

04.034

**Messaggio
concernente la revisione parziale della legge federale
sull'assicurazione malattie (Partecipazione ai costi)**

del 26 maggio 2004

Onorevoli presidenti e consiglieri,

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

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

26 maggio 2004

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Joseph Deiss

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

L'articolo 64 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) disciplina la partecipazione ai costi degli assicurati. Secondo il capoverso 2 del suddetto articolo LAMa, la partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale di partecipazione ai costi) per le prestazioni ottenute. Il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale (art. 64 cpv. 3 LAMal). Per i bambini non è dovuta alcuna franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale è dimezzato. 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 adulti a 700 franchi.

Oltre ai premi e ai contributi dei poteri pubblici, la partecipazione ai costi è la terza fonte di finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre, incoraggia il senso di responsabilità personale degli assicurati quando chiedono prestazioni. Dall'aumento dell'aliquota percentuale a carico dell'assicurato, il Consiglio federale si attende un effetto frenante sui costi; per l'evoluzione dei costi, infatti, non è decisivo soltanto il fatto che una prestazione medica sia a carico delle casse malati, ma anche l'applicazione inappropriata di tale prestazione nel singolo caso. Una possibile soluzione risiede, quindi, nel responsabilizzare maggiormente gli assicurati. L'aliquota percentuale, perciò, sarà aumentata al 20 per cento. Il Consiglio federale, tuttavia, non intende modificare l'importo annuo massimo, attualmente stabilito in 700 franchi, dell'aliquota percentuale. Per i bambini si continuerà a versare un'aliquota percentuale del 10 per cento. In questo modo l'assicurazione malattie sarà sgravata senza pregiudicare il carattere socialmente accettabile della partecipazione ai costi e senza che i pazienti malati cronici con costi della salute elevati e i bambini sopportino un fardello finanziario più oneroso di quello attuale.

Nel 2002 le spese degli assicuratori malattia per le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ammontavano a 17,1 miliardi di franchi, 2,5 dei quali erano a carico degli assicurati come partecipazione ai costi. Con l'aumento dell'aliquota percentuale al 20 per cento, pur mantenendo il tetto massimo annuo degli adulti a 700 franchi, gli assicurati verserebbero ogni anno 420 milioni di franchi in più di aliquota percentuale. Ne risulterebbe una diminuzione dei premi pari a circa il 2,5 per cento.

L'aumento al 20 per cento dell'aliquota percentuale sarà accompagnato da un ampliamento delle competenze del Consiglio federale di ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per determinate prestazioni (art. 64 cpv. 6 lett. b LAMal).

Messaggio

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 annuo (franchigia) e con il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). Il nostro Consiglio stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale (art. 64 cpv. 3 LAMal). Per i bambini non è dovuta alcuna franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale è dimezzato. Per il 1° gennaio 2004 abbiamo 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).

1.1 Genesi

1.1.1 Progetto «Basi della terza revisione parziale della LAMal»

In occasione della nostra seduta speciale del 22 maggio 2002 abbiamo 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. Per i diversi modelli che comprendono sia modifiche del sistema sia modifiche concernenti l'aliquota percentuale o la franchigia, cifre e ripercussioni sono state riassunte in un rapporto. 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 in particolare 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»

(L'influsso dei pagamenti supplementari sulla domanda di prestazioni mediche: evidenza empirica in Svizzera), Congresso annuale del DGSMP/DGMS, settembre 2001 (cfr. il n. 1.1.2 qui di seguito).

1.1.2 Risultati della ricerca

Dallo studio menzionato nel numero 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.

L'altro studio menzionato nel numero 1.1.1 (quello di S. Felder e A. Werblow), 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».

1.1.3 Dati sulla partecipazione ai costi

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% circa, secondo calcoli interni dell'UFSP) e dalle aliquote percentuali (il 40% 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 24,5 per cento aveva optato per una franchigia di 400 franchi, il 10,0 per cento per una franchigia di 600 franchi, il 2,5 per cento per una franchigia di 1200 franchi e l'11,5 per cento per una franchigia di 1500 franchi.

1.2 Domande di revisione

1.2.1 Interventi parlamentari

Nella mozione presentata il 7 luglio 2003 (03.3425), la minoranza Gross Jost della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha incaricato il nostro Consiglio di differenziare o sopprimere completamente la partecipazione ai costi per trattamenti costosi relativi a infermità congenite e a malattie gravi o croniche al più tardi con la 3^a revisione della LAMal. Nel nostro parere abbiamo rilevato che l'obiettivo di influenzare gli assicurati nel consumo di prestazioni mediche mediante la partecipazione ai costi non è perseguibile nel caso dei malati cronici impossibilitati, a causa della loro malattia, a rinunciare a determinate prestazioni. Dal momento che alcuni modelli di partecipazione differenziata ai costi, destinati a contenere la domanda, sono oggetto di uno studio approfondito nel quadro dei lavori di preparazione di una 3^a revisione della LAMal, siamo disposti a soddisfare le richieste della mozione. Abbiamo proposto di trasformare la mozione in postulato. L'intervento è stato trasmesso dal Consiglio nazionale sotto forma di postulato l'8 dicembre 2003.

1.2.2 Seconda revisione della LAMal

Nel corso dei dibattiti relativi alla seconda revisione della LAMal, respinta dal Parlamento nella sessione invernale 2003 in votazione finale, la proposta di aumentare l'aliquota percentuale è stata rifiutata. Secondo tale proposta, l'aliquota percentuale delle persone non assicurate secondo una forma particolare d'assicurazione con corresponsabilità budgetaria sarebbe stata portata al 20 per cento. La versione finale prevedeva tuttavia ancora un'aliquota percentuale del 10 per cento. Il nostro Collegio avrebbe tuttavia potuto aumentarla al 20 per cento per gli assicurati che non avessero scelto una forma particolare d'assicurazione economica.

1.3 Procedura di consultazione concernente la proposta del Consiglio federale per una revisione parziale della LAMal

Nel marzo 2004, la nostra proposta per una revisione parziale della LAMal nel settore della partecipazione ai costi è stata posta in consultazione presso i cantoni, i partiti politici e le cerchie interessate.

Nel settore della partecipazione ai costi, la proposta contempla due modifiche legislative. La prima prevede l'aumento dell'aliquota percentuale dal 10 al 20 per cento. Per non gravare eccessivamente le persone malate, garantiamo, a tale proposito, che l'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale per gli adulti sarà mantenuta a 700 franchