che era stato introdotto in occasione della prima revisione della LAMal in seguito a un decreto del Tribunale federale (ATF 122 I 343) in merito al diritto dei lavoratori stagionali alla riduzione dei premi.

Articolo 65 capoverso 4

Questa disposizione corrisponde all'attuale capoverso 2 dell'articolo 65 LAMal.

Articolo 65a capoverso 1 (nuovo)

La riduzione del premio è calcolata sulla base del reddito netto conseguito dall'economia domestica. Nell'economia domestica rientra la stessa cerchia di persone già definita nel diritto fiscale. Si possono quindi sommare i premi di quelle persone per le quali, secondo il diritto fiscale della Confederazione, una persona assicurata può

far valere in sede di tassazione delle deduzioni per obblighi di mantenimento. Il reddito determinante per il diritto alla riduzione del premio va calcolato secondo le regole per la determinazione del reddito netto giusta l'articolo 25 LIFD. Il reddito netto corrisponde ai redditi imponibili notificati dai Cantoni al netto delle deduzioni per premi di assicurazione e interessi di capitali a risparmio, nonché al netto della deduzione dal reddito lavorativo conseguito dall'altro coniuge, le deduzioni per i figli e quelle per le persone bisognose a carico. Scegliendo il reddito netto ai sensi dell'imposta federale diretta come base per il diritto alla riduzione del premio si raggiunge una determinata uniformità nell'esecuzione. Per evitare che anche le persone che dispongono di un basso reddito imponibile ma di una sostanza considerevole possano far valere il diritto alla riduzione del premio, i Cantoni oltre che del reddito devono tenere conto anche della sostanza. Siccome la sostanza non è però soggetta a un'imposizione secondo il diritto federale, i Cantoni sono tenuti a basarsi sulla tassazione cantonale. C'è da aggiungere che la tassazione non riflette in tutti i casi obbligatoriamente la situazione economica di una determinata persona. In mancanza di un criterio diverso che consentirebbe di superare gli ostacoli amministrativi, la tassazione sembra quindi essere la base più idonea al calcolo del diritto alla riduzione del premio.

Articolo 65a capoverso 2 (nuovo)

La legge riveduta sancisce su quale tassazione i Cantoni devono basarsi qualora l'ultima tassazione passata in giudicato risalga a più di tre anni addietro. Ci si deve poter fondare su una valutazione possibilmente aggiornata della situazione economica dell'assicurato, anche se la tassazione non è ancora passata in giudicato, ad esempio a causa di una procedura di ricorso. In linea di principio i valori determinanti per l'imposta vanno desunti dall'ultima tassazione passata in giudicato. Se la tassazione risale a più di tre anni addietro, è applicabile la stima provvisoria; in mancanza di quest'ultima per l'imposta federale diretta, è applicabile l'ultima tassazione o stima provvisoria passata in giudicato per l'imposta cantonale sul reddito. In caso di scostamento dell'ultima tassazione passata in giudicato da una stima provvisoria più recente, i Cantoni hanno la possibilità di calcolare la riduzione del premio sulla base della più recente stima provvisoria.

Ai fini dell'accertamento del diritto degli assicurati i Cantoni devono essere in grado di scegliere una procedura che permetta alle autorità cantonali competenti di basarsi direttamente sui dati forniti dalle autorità fiscali. Il Consiglio federale può obbligare le autorità fiscali federali e cantonali a fornire alle autorità cantonali competenti le informazioni necessarie per fissare le riduzioni dei premi.

Articolo 65a capoverso 3 (nuovo)

Questo capoverso corrisponde al capoverso 3 1° periodo dell'articolo 65 LAMal attualmente in vigore. Si sottolineerà che esso non è in contraddizione con i capoversi 1 e 2, in virtù dei quali i dati fiscali devono servire da base di calcolo, ma che costituisce piuttosto un complemento che offre la possibilità di accordare o di negare il diritto alla riduzione dei premi in funzione delle circostanze più recenti, qualora esse non emergano dagli ultimi dati fiscali disponibili.

Articolo 65a capoverso 4 (nuovo)

La disposizione che prevede che i premi non debbano superare una determinata quota del reddito potrebbe far sì che venga annullato l'incentivo degli assicurati a scegliere un assicuratore che propone un premio conveniente. Per questa ragione come parametro di calcolo non va adottato il premio attuale pagato dall'assicurato, bensì un premio di riferimento. Il premio di riferimento deve essere sempre inferiore al premio medio determinante per il Cantone (per la regione), in modo da rafforzare l'incentivo alla scelta di un assicuratore più conveniente. Nell'interesse di un'armonizzazione a livello nazionale, il Consiglio federale fissa per ciascun Cantone i premi di riferimento determinanti per il calcolo del diritto alla riduzione di premio. Per tenere conto delle realtà cantonali sentirà il parere dei Cantoni prima di procedere alla fissazione.

Articolo 65a capoverso 5 (nuovo)

Il capoverso 5 concretizza il capoverso 1 introducendo un obiettivo sociale, concretizzato in una riduzione scaglionata dei premi differente per le famiglie e per gli altri beneficiari. In effetti il Cantone dovrebbe anzitutto definire almeno quattro categorie di reddito identiche per le famiglie e gli altri aventi diritto e fissare quindi per ciascuna di tali categorie e all'interno di esse, per ciascuno dei due gruppi di beneficiari, le partecipazioni massime espresse in percentuale del reddito determinante. Secondo il progetto di legge, tali partecipazioni massime devono essere comprese tra il 2 e il 10% del reddito determinante per le famiglie, e tra il 4 e il 12% per gli altri aventi diritto. Questo procedimento permette a ogni Cantone di determinare esso stesso il proprio onere finanziario, sebbene i premi di riferimento cantonali che permettono di accertare il diritto alla riduzione del premio siano fissati dal Consiglio federale, in conformità al capoverso 4.

Come formulato nel progetto, questo obiettivo sociale permette di favorire direttamente le famiglie con figli a carico, senza che sia necessario prevedere a tale scopo degli esoneri dal pagamento dei premi per i figli. In effetti, lo sgravio degli oneri a carico delle famiglie è già garantito dalla partecipazione proporzionale al reddito. La partecipazione massima per categoria di reddito viene raggiunta più rapidamente nelle famiglie numerose poiché l'onere rappresentato dai premi è più elevato. Quando una famiglia con un figlio, in base al suo reddito, rientra tra gli aventi diritto, ogni figlio in più genera automaticamente una pretesa supplementare nella misura del premio di riferimento per i figli; ogni figlio in più è quindi totalmente esentato dal pagamento del premio. Integrare nel progetto un esonero dal pagamento dei premi per i figli equivarrebbe dunque a sovrapporre due sistemi di sgravio.

Articolo 65a capoverso 6 (nuovo)

Il divario probabile tra l'evoluzione dei premi e quella dei salari causerà un aumento annuo del numero dei beneficiari della riduzione dei premi e pertanto comporterà dei fabbisogni finanziari accresciuti per i Cantoni. Il progetto dà dunque la possibilità ai Cantoni di fissare delle soglie reddituali oltre le quali essi non saranno più in grado di concedere riduzioni dei premi. Potranno, ad esempio, fissare dei limiti differenziati secondo i gruppi di beneficiari e secondo il numero dei figli per famiglia.

Articolo 65b (nuovo)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 65 capoverso 3 2° periodo LAMal.

Articolo 65c (nuovo)

Il contenuto dei capoversi 4, 5 e 6 dell'attuale articolo 65 LAMal viene trasferito in questo articolo.

Articolo 65d (nuovo)

Data la nuova numerazione delle disposizioni concernenti la riduzione individuale dei premi, l'attuale articolo 65a LAMal diventa l'articolo 65d.

Disposizione transitoria capoverso 1

I Cantoni dispongono di un termine di 3 anni dall'entrata in vigore della modifica della legge per realizzare il sistema di cui agli articoli 65 e 65a.

Disposizione transitoria capoverso 2

La modifica proposta comporta la caducità del decreto federale del 17 settembre 2003 sui sussidi della Confederazione nell'assicurazione malattie per il periodo dal 2004 al 2007 (FF 2003 5987). In effetti, l'articolo 66 capoverso 2 LAMal prevede che i sussidi annui versati dalla Confederazione ai Cantoni siano fissati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione. Nella misura in cui il raggiungimento dell'obiettivo sociale imposto dal presente progetto di modifica suppone un aumento dei mezzi finanziari messi a disposizione, è necessario emanare un nuovo decreto federale che preveda un aumento di 200 milioni di franchi ed abrogare il decreto federale del 17 settembre 2003 che fissa i sussidi federali per il periodo dal 2004 al 2007.

Decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie

L'articolo 66 capoverso 2 LAMal prevede che i sussidi annui versati dalla Confederazione ai Cantoni siano fissati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione.

L'ultimo decreto federale adottato sulla base dell'articolo 66 capoverso 2 LAMal è quello del 17 settembre 2003 (FF 2003 5987), che fissa i sussidi federali destinati alla riduzione dei premi dell'assicurazione malattie così come il contributo globale minimo dei Cantoni per il periodo dal 2004 al 2007. I sussidi sono stati determinati partendo dall'ammontare versato per il 2003 e tenendo conto di un aumento annuo dell'1.5%, il che corrisponde al meccanismo d'adeguamento adottato dal 1999 in poi.

Tuttavia, conformemente al capoverso 2 della disposizione transitoria del progetto di modifica della LAMal, l'entrata in vigore della modifica proposta comporta la caducità del decreto federale semplice del 17 settembre 2003 sui sussidi della Confederazione nell'assicurazione malattie, il quale deve essere rimpiazzato da un nuovo decreto federale che preveda un aumento unico di 200 milioni di franchi. Il raggiungimento dell'obiettivo sociale formulato nel presente progetto di modifica della LAMal presuppone in effetti un aumento delle risorse finanziarie messe a disposizione.

Considerando che l'entrata in vigore della modifica della LAMal è prevista per il 1° gennaio 2005, il progetto di nuovo decreto federale fissa i sussidi federali per il periodo dal 2005 al 2008. Affinché si possa garantire la continuità nel processo di riduzione dei premi, occorre adottare come punto di partenza per la fissazione dei futuri sussidi federali quelli inizialmente previsti per il 2005 (2384 milioni di franchi). Su questa base, e tenuto conto di un aumento dei sussidi federali di 200 milioni di franchi per il primo anno e di un aumento annuo del 3% per gli anni successivi, nel periodo dal 2005 al 2008 i sussidi massimi della Confederazione e dei Cantoni ammonteranno, in milioni di franchi, a:

Anno	Confederazione	Cantoni	Confederazione e Cantoni
2005	2584	1292	3876
2006	2662	1331	3993
2007	2741	1370.5	4111.5
2008	2824	1412	4236
Totale	10811	5405.5	16216.5

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

Fabbisogno di sovvenzioni

Il passaggio all'obiettivo sociale differenziato con un onere massimo dei premi per economia domestica non comprende modifiche al modello di ripartizione della LAMal tra Confederazione e Cantoni. Giusta l'articolo 66 LAMal il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali. Continuano a sussistere il margine di manovra dei Cantoni per quanto riguarda la riduzione e il riporto (cfr. al riguardo n. 4.1.2 Ripercussioni sui Cantoni) e il collaudato strumento della fissazione dei sussidi della Confederazione mediante decreto federale semplice valevole per quattro anni.

L'introduzione di un obiettivo sociale nella riduzione dei premi comporta un aumentato fabbisogno di sovvenzioni. Questo fabbisogno è stato stimato sulla base di un modello relativo agli ultimi due anni consuntivati (2001 e 2002). Nel modello si è ipotizzata l'esistenza di cinque categorie di reddito omogeneamente distribuite con oneri massimi omogeneamente ripartiti per economia domestica. I dati reddituali cantonali relativi all'imposta federale diretta sono stati estrapolati al livello degli

anni in questione con l'ausilio degli indici dei salari. L'ammontare del premio preso come base corrisponde ai premi medi cantonali dei rispettivi anni; nel modello non si è tenuto conto del premio di riferimento più basso previsto nell'articolo 65a capoverso 4. Il fabbisogno di sovvenzioni diminuirebbe tenendo conto di un premio di riferimento più basso anziché del premio medio. Stando alle stime, con ogni punto percentuale di differenza fra il premio di riferimento fissato e il premio medio si conseguirebbe un risparmio di circa il 2% sui costi complessivi. Nei calcoli si è rinunciato alla fissazione dei redditi massimi nei Cantoni giusta l'articolo 65a capoverso 6.

Secondo il modello, il potenziale fabbisogno di sovvenzioni della Confederazione e dei Cantoni per il biennio esaminato ammonta rispettivamente a 2864 e a 3343 milioni di franchi.

Questo fabbisogno di sovvenzioni può essere influenzato in misura decisiva adottando due strumenti cantonali.

Da un lato, i Cantoni hanno la possibilità di fissare dei redditi massimi a partire dai quali non concedono più riduzioni dei premi. In tal modo si può porre un freno alla dinamica dei costi conseguente all'estensione del volume delle prestazioni. In funzione dei margini di manovra cantonali esiste un considerevole potenziale di riduzione dei costi. Da altri calcoli emerge, d'altronde, come variando la ripartizione delle categorie di reddito e il loro onere percentuale sia possibile ridurre ulteriormente il fabbisogno di sovvenzioni dei Cantoni in misura massima del 12%.

Il fabbisogno di sovvenzioni per la riduzione dei premi da parte della Confederazione e dei Cantoni per il periodo dal 2003 al 2012 è stato estrapolato dai parametri di modello. L'estrapolazione è stata effettuata nell'ipotesi di un aumento annuo dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di mediamente il 4.5%, che si compone di un'evoluzione tendenzialmente al rialzo dei salari nominali e di costi supplementari in calo per via dell'estensione del volume delle prestazioni. Il tasso medio di evoluzione dei salari nominali dal 2003 al 2012 è pari al 2.3%.

Fabbisogno di sovvenzioni come da modello (2001/2002) ed estrapolazione¹:

Anno	Fabbisogno di sovvenzioni totale ²	Aumento del fabbisogno di sovvenzioni	Sussidi federali come da decreto federale semplice	Fabbisogno di sussidi cantonali ³
2001	2864			
2002	3343	16.72%		
2003	3616	8.17%		
2004	3938	8.90%		
2005	4252	7.97%	2584	1668
2006	4567	7.41%	2662	1905
2007	4923	7.80%	2741	2182
2008	5291	7.48%	2824	2467
2009	5662	7.01%		
2010	6041	6.69%		
2011	6468	7.07%		
2012	6911	6.85%		

In queste ipotesi, nel periodo dal 2005 al 2012 il fabbisogno di sovvenzioni cresce ogni anno in media del 7.2%, ovvero complessivamente di circa 2.7 miliardi di franchi.

Tale crescita è riconducibile soprattutto all'evoluzione differenziata dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rispetto ai redditi delle economie domestiche. In seguito alla limitazione degli oneri massimi a carico delle economie domestiche, il limite reddituale massimo che dà diritto alla riduzione di premio sale con ogni aumento di premio, con conseguente aumento del numero di economie domestiche aventi diritto per via della minore crescita dei redditi.

Ripercussioni sulle prestazioni complementari

Giusta l'articolo 3b capoverso 3 lettera d della legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.30), per accertare il diritto alle prestazioni complementari il premio medio cantonale per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene computato come spesa. Ai sensi dell'articolo 54a dell'ordinanza sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPC; RS 831.301), i Cantoni possono inserire questi importi nel conteggio relativo alla riduzione dei premi.

¹ In milioni di franchi.

² Senza prendere in considerazione i redditi massimi e il premio di riferimento fissati dai Cantoni.

³ Influenzabile in misura decisiva mediante gli strumenti cantonali di fissazione del reddito massimo e di ripartizione delle categorie di reddito.

Il fatto che le categorie di reddito volute dall'obiettivo sociale differenziato siano definite a livello cantonale potrebbe incidere sulla distinzione tra riduzione dei premi e prestazioni complementari sotto due aspetti. Da un lato, nel caso di coloro che beneficiavano di una riduzione dei premi integrale o più elevata di quella prevista con la nuova definizione cantonale, per le prestazioni complementari vi sarebbe un onere finanziario supplementare legato alla regolamentazione cantonale della quota propria percentuale. Inoltre la differenza tra il premio medio preso in considerazione dalla LPC e il premio di riferimento versato attraverso la riduzione dei premi porterebbe ad un ulteriore onere supplementare per le prestazioni complementari.

La proposta d'introdurre un obiettivo sociale non mira a limitare le possibilità a disposizione dei Cantoni riguardo alla concessione di riduzioni dei premi ai beneficiari di prestazioni complementari. Le leggi di esecuzione cantonali possono essere concepite in modo tale che i premi dei beneficiari di prestazioni complementari vengano assunti mediante la riduzione dei premi nella stessa misura di quanto avvenuto finora. Se le attuali regolamentazioni cantonali in questo settore verranno applicate anche in futuro, non vi dovrebbero essere trasferimenti finanziari tra riduzione dei premi e prestazioni complementari.

4.1.1 Ripercussioni sulla Confederazione

Gli importi massimi dei sussidi della Confederazione sono fissati mediante un nuovo decreto federale semplice per il periodo dal 2005 al 2008 (cfr. n. 3 Parte speciale: commento delle singole disposizioni, Decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie). Negli ultimi anni i sussidi della Confederazione fissati mediante decreto federale semplice non sono mai stati versati integralmente. La quota di versamento è tuttavia aumentata costantemente (cfr. al riguardo n. 1.1.4 Problemi generali di attuazione, Quota di versamento dei sussidi federali).

Se si ipotizza che la quota media di versamento da parte dei Cantoni rimanga costante all'84% (dato aggiornato al 2002), i sussidi federali diminuiscono in misura proporzionale.

Sussidi federali da versare (in caso di quota di versamento pari all'84%)⁴:

Anno	Decreto federale attuale 2004 – 2007		Revisione parziale Riduzione dei premi, decreto federale 2005 – 2008		
	Sussidi federali massimi	Aumento annuo in %	Sussidi federali massimi	Aumento annuo in %	Sussidi federali in caso di quota di versamento pari all'84%
2004	2349				
2005	2384	+1.5%	2584	(+200) ⁵	2171
2006	2420	+1.5%	2662	+3%	2236
2007	2456	+1.5%	2741	+3%	2302
2008			2824	+3%	2372

⁴ In milioni di franchi.

⁵ Aumento unico di 200 milioni di franchi dell'importo previsto per l'anno 2005 nell'attuale decreto federale semplice.

4.1.2 Ripercussioni sui Cantoni

La legge offre ai Cantoni un determinato margine di manovra nell'attuazione dell'obiettivo sociale scaglionato. I Cantoni influenzano il proprio onere finanziario in misura determinante attraverso la fissazione dei redditi massimi giusta l'articolo 65a capoverso 6, un'opportuna ripartizione delle categorie di reddito nell'ambito delle basi legali di cui all'articolo 65a capoverso 5 e decidendo se continuare o meno a concedere esoneri dal pagamento dei premi. I margini di manovra già previsti dall'articolo 66 capoverso 5 (possibilità per il Cantone di diminuire al massimo del 50% il contributo federale che è tenuto a versare) e dall'articolo 66 capoverso 6 (riporto all'esercizio seguente dei sussidi federali e cantonali non versati) restano invariati.

Il fabbisogno di sovvenzioni stimato dal modello aumenta annualmente in media del 7.2%. Questo aumento è riconducibile soprattutto all'evoluzione differenziata dei salari e della spesa sanitaria (cfr. al riguardo n. 4.1 Ripercussioni finanziarie). Gli strumenti a disposizione dei Cantoni per influenzare il proprio onere finanziario consentono di frenare la dinamica dei costi conseguente all'estensione annua della cerchia dei beneficiari e di ridurre in misura proporzionale il fabbisogno di sovvenzioni. Essendo il sussidio federale massimo fisso, spetta quindi ai Cantoni definire, nell'ambito dell'attuazione dell'obiettivo sociale scaglionato, le soglie reddituali degli aventi diritto e la ripartizione delle categorie di reddito in modo tale da poter utilizzare appieno i sussidi federali disponibili e da coprire il fabbisogno di sovvenzioni cantonale aumentando in modo adeguato i sussidi cantonali.

4.2 Ripercussioni economiche

La determinazione dei sussidi federali per la riduzione dei premi mediante un decreto federale di durata limitata a quattro anni avviene in applicazione dell'articolo 66 LAMal e in seguito all'entrata in vigore della legge. Con il disciplinamento proposto si dà di fatto continuità a un meccanismo adottato sin dal 1996. Dall'aumento unico dei sussidi federali di 200 milioni di franchi e dal successivo aumento annuo dell'importo massimo dei sussidi federali del 3% non dovrebbero risultare effetti economici rilevanti. Occorre però segnalare che il carico supplementare per le finanze pubbliche determinerà un effetto negativo sulla crescita economica. Tuttavia, le risorse impiegate a favore delle persone di condizione economica modesta, aumentandone il potere di acquisto, dovrebbero controbilanciare, anche se con un certo ritardo, gli effetti negativi sulla crescita. L'ipotesi che con il nuovo disciplinamento non si verificheranno effetti economici rilevanti è corroborata dal fatto che il raffronto dell'atteso fabbisogno di sovvenzioni (n. 4.1) con le risorse finanziarie disponibili (n. 3, Commento del decreto federale) lascia prevedere che le risorse messe a disposizione dovrebbero essere sufficienti a coprire le esigenze. Non c'è quindi da attendersi che l'introduzione del nuovo disciplinamento avrà effetti di redistribuzione maggiori a livello nazionale. È tuttavia prevedibile che il nuovo disciplinamento abbia ripercussioni in taluni Cantoni. Essi hanno tuttavia la possibilità di adeguare il sistema alle proprie situazioni.

5 Rapporto con la nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni

Il messaggio concernente la nuova impostazione della perequazione finanziaria e dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) del 14 novembre 2001 (FF 2002 2065) prevede la riduzione dei premi per le persone di condizione economica modesta come compito in comune di Confederazione e Cantoni. Secondo il modello presentato all'epoca, i Cantoni sono tenuti ad integrare gli stanziamenti federali in modo tale che l'onere dei premi di assicurazione non superi la percentuale massima fissata dalla Confederazione per ogni Cantone. Nella media nazionale l'onere dei premi non dovrebbe superare il 10% del reddito imponibile. La Confederazione dovrebbe assumersi il 25% della spesa sanitaria media per il 30% della popolazione.

Nell'ambito degli adeguamenti di legge di cui al secondo messaggio NPC va tenuto conto della decisione del Consiglio federale di proporre la presente soluzione di un obiettivo sociale scaglionato. In particolare si dovrà tenere conto dell'impatto del nuovo margine di manovra della Confederazione e dei Cantoni e del fabbisogno di sovvenzioni dovuto all'obiettivo sociale scaglionato sul modello di ripartizione dei costi di cui al primo messaggio NPC.

6 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto figura nel rapporto sul programma di legislatura 2003-2007 del 25 febbraio 2004 quale oggetto delle linee direttrici (FF 2004).

7 Basi giuridiche

7.1 Costituzionalità

7.1.1 Decreto federale

Il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie è un decreto semplice, non soggetto a referendum, la cui base legale è l'articolo 66 capoverso 2 LAMal.

7.1.2 Revisione parziale

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale.

7.2 Delega delle competenze legislative

L'articolo 96 LAMal prevede la delega al Consiglio federale della competenza di emanare le disposizioni esecutive nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie. Il presente progetto abilita nuovamente il Consiglio a legiferare nei settori seguenti: modalità di riscossione dei premi e della procedura di diffida, regolamentazione delle conseguenze di una mora nel pagamento dei premi (art. 64a cpv. 5), obbligo per le autorità fiscali di fornire le informazioni necessarie (art. 65a cpv. 2) e fissazione dei premi di riferimento cantonali (art. 65a cpv. 4).

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Riduzione dei premi)

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Sezione 3a Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi

Art. 64a (nuovo)

¹ Se premi o partecipazioni ai costi scaduti non sono stati pagati, l'assicuratore deve diffidare per scritto l'assicurato, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora nel pagamento (cpv. 2).

² Se, nonostante la diffida, l'assicurato non ha effettuato alcun pagamento e se è già stata depositata una domanda di continuazione nell'ambito della procedura d'esecuzione, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fintanto che i premi o le partecipazioni ai costi dovuti sono stati pagati completamente. Informa contemporaneamente i servizi cantonali incaricati del rispetto dell'obbligo di assicurazione sulla sospensione delle prestazioni. Sono fatte salve le disposizioni cantonali che prevedono una notifica a un'altra autorità.

³ Se i premi o le partecipazioni ai costi dovuti sono stati pagati completamente, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo della sospensione.

⁴ In deroga all'articolo 7, gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore fintanto che i premi o le partecipazioni ai costi dovuti sono stati pagati completamente. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

⁵ Il Consiglio federale disciplina le modalità d'incasso dei premi, della procedura di diffida e relative alle conseguenze della mora nel pagamento.

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

Art. 65

¹ I Cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati di condizione economica modesta. Sono considerati assicurati di condizione economica modesta:

- a. gli assicurati per i quali i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano un onere gravoso;
- b. le famiglie che possono far valere il diritto a una deduzione sociale per i figli conformemente all'articolo 213 capoverso 1 lettera a della legge del 14 dicembre 1990³ sull'imposta federale diretta (LIFD) e per le quali i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano un onere gravoso.

² I figli per i quali è accordata una deduzione sociale secondo l'articolo 213 capoverso 1 lettera a LIFD non hanno un diritto individuale a una riduzione dei premi.

³ Il Consiglio federale può estendere il diritto alla riduzione dei premi a persone tenute ad assicurarsi che non sono domiciliate in Svizzera ma vi soggiornano per un periodo prolungato.

⁴ Le riduzioni dei premi sono fissate in modo che i sussidi annui della Confederazione e dei Cantoni ai sensi dell'articolo 66 siano in linea di massima versati integralmente.

Art. 65a Determinazione della situazione economica dell'assicurato e del diritto alla riduzione dei premi

¹ I Cantoni determinano la situazione economica degli assicurati fondandosi sul reddito netto ai sensi dell'articolo 25 LIFD. Al reddito netto è aggiunto il 10 per cento della sostanza imponibile secondo il diritto cantonale.

² I Cantoni si basano sui valori fiscali dell'ultima tassazione passata in giudicato. Se la tassazione risale a più di tre anni addietro, è determinante la stima provvisoria; se quest'ultima non è disponibile per l'imposta federale diretta, è determinante l'ultima tassazione passata in giudicato o la stima provvisoria per l'imposta cantonale sul reddito. Il Consiglio federale può obbligare le autorità fiscali a fornire alle autorità cantonali competenti le informazioni di cui necessitano per fissare la riduzione dei premi.

³ I Cantoni provvedono affinché nell'esame delle condizioni d'ottenimento vengano considerate, in particolare su richiesta dell'assicurato, le circostanze economiche e familiari più recenti.

⁴ I Cantoni determinano il diritto alla riduzione dei premi in base ai premi di riferimento che il Consiglio federale, sentiti i Cantoni, calcola per ogni singolo Cantone. I premi di riferimento devono essere fissati in modo da essere inferiori ai premi medi determinanti per il Cantone.

⁵ I premi di riferimento sono oggetto di una riduzione se sono superiori all'aliquota di partecipazione individuale degli assicurati, graduata in base alla categoria di reddito. I Cantoni suddividono gli assicurati in almeno quattro categorie di reddito. L'aliquota di partecipazione individuale ammonta:

³RS 642.11

- a. per le persone secondo l'articolo 65 capoverso 1 lettera a, al 4 per cento al massimo del reddito determinante per la categoria di reddito più bassa e al 12 per cento al massimo per la categoria di reddito più alta;
- b. per le persone secondo l'articolo 65 capoverso 1 lettera b, al 2 per cento al massimo del reddito determinante per la categoria di reddito più bassa e al 10 per cento al massimo per la categoria di reddito più alta.

⁶ I Cantoni possono stabilire redditi massimi che danno diritto a una riduzione dei premi.

Art. 65b (nuovo) Versamento

Stabilita la cerchia dei beneficiari, i Cantoni vegliano affinché il versamento delle riduzioni di premio avvenga in modo che i beneficiari non debbano adempiere in anticipo il loro obbligo di pagare i premi.

Art. 65c (nuovo) Informazione e collaborazione

¹ I Cantoni informano regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi.

² Gli assicuratori sono tenuti a collaborare oltre quanto previsto nell'articolo 82, purché siano adeguatamente indennizzati dai Cantoni.

³ I Cantoni forniscono alla Confederazione i dati resi anonimi concernenti gli assicurati beneficiari così da permetterle di verificare l'attuazione degli scopi di politica sociale. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

Art. 65d (nuovo)

Articolo 65a previgente

II

Disposizione transitoria della modifica del ... (riduzione dei premi)

¹ I Cantoni devono attuare il sistema previsto negli articoli 65 e 65a entro tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica.

² L'entrata in vigore della presente modifica rende caduco il decreto federale del 17 settembre 2003 sui sussidi federali nell'assicurazione malattie per il periodo dal 2004 al 2007⁴. I sussidi federali sono aumentati di 200 milioni di franchi nell'anno di entrata in vigore della presente modifica.

III

¹ La presente modifica sottostà a referendum facoltativo.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2005 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.

⁴ FF 2003 5987

Decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie

del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto l'articolo 167 della Costituzione federale¹;

visto l'articolo 66 capoverso 2 della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie;

visto il messaggio del Consiglio federale del ...³,

decreta:

Art. 1

Per il periodo dal 2005 al 2008 i sussidi federali ammontano a:

- | | | |
|----|-------------------------|------------------|
| a. | 2584 milioni di franchi | per l'anno 2005; |
| b. | 2662 milioni di franchi | per l'anno 2006; |
| c. | 2741 milioni di franchi | per l'anno 2007; |
| d. | 2824 milioni di franchi | per l'anno 2008. |

Art. 2

¹ Il presente decreto non sottostà a referendum.

² Entra in vigore simultaneamente alla modifica della LAMal del...

¹RS 101

²RS 832.10

³FF 2004 ...

Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la procedura di consultazione

Progetto 1D Partecipazione ai costi

- Rapporto esplicativo
- Proposte legislative
- Proposte di modifiche dell'OAMal

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

Parte relativa alla partecipazione ai costi

**Revisione parziale dell'ordinanza del 27 giugno 1995
sull'assicurazione malattie**

Rapporto esplicativo

Introduzione

1 Parte generale

Secondo l'articolo 64 capoverso 2 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni loro fornite con un importo fisso per anno (franchigia) e con il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). Il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale (art. 64 cpv. 3 LAMal). Per gli assicurati fino ai 18 anni compiuti non è dovuta alcuna franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale è dimezzato. Per il 1° gennaio 2004 il Consiglio federale ha aumentato la franchigia ordinaria a 300 franchi e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale per gli assicurati adulti a 700 franchi (art. 103 cpv. 1 e 2 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie/OAMal: RS 832.102).

Il Consiglio federale può ammettere forme particolari d'assicurazione nelle quali gli assicurati assumono partecipazioni ai costi superiori beneficiando di una riduzione di premio (art. 62 cpv. 2 lett. a LAMal). Esso prevede la possibilità di scegliere franchigie di 400, 600, 1'200 e 1'500 franchi per gli adulti e di 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni (art. 93 cpv. 1 LAMal). In compenso gli assicuratori possono concedere una riduzione sul premio, mentre il Consiglio federale stabilisce le riduzioni massime (art. 95 OAMal). In linea di principio, il passaggio a una franchigia inferiore, o a un'altra forma d'assicurazione come pure il cambiamento dell'assicuratore, è possibile soltanto per la fine di un anno civile (art. 94 OAMal).

1.1 Genesi

1.1.1 Progetto „Basi della terza revisione parziale della LAMal”

In occasione della sua seduta speciale del 22 maggio 2002, il Consiglio federale ha tra l'altro incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di elaborare proposte per la gestione della domanda mediante una diversa partecipazione ai costi e di analizzarne l'effetto incentivante a livello economico. Questi lavori erano destinati a costituire le basi per la terza revisione della LAMal.

Sulla base di tale mandato, il DFI ha istituito un gruppo di lavoro diretto dal prof. dr. Heinz Schmid, perito di tecnica attuariale. In tale gruppo di lavoro erano rappresentati l'associazione degli assicuratori malattie svizzeri santésuisse, la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità (oggi: Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità), la Federazione dei medici svizzeri (FMH), l'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP) e la Patientenstelle Zürich nonché il Dipartimento federale dell'economia (DFE) e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Il gruppo di lavoro ha in particolare esaminato modelli di partecipazione ai costi dipendenti dal reddito e dalle prestazioni ed ha studiato modifiche al sistema vigente. Il prof. Schmid ha riassunto in un rapporto cifre e ripercussioni di diversi modelli. Per quanto riguarda l'influenza esercitata dalle partecipazioni ai costi sul comportamento degli assicurati, il rapporto, non ancora pubblicato, afferma

che tali accertamenti sono discutibili, dato che le partecipazioni ai costi più elevate vengono scelte soprattutto da assicurati in buona salute e di condizioni economiche agiate.

A questo proposito, nel rapporto si fa riferimento segnatamente a uno studio di ampia portata condotto negli Stati Uniti negli anni 1974-1982 (Rand Health Insurance Experiment), che prevedeva l'attribuzione casuale degli assicurati a diversi modelli di partecipazione ai costi, nonché a uno studio di S. Felder e A. Werblow dell'Università di Magdeburgo, intitolato „Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz“, Jahrestagung der DGSM bzw. DGMS, settembre 2001 (cfr. il punto 1.1.2 qui di seguito).

1.1.2 Risultati della ricerca

Dallo studio menzionato al capitolo 1.1.1 (Rand Health Insurance Experiment), condotto negli Stati Uniti negli anni 1974-1982, è risultato che le prestazioni mediche cui sono ricorsi gli assicurati con una partecipazione ai costi molto elevata sono diminuite di circa un terzo rispetto a quelle cui sono ricorsi gli assicurati con una partecipazione ai costi esigua, senza che con ciò avvenisse uno spostamento verso trattamenti più adeguati. Le consultazioni presso psicoterapeuti e chiropratici sono calate ancor più nettamente. Ad eccezione di due indicatori (controllo della pressione sanguigna e controllo oftalmologico), lo stato di salute riferito agli indicatori esaminati non è risultato pregiudicato dal fatto di ricorrere in misura minore a prestazioni mediche.

Lo studio di S. Felder e A. Werblow dell'Università di Magdeburgo, intitolato „Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz“, Jahrestagung der DGSM bzw. DGMS, settembre 2001, anch'esso menzionato al capitolo 1.1.1, ha fornito i seguenti risultati: “I disciplinamenti relativi al pagamento supplementare influenzano significativamente la domanda di prestazioni mediche. La probabilità di ricorrere a prestazioni nel giro di un anno è pari all'80 per cento presso gli assicurati con la franchigia minima prescritta dalla legge, mentre è unicamente del 43 per cento per gli assicurati con la franchigia opzionale massima. Questo effetto aumenta di pari passo con l'età degli assicurati. Gli effetti sono significativi anche al secondo livello: una franchigia opzionale aumentata di un livello riduce del 7,7 per cento il volume del ricorso alle prestazioni. Se per lo stato di salute degli assicurati si tiene conto dei *proxies* (= indicatori), gli effetti sono minori ma rimangono significativi”(D).

Nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal sono state esaminate soprattutto le forme particolari d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Le forme particolari d'assicurazione con franchigia opzionale sono menzionate nel contesto del comportamento degli assicurati con riguardo al cambiamento. Si è constatato che la quota di persone che cambiano è bassa e che le economie domestiche con redditi superiori e quelle più numerose cambiano con maggiore frequenza (cfr. Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Aspetti della sicurezza sociale, “Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht”, Berna 2001, p. 102, D/F).

I due rapporti di ricerca dell'UFAS n. 2 e 4/98 (studi effettuati dalla Prognos AG in merito alla scelta delle forme d'assicurazione e dei costi della salute a proprio

carico), che si basano sui sondaggi condotti presso gli assicurati prima dell'entrata in vigore della LAMal, contengono informazioni sulle modalità di scelta degli assicurati e sul loro ricorso alle prestazioni. A questo proposito, nel primo dei due rapporti menzionati si afferma che i dati disponibili non sono sufficienti per ritenere che la franchigia eserciti sugli assicurati un'influenza comportamentale nel ricorso alle prestazioni. Per quanto concerne la scelta di franchigie più elevate, è stato rilevato che sono soprattutto le persone sane di età compresa tra i 25 e i 55 anni e gli assicurati con formazione scolastica media e superiore a scegliere una franchigia più elevata. Inoltre, il reddito equivalente degli assicurati con franchigia opzionale è superiore di oltre un quarto rispetto a quello delle persone con assicurazione tradizionale.

L'UFAS ha pubblicato una statistica delle franchigie opzionali riferita al 1999. In essa giunge fra l'altro alla conclusione che le prestazioni pagate dall'assicuratore sono tanto più basse quanto più elevata è la franchigia prescelta. Ciò viene ricondotto ai seguenti fattori, nonostante non sia possibile quantificare il singolo influsso di ognuno di essi:

- maggiore partecipazione ai costi degli assicurati
- struttura delle età e dei sessi (fattore controbilanciato dalla compensazione dei rischi)
- differenze dello stato di salute
- ricorso a prestazioni prestando maggiore attenzione ai costi. Längsschnittanalyse

Da un'analisi longitudinale dello sviluppo delle franchigie opzionali annue, allestita nel 2003 nel quadro delle statistiche pubblicate dall'UFAS sulla sicurezza sociale (Die Franchisen 1997 –2001; UFAS, Berna 2003), si possono evincere le seguenti conoscenze. Vanno menzionati segnatamente i risultati concernenti gli spostamenti nella scelta dell'importo della franchigia e quelli relativi al ricorso alle prestazioni nei singoli gradi di franchigia. Un risultato essenziale è rappresentato dal trasferimento avvenuto all'interno dei gradi di franchigia. Durante il periodo di rilevamento, la franchigia opzionale ordinaria e quella più bassa sono state man mano scelte con minore frequenza, mentre è stata scelta sempre più spesso soprattutto la franchigia più elevata di 1'500 franchi. Questa tendenza si è protratta nell'anno 2002. Al momento non sono ancora disponibili risultati relativi all'ulteriore sviluppo negli anni 2003 e 2004. In particolare, non si può ancora affermare con certezza se l'abbassamento delle riduzioni massime ammesse sulle franchigia opzionale, avvenuto il 1° gennaio 2004, abbia cambiato il comportamento degli assicurati relativamente alla scelta della franchigia.

1.1.3 Seconda revisione della LAMal

Nel corso dei dibattiti relativi alla seconda revisione della LAMal, respinta dal Parlamento nella sessione invernale 2003 durante la votazione finale, la proposta di aumentare l'aliquota percentuale è stata rifiutata. Secondo tale proposta, l'aliquota percentuale delle persone non assicurate nel quadro di una forma particolare d'assicurazione con responsabilità budgetaria sarebbe stata portata al 20 per cento. La versione finale prevedeva ancora un'aliquota percentuale del 10 per cento. Il Consiglio federale avrebbe tuttavia potuto aumentarla al 20 per cento per gli assicurati che non hanno scelto una forma particolare d'assicurazione economica. Gli assicuratori malattie sarebbero stati obbligati a offrire simili forme d'assicurazione con responsa-

bilità budgetaria e un numero limitato di fornitori di prestazioni. Il Consiglio federale avrebbe potuto autorizzare eccezioni, ad esempio per le regioni rurali.

1.1.4 Dimensioni finanziarie e altri dati

Nel 2002 le spese degli assicuratori malattie per prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie erano pari a 17,1 miliardi di franchi. Di questi, 2,5 miliardi erano coperti dagli assicurati a titolo di partecipazione ai costi. La partecipazione ai costi è composta dalla franchigia (il 60 per cento circa, secondo calcoli interni dell'UFSP) e dalle aliquote percentuali (il 40 per cento circa).

Nel 2002 il 51,8 per cento degli assicurati aveva concluso un'assicurazione con franchigia ordinaria. Il 40,5 per cento degli assicurati aveva aderito a un modello assicurativo con franchigia opzionale e il 7,7 per cento a una assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni oppure a un'assicurazione con bonus. Tra gli assicurati adulti con franchigia opzionale, il 24,2 per cento aveva optato per una franchigia di 400 franchi, il 9,9 per cento per una franchigia di 600 franchi, il 2,5 per cento per una franchigia di 1'200 franchi e l'11,4 per cento per una franchigia di 1'500 franchi.

1.2 Obiettivi politici

Con le modifiche proposte in questa sede, il Consiglio federale intende creare un disciplinamento dotato della massima semplicità. Le modifiche mirano ad incentivare maggiormente la responsabilità degli assicurati nel ricorrere a prestazioni, a concedere agli assicuratori malattie un margine di manovra maggiore, segnatamente riguardo alle franchigie opzionali, e a salvaguardare l'attrattiva di tali forme assicurative. Si vogliono tuttavia fissare anche riferimenti che permettano di evitare oneri supplementari insostenibili da parte degli assicurati malati e scongiurino il pericolo della selezione dei rischi. Aumentando l'aliquota percentuale e responsabilizzando quindi maggiormente gli assicurati, il Consiglio federale si attende una maggiore attenzione ai costi da parte degli assicurati e, di riflesso, un effetto di contenimento dei costi. La stessa cosa si può dire anche a proposito della proposta di flessibilizzazione delle possibili offerte degli assicuratori con franchigie opzionali.

Per raggiungere questi obiettivi, s'intende aumentare nella legge l'aliquota percentuale dal 10 al 20 per cento, assegnando al Consiglio federale maggiori competenze per ridurre o sopprimere l'aliquota percentuale per determinate prestazioni. L'importo annuo massimo di 700 franchi sarà mantenuto.

Il Consiglio federale prevede che questa modifica di legge dovrà essere trattata dalle Camere con procedura d'urgenza, anche se potrà entrare in vigore solo il 1° gennaio 2006. Questo è dovuto al fatto che l'aumento dell'aliquota percentuale al 20 per cento influirà fortemente sul calcolo dei premi. Per poter intraprendere per tempo il calcolo dei premi per l'anno successivo, gli assicuratori devono poter disporre della regolamentazione definitiva della partecipazione ai costi entro la metà dell'anno. Anche se il progetto concernente la strategia complessiva parte dal presupposto che anche il secondo pacchetto di leggi potrà essere approvato nella sessione invernale 2004, non sono esclusi ritardi. Per precauzione questo modello è stato quindi inserito nel primo pacchetto di leggi. Assieme a questo disciplinamento legislativo, si

propongono modifiche all'OAMal che dovrebbero entrare in vigore già il 1° gennaio 2005.

Queste modifiche d'ordinanza fanno parte di un concetto globale volto a contenere i costi attraverso l'aumento della responsabilità degli assicurati. Queste modifiche riguardano le franchigie opzionali. Gli assicuratori malattie devono potere essere liberi, entro determinati limiti, di determinare le franchigie che vogliono offrire e le relative riduzioni dei premi. Le condizioni quadro consistono da un lato in un premio minimo pari a una percentuale del premio per l'assicurazione con la franchigia ordinaria di 300 franchi per gli adulti o senza franchigia per i minorenni. Dall'altro lato è prescritto un importo massimo della franchigia di 2500 franchi per adulti e giovani adulti, e di 600 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. Un'ulteriore condizione quadro è che, analogamente a quanto previsto attualmente, le riduzioni dei premi non devono superare l'80 per cento del rischio di partecipare ai costi assunto dagli assicurati che hanno scelto una franchigia più elevata. Per gli assicurati adulti questo rischio corrisponde alla differenza tra la franchigia ordinaria e quella opzionale.

1.3 Effetto sociopolitico

Aumentando l'aliquota percentuale al 20 per cento, saranno soprattutto gli assicurati adulti con costi tra i 300 e i 7'300 franchi, e gli assicurati di età inferiore ai 18 anni con costi annui fino a 3'500 franchi a dovere farsi carico di una partecipazione ai costi più elevata. La partecipazione annua massima per gli assicurati adulti con franchigia ordinaria sarà, come oggi, pari a 1'000 franchi (300 franchi di franchigia e 700 franchi di aliquota percentuale). Questa partecipazione sarà ora dovuta già in presenza di costi annui di 3'800 franchi anziché, come finora, di 7'300 franchi. Soprattutto i malati cronici con costi elevati e che versano già oggi una partecipazione ai costi di 1'000 franchi, non verranno caricati da oneri supplementari. La stessa cosa vale per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni e che già oggi pagano l'importo annuo massimo di 350 franchi. Agli assicurati di condizioni economiche modeste, segnatamente ai beneficiari di prestazioni complementari, le partecipazioni ai costi saranno rimborsate interamente o parzialmente. L'aumento dell'aliquota percentuale si muove quindi entro limiti ragionevoli per gli interessati. Nella tabella qui di seguito è illustrato l'onere degli assicurati in rapporto ai diversi costi annui. In questo modo, sulla base di stime interne all'amministrazione, il volume dei costi da coprire mediante i premi sarà complessivamente ridotto del 3 per cento circa.

Onere degli assicurati in rapporto ai diversi costi annui e alle franchigie

Costi annui di trattamento	Franchigia di 300 fr.		Franchigia di 1'500 fr.	
	AP 10 %	AP 20 %	AP 10 %	AP 20 %
1000	370	440	1000	1000
2000	470	640	1550	1600
3000	570	840	1650	1800
4000	670	1000	1750	2000
5000	770	1000	1850	2200
6000	870	1000	1950	2200
7000	970	1000	2050	2200
8000	1000	1000	2150	2200
9000	1000	1000	2200	2200

2

Caratteristiche principali del progetto

2.1

Modifiche a livello legislativo

Il Consiglio federale propone che anche in futuro l'aliquota percentuale sia fissata nella legge. Nella seconda revisione della LAMal, respinta nella votazione finale, era stato proposto di delegare al Consiglio federale la competenza di determinare un'aliquota percentuale del 20 per cento. Nel presente progetto si inverte la proposta, inserendo nella legge l'aliquota percentuale, elevata al 20 per cento. Nel contempo, il Consiglio federale dovrebbe ottenere maggiori competenze per fissare aliquote percentuali minori. Se per legge si fissasse l'aliquota percentuale al 20 per cento, le attuali competenze del Consiglio federale di abbassare o sopprimere la partecipazione ai costi sarebbero troppo limitate.

Il Consiglio federale privilegia quindi una soluzione per cui l'importo dell'aliquota percentuale nella sua forma di base continua ad essere sancito nella legge ed eventuali divergenze sono disciplinate, in quanto eccezioni, in sede d'ordinanza. Il tetto massimo dell'aliquota percentuale annua rimane invariato allo scopo di garantire la compatibilità con le esigenze sociali.

L'aumento generalizzato dell'aliquota percentuale al 20 per cento non dovrebbe comportare problemi di attuazione. La competenza ampliata conferita al Consiglio federale per ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi in caso di determinate prestazioni va vista come un mandato obbligatorio per affrontare la questione. Ad esempio, l'aliquota percentuale relativa ai generici potrebbe essere fissata al 10 per cento mentre per preparati originali, esistendo tuttavia un generico con la stessa sostanza attiva, potrebbe essere aumentata al 30 per cento. In questo modo s'incoraggerebbe ulteriormente la prescrizione e la vendita di generici, il cui prezzo risulta normalmente essere inferiore del 30 per cento rispetto ai farmaci originali. Per il resto, prima di poter fissare partecipazioni ai costi superiori od inferiori per determinate prestazioni a livello d'ordinanza, sono necessari accertamenti più approfonditi. La legislazione di applicazione concernente questa modifica di legge non fa quindi parte del progetto che sarà messo in consultazione.

2.2

Modifiche a livello di ordinanza

Oltre alle proposte per le due modifiche della legge, il presente progetto contiene — così come menzionato al capitolo 1.2 — anche proposte di modifica dell'ordinanza nel settore delle forme particolari d'assicurazione con franchigie opzionali. Non si tratta di disposizioni esecutive delle modifiche della legge, ma di modifiche che possono entrare in vigore il 1° gennaio 2005 indipendentemente dall'esito della proposta di modifica della legge. Esse sono strettamente connesse alla strategia complessiva del Consiglio federale volta ad aumentare la responsabilità degli assicurati nell'ottica di misure contenere i costi. Questo ha spinto il Consiglio federale ad integrare le modifiche d'ordinanza nel progetto che verrà messo in consultazione.

I modelli di partecipazione ai costi studiati nel quadro del progetto "Basi per la terza revisione parziale della LAMal" (cfr. il cap. 1.1.1) e ritenuti realizzabili a breve termine sono serviti da base per l'elaborazione delle presenti proposte. Nessuno dei modelli esaminati è stato ripreso tale quale. Tuttavia la combinazione di un'aliquota percentuale maggiore con l'ampliamento delle franchigie opzionali rientra senz'altro nel contesto dei modelli esaminati e ritenuti realizzabili.

Anche se non si conoscono ancora le ripercussioni delle modifiche entrate in vigore il 1° gennaio 2004 nel settore delle franchigie opzionali, si può comunque constatare che l'attuale disciplinamento riduce di molto la flessibilità degli assicuratori. Inoltre, questa forma particolare d'assicurazione ha perso d'attrattiva a causa dell'abbassamento dei tassi di riduzione massima. La molteplicità delle possibilità ammesse dal legislatore induce il Consiglio federale, dopo l'insuccesso della seconda revisione della LAMal, ad aumentare la flessibilità e l'attrattiva delle franchigie opzionali. Queste modifiche sono state proposte con l'intenzione di concedere agli assicuratori una maggiore libertà per l'impostazione di questa forma particolare d'assicurazione. In tal modo, agli assicuratori incomberà anche una maggiore responsabilità per quanto concerne le possibilità di finanziamento dell'offerta e per renderla più interessante. Nell'ordinanza saranno fissati unicamente i limiti massimi dei gradi di franchigia ammessi per gli adulti e per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni, oltre ai riferimenti per le riduzioni dei premi. Per quanto concerne gli importi, le riduzioni massime ammissibili rimarranno invariate rispetto al disciplinamento vigente. Il tasso di riduzione percentuale massimo ammissibile verrà prescritto sotto forma di un premio minimo di obbligatorietà generale espresso percentualmente al premio ordinario dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in cui il rischio d'infortunio viene compreso come premessa assoluta per praticare riduzioni nella forma particolare d'assicurazione con franchigie opzionali.

Nel quadro delle novità nel settore delle franchigie opzionali, possono sorgere dubbi agli assicuratori riguardo alla determinazione dell'importo delle franchigie e delle riduzioni dei premi. Il problema della transitorietà rispetto alla continuazione automatica delle franchigie vigenti o in vista di un cambiamento della franchigia data la sparizione del grado finora offerto, sarà disciplinato dalle disposizioni transitorie alla modifica dell'OAMal.

3 Parte speciale: commento alle singole disposizioni

3.1 Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Articolo 64 capoverso 2 lettera b

L'aliquota percentuale sarà portata dal 10 al 20 per cento. Lo scopo di tale misura consiste da un lato nello sgravio dell'assicurazione malattie; dall'altro, essa dovrà indurre gli assicurati e i fornitori di prestazioni a un comportamento più attento ai costi.

Il raddoppio dell'aliquota percentuale dovrà creare un incentivo per gli assicurati a ricorrere in misura minore alle prestazioni e a scegliere quelle più economiche. Inoltre, i fornitori di prestazioni devono essere indotti a fornire le loro prestazioni in maniera più economica e a motivarne i costi agli assicurati.

Affinché il raddoppio dell'aliquota percentuale non sia più gravoso di oggi per gli assicurati con malattie gravi e croniche, il Consiglio federale intende mantenere, nell'articolo 103 capoverso 2 OAMal, l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale a 700 franchi per gli assicurati adulti. Secondo l'articolo 64 capoverso 4 LAMal, per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni tale importo è

dimezzato e continuerà quindi ad essere di 350 franchi. Il Consiglio federale intende mantenere anche la franchigia di base a 300 franchi.

Per un assicurato con una franchigia di base, la partecipazione ai costi continuerà quindi ad ammontare a un massimo di 1'000 franchi all'anno. Mentre finora tale importo era raggiunto in presenza di costi pari a 7'300 franchi, d'ora in poi esso lo sarà in presenza di costi pari a 3'800 franchi. Saranno maggiormente gravati gli assicurati adulti con costi tra i 300 e i 7'300 franchi e gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni con costi fino a 3'500 franchi all'anno.

Articolo 64 capoverso 6 lettera b

Il Consiglio federale può prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni (lett. a). Finora, per cure di lunga durata e per cura di affezioni gravi esso poteva ridurre la partecipazione ai costi o sopprimerla (attuale lett. b). Il Consiglio federale ha conferito tale competenza al DFI (vedi art. 105 OAMal). Fino ad oggi il DFI non ancora fatto uso di tale competenza.

Considerato che l'aliquota percentuale sarà aumentata in modo generalizzato al 20 per cento, occorrerà assegnare maggiori competenze al Consiglio federale per abbassare o sopprimere la partecipazione ai costi. Esso dovrà avere questa possibilità indipendentemente dalla durata della cura dalla gravità della malattia. In tal modo il Consiglio federale potrà fissare l'aliquota percentuale in maniera differenziata (vedi il capitolo 2.1).

3.2 Modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

Articolo 93 capoverso 1 e 1^{bis}

Secondo il disciplinamento vigente, le franchigie opzionali ammontano a 400, 600, 1'200 e 1'500 franchi per gli adulti e a 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. Un assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie opzionali. In tal modo gli assicurati hanno la possibilità di confrontare in modo semplice le riduzioni praticate per le franchigie opzionali dai diversi assicuratori.

D'ora in poi, i singoli assicuratori potranno stabilire quali franchigie opzionali intendono offrire. In tal modo gli assicuratori beneficeranno di una maggiore flessibilità e potranno adeguare le loro offerte alle esigenze dei loro assicurati e offrire franchigie più attrattive possibili. Le attuali franchigie opzionali vengono sfruttate in maniera differenziata da parte degli assicurati (cfr. cap. 1.1.4 qui sopra) e fino al 2002 si poteva constatare una tendenza a concludere un'assicurazione con la franchigia massima (1'500 franchi) (cfr. capitolo 1.1.2 qui sopra).

Le franchigie elevate fanno tuttavia sì che gli assicurati debbano assumersi costi importanti in caso di malattia. Per gli assicurati che non hanno un'altra assicurazione contro gli infortuni, ciò vale anche in caso di infortunio. Per limitare il rischio finanziario degli assicurati, le franchigie ammonteranno al massimo a 2'500 franchi per gli adulti, compresi i giovani adulti, e a 600 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. Gli assicuratori devono poter fissare franchigie

differenziate per ogni categoria d'età (assicurati al di sotto dei 18 anni, giovani adulti e altri adulti). In questo modo potrebbero offrire ai giovani adulti franchigie diverse da quelle per gli adulti o per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. Questo può dunque avere senso, dato che i premi per i giovani adulti si situano in genere tra quelli per gli altri adulti e quelli per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni, offrendo quindi un incentivo per ridurre il premio

L'assicuratore fissa i limiti delle franchigie su una scala graduata con scatti da 100 franchi per gli adulti e giovani adulti e da 25 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. In questo modo dovrebbe essere più facile per gli assicurati e le autorità di vigilanza paragonare i premi incassati per ogni franchigia. Inoltre, in tale contesto l'assicuratore non può operare differenziazioni nei singoli Cantoni.

Articolo 95 capoversi 1^{bis} e 2

L'articolo 95 disciplina le riduzioni di premio che possono essere concesse per un'assicurazione con franchigia opzionale. Come finora, gli assicuratori saranno tenuti a fissare l'importo di riduzione dei premi in funzione delle esigenze assicurative. In base al diritto vigente, la riduzione massima che gli assicuratori possono concedere agli assicurati per assicurazioni con franchigie opzionali potrà essere fissata in due modi: il primo, deducendo una percentuale del premio dell'assicurazione di base (cpv. 2); il secondo, deducendo un importo proporzionale al rischio assunto (cpv. 2^{bis}). Nel capoverso 2, la riduzione percentuale massima viene ora sostituita da un premio, al di sotto del quale non si potrà scendere.

Il prof. Dr. Heinz Schmid, perito in tecnica attuariale, è stato incaricato dal DFI di elaborare proposte concernenti la partecipazione ai costi. A tale scopo egli aveva a disposizione i dati dei grandi assicuratori in merito alle persone malate (età, sesso, Cantoni di residenza) nonché i loro costi di trattamento lordi nel 2001. Rispetto al numero dei loro assicurati, questi assicuratori coprono circa l'80 per cento di tutti gli assicurati del territorio nazionale. Sulla base di questi dati il prof. Schmid ha calcolato quale parte supplementare dei costi dovrebbero assumersi gli assicurati con franchigie più elevate. In tale contesto egli è partito dal presupposto che l'aliquota percentuale rimarrà del 10 per cento e che l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale degli adulti rimarrà di 700 franchi. Egli è giunto al risultato che per i seguenti importi di franchigie fino a 2'000 franchi per gli adulti sarebbero possibili i seguenti risparmi sui costi rispetto alla variante attuale (vedi tabella).

Fattori di riduzione per diverse franchigie secondo i dati del prof. Schmid

Franchigia	Fattore di riduzione
300	0 %
500	5,0 %
1'000	15,4 %
1'500	23,8 %
2'000	30,8 %

Sulla base di tali calcoli, il Consiglio federale ha adeguato 1° gennaio 2004 la riduzione massima dei premi, fissandola ad un livello leggermente più alto rispetto ai fattori di riduzione calcolati da Schmid. Il motivo di questa variazione consiste nel fatto che i costi che gli assicurati non hanno annunciato agli assicuratori in ragione della loro franchigia opzionale non sono compresi nei dati menzionati. Inoltre, taluni assicuratori dispongono di strutture di rischio migliori. Inoltre, i valori percentuali calcolati dal prof. Schmid non tengono conto di eventuali cambiamenti comportamentali degli assicurati e dei fornitori di prestazioni in caso di scelta di una franchigia più elevata.

Agli assicuratori sarà d'ora in poi prescritto che il premio dell'assicurazione con franchigie opzionali dovrà ammontare almeno al 50 per cento del premio ordinario con copertura contro gli infortuni del gruppo di età e della regione di premi della persona assicurata. Questo premio minimo costituisce il limite inferiore applicato anche agli assicurati la cui copertura contro gli infortuni è stata sospesa e in caso di assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni. In base ai dati menzionati del prof. Schmid, la riduzione dei premi in caso di franchigie fino a 2'500 franchi dovrebbe aggirarsi attorno al 36 per cento. In casi particolarmente favorevoli, come ad esempio per i giovani adulti, si potrebbe richiedere il premio minimo praticato dagli assicuratori malattie che offrono premi particolarmente vantaggiosi in Cantoni con premi comunque bassi. Per poter fissare un premio minimo bisogna fare in modo che, per esempio nel caso dei giovani adulti, gli assicuratori paghino elevati contributi per la compensazione dei rischi.

Grazie al nuovo disciplinamento gli assicuratori avranno anche la possibilità di offrire riduzioni percentuali differenziate nello stesso Cantone. Ciò si giustifica segnatamente in vista delle differenze dei premi, in parte considerevoli, tra le regioni e anche tra i giovani adulti e gli altri adulti. Di conseguenza, l'ultimo periodo del capoverso 1^{bis} deve essere abrogato.

I premi per le franchigie opzionali continueranno ad essere limitati con riduzioni massime in termini di importi. Per il 1° gennaio 2004 il Consiglio federale ha stabilito nel modo seguente le riduzioni massime in termini di importi: la riduzione dei premi per ogni anno civile non deve essere superiore all'80 per cento del rischio di partecipare ai costi assunto dagli assicurati con la scelta della franchigia più elevata (cpv. 2^{bis}). Per gli adulti tale rischio corrisponde alla differenza tra la franchigia ordinaria e quella prescelta. Questo disciplinamento deve essere mantenuto. Il capoverso 2^{bis} rimane quindi invariato. Rispetto a una franchigia di base di 300 franchi, il rischio accresciuto in caso di una franchigia opzionale di 2'500 franchi ammonta a 2'200 franchi. L'80 per cento di tale importo corrisponde a una riduzione massima del premio di 1'760 franchi all'anno o di 146.60 franchi al mese. Visto che per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni non è dovuta alcuna franchigia nell'assicurazione ordinaria (art. 64 cpv. 4 LAMal), il rischio menzionato corrisponde alla franchigia prescelta. In caso di una franchigia opzionale di 600 franchi, la riduzione massima del premio corrisponde quindi a 480 franchi all'anno o a 40 franchi al mese. Nella tabella qui di seguito sono illustrati, per tre premi diversi, i premi minimi con e senza copertura contro gli infortuni.

Esempi di premio secondo l'articolo 95

Premio determinante a)	Franchigia b)	Riduzione massima c)	Premio minimo d)	Premio compreso infortunio		Premio escluso infortunio	
				Premio minimo effettivo e)	Tasso di riduzione rispetto al premio di base f)	Premio minimo effettivo g)	Tasso di riduzione rispetto al premio di base h)
200	500	160	100	187	6,7 %	167	7,4 %
	1'000	560	100	153	23,3 %	133	25,9 %
	1'500	960	100	120	40,0 %	100	44,4 %
	2'000	1'360	100	100	50,0 %	100	44,4 %
	2'500	1'760	100	100	50,0 %	100	44,4 %
250	500	160	125	237	5,3 %	212	5,9 %
	1'000	560	125	203	18,7 %	178	20,7 %
	1'500	960	125	170	32,0 %	145	35,6 %
	2'000	1'360	125	137	45,3 %	125	44,4 %
	2'500	1'760	125	125	50,0 %	125	44,4 %
300	500	160	150	287	4,4 %	257	4,9 %
	1'000	560	150	253	15,6 %	223	17,3 %
	1'500	960	150	220	26,7 %	190	29,6 %
	2'000	1'360	150	187	37,8 %	157	42,0 %
	2'500	1'760	150	153	48,9 %	150	44,4 %

- a) Come premio determinante vale il premio mensile con copertura per infortunio, con una franchigia ordinaria di 300 franchi.
- b) Esempi di franchigie opzionali.
- c) Riduzione massima secondo l'articolo 95 capoverso 2bis OAMal, secondo cui la riduzione dei premi per anno civile non deve superare l'80 per cento del rischio supplementare di partecipare ai costi assunto dagli assicurati che hanno scelto una franchigia più elevata. Ad una determinata franchigia corrisponde un determinato importo da dedurre.

- d) Premio minimo secondo l'articolo 95 capoverso 2 (nuovo) OAMal, secondo cui il premio per assicurazione con franchigia opzionale deve corrispondere almeno al 50 per cento del premio ordinario con copertura contro gli infortuni della categoria d'età e della regione di premio dell'assicurato. Esso corrisponde al 50 per cento del premio determinante, come spiegato nella colonna a).
- e) Premio minimo da richiedere in base alle disposizioni dell'articolo 95 capoversi 2 e 2bis, nel caso in cui fosse compresa anche la copertura contro gli infortuni.
- f) Premio conformemente alla colonna e) in rapporto al premio determinante indicato nella colonna a).
- g) Premio minimo da richiedere in base alle disposizioni dell'articolo 95 capoversi 2 e 2bis, nel caso in cui la copertura contro gli infortuni non fosse compresa. In questo caso viene applicata una riduzione del 10 per cento per infortunio.
- h) Premio conformemente alla colonna e) in rapporto al premio determinante indicato nella colonna a).

Disposizioni transitorie

Il Consiglio federale ipotizza che gli assicurati il cui assicuratore non offre più le medesime franchigie opzionali sceglieranno piuttosto la franchigia di grado immediatamente superiore. Per tale motivo, dal 1° gennaio 2005, per le persone assicurate con una franchigia opzionale vale la medesima franchigia oppure, se nel loro Cantone di residenza l'assicuratore non la offre più per il loro gruppo di età, la franchigia opzionale del grado immediatamente superiore, sempre che entro il 31 dicembre 2004 non abbiano scelto un'altra franchigia. In tal modo è garantito che per ogni assicurato rimanga chiaro quale sia la sua franchigia. Questo disciplinamento può essere applicato anche agli assicurati che con l'inizio dell'anno passano dalla categoria degli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni a quella degli adulti.

Visto che il sistema delle franchigie opzionali viene sostanzialmente modificato, gli assicuratori sono tenuti a comunicare per iscritto ad ogni assicurato, al più tardi entro il 31 ottobre 2004, se offrono nuove franchigie opzionali e quali sono le corrispondenti riduzioni dei premi concesse. Questa disposizione dovrà entrare in vigore il 1° ottobre 2004.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

4.1.1 Ripercussioni sulla Confederazione

L'aumento dell'aliquota percentuale al 20 per cento dovrebbe cagionare verosimilmente oneri supplementari pari a circa 8 milioni di franchi nell'ambito dei sussidi federali versati ai Cantoni per la concessione di prestazioni complementari secondo l'articolo 1a capoverso 1 in combinato disposto con l'articolo 3d capoverso 1 lettera f della legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.3).

4.1.2

Ripercussioni sui Cantoni e sui Comuni

L'aumento dell'aliquota percentuale comporterà per i Cantoni un onere supplementare rispetto ad oggi per quanto concerne l'assunzione della partecipazione ai costi nel quadro delle prestazioni complementari secondo l'articolo 3d capoverso 1 lettera f LPC. L'onere supplementare della quota cantonale alle prestazioni complementari dovrebbe ammontare verosimilmente a circa 27 milioni di franchi. Sulla base delle normative cantonali, vengono di regola assunte anche le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei beneficiari di prestazioni dell'assistenza sociale. L'aumento dell'aliquota percentuale va quindi a gravare ulteriormente sui budget dell'assistenza sociale di Cantoni e Comuni. La Confederazione non dispone tuttavia di dati al riguardo.

4.2

Ripercussioni sull'assicurazione malattie

Sulla base di stime interne all'amministrazione, con il raddoppio dell'aliquota percentuale il volume dei premi sarà ridotto del 3 per cento circa. Queste stime si fondano sull'ipotesi che l'aliquota percentuale annua massima di 700 franchi e le franchigie di base di 300 franchi per gli adulti vengano mantenute e che anche in futuro non sia dovuta alcuna franchigia per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni. In tal modo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarebbe sgravata di circa 500 milioni di franchi (cfr. la tabella qui di seguito).

Ripercussioni dell'aumento dell'aliquota percentuale dal 10 al 20 per cento

Maggiori costi nella partecipazione ai costi a carico degli assicurati	Percentuale rispetto ai costi globali	In termini associati, in milioni di franchi
Adulti (aliquota percentuale massima: 700 franchi)	2,9 %	419
Assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni (aliquota percentuale massima: 350 franchi)	6,8 %	74
Totale		493

L'aumento dell'aliquota percentuale dal 10 al 20 per cento ha come conseguenza che gli assicurati malati sono maggiormente gravati nel quadro della partecipazione ai costi, mentre gli assicuratori, e quindi la totalità degli assicurati, sono sgravati di conseguenza. Questo sgravio dipende dalla franchigia prescelta. I costi a carico degli assicuratori saranno ridotti del 3,3 per cento per l'assicurazione con la franchigia di base di 300 franchi, mentre per l'assicurazione con franchigie più elevate questa percentuale si riduce e per la franchigia opzionale di 1'500 franchi è del 2,6 per cento. Se si considera la ripartizione degli assicurati sui diversi livelli di franchigia, per quanto riguarda gli adulti ne risulta uno sgravio complessivo a favore degli assicuratori pari a 419 milioni di franchi oppure al 2,9 per cento. Per quanto riguarda gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni, la medesima considerazione fa

risultare uno sgravio di 74 milioni di franchi o del 6,8 per cento. L'aumento dell'aliquota percentuale risulta proporzionalmente più gravoso per gli assicurati che non hanno compiuto i 18 anni, in particolare perché non è dovuta una franchigia ordinaria e solo l'11 per cento circa di essi ha scelto una franchigia. Con questo aumento vengono gravati per più del doppio di quanto non lo siano gli adulti.

4.3 Ripercussioni economiche

L'aumento dell'aliquota percentuale dal 10 al 20 per cento diventa nel contempo uno strumento gestionale e finanziario. Un'elevata aliquota percentuale spinge gli assicurati a beneficiare in modo responsabile di prestazioni mediche, evitando quelle superflue. In generale è noto che l'aumento dell'aliquota percentuale comporta un minor consumo di prestazioni da parte degli assicurati. Alla base di questo effetto vi sono, oltre che un cambiamento cosciente del comportamento degli assicurati, anche cause legate al sistema assicurativo (S. Felder, A. Werblow, op. cit. p. 3). Tuttavia, se lo strumento funzionerà, esso aumenterà l'efficienza in modo generalizzato a livello sociale. Rinunciare a prestazioni superflue, mantenendo lo stesso stato di salute, permette di usare i mezzi finanziari inutilizzati per altri scopi. Per evitare effetti indesiderati di politica sociale è necessario mantenere l'onere massimo a 700 franchi.

L'aumento proposto ridurrà il volume dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del 3 per cento circa. I premi futuri verranno ridotti all'incirca della stessa percentuale, vale a dire che solo la parte eccedente l'aumento dei costi previsto di 500 milioni di franchi produrrà un aumento dei premi nell'anno della modifica della legge. Solo in futuro sarà possibile dire se si sarà trattato di un spostamento unicamente a svantaggio degli assicurati beneficiari di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, oppure se l'aumento dell'aliquota percentuale avrà causato un cambiamento di comportamento durevole. Anche se questo strumento dovesse produrre gli effetti voluti, questi si manifesterebbero in un cambiamento comportamentale solo in un secondo tempo: non bisogna attendersi forti e improvvisi cambiamenti nel consumo privato e neppure una loro influenza sul mercato del lavoro e dei prodotti. Inoltre, 500 milioni di franchi corrispondono ad un millesimo circa del prodotto interno lordo oppure al 2 per mille del consumo delle economie domestiche private. Anche questi rapporti fanno concludere che le ripercussioni della modifica di legge avrebbero effetti marginali sull'economia.

5 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto figura nel rapporto sul programma di legislatura 2003-2007 del 25 febbraio 2004 quale oggetto delle linee direttrici (FF 2004 ...).

6 Basi legali

6.1 Costituzionalità

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale.

6.2

Delega delle competenze legislative

Le competenze normative necessarie per l'attuazione dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive) sono delegate al Consiglio federale nell'articolo 96 LAMal. Nel quadro del presente progetto il Consiglio federale è inoltre autorizzato a emanare disposizioni nel seguente settore:

divergenze dall'aliquota percentuale del 20 per cento verso l'alto e verso il basso (art. 64 cpv. 6 LAMal).

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Partecipazione ai costi)

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 64 cpv. 2 lett. b e 6 lett. b

² La partecipazione ai costi comprende:

b. il 20 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale).

⁶ Il Consiglio federale può:

b. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per determinate prestazioni;

II

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2006 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) (partecipazione ai costi)

Modifica del ...

*Il Consiglio federale svizzero
ordina:*

I

L'ordinanza del 27 giugno 1995¹ sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 93 cpv. 1 e 1bis

¹ Oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali possono ammontare al massimo a 2'500 franchi per gli adulti e i giovani adulti e a 600 franchi al massimo per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. Un assicuratore può offrire franchigie diverse per gli adulti, i giovani adulti e gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. Le franchigie valgono per tutto il Cantone.

^{1bis} Gli assicuratori fissano le franchigie di cui al capoverso 1 per gli adulti e i giovani adulti in importi che corrispondono a un multiplo di 100 franchi e per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni in importi che corrispondono a un multiplo di 25 franchi.

Art. 95 cpv. 1bis e 2

^{1bis} Gli assicuratori stabiliscono l'ammontare della riduzione del premio in base alle esigenze attuariali. Si attengono alle riduzioni massime dei premi stabilite nei capoversi 2 e 2bis.

² Il premio dell'assicurazione con franchigie opzionali ammonta almeno al 50 per cento del premio dell'assicurazione ordinaria con copertura degli infortuni per il gruppo di età e la regione di premio dell'assicurato.

II

¹ RS 832.102

Disposizioni transitorie

¹ Gli assicurati devono informare per scritto ogni assicurato entro il 31 ottobre 2004 al più tardi sulle nuove franchigie opzionali e sulle riduzioni dei premi accordate in relazione ad esse.

² Per gli assicurati che hanno scelto una franchigia opzionale, a partire dal 1° gennaio 2005 si applica la stessa franchigia opzionale o, se questa non è offerta dal loro assicuratore nel loro Cantone per il loro gruppo d'età, la franchigia opzionale d'importo appena superiore offerta dal loro assicuratore nel loro Cantone per il loro gruppo d'età, se essi non hanno scelto un'altra franchigia.

III

¹ Eccettuato il capoverso 2, la presente modifica entra in vigore il 1° gennaio 2005.

² Il capoverso 1 delle disposizioni transitorie entra in vigore il 1° ottobre 2004.

... 2004

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Joseph Deiss

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz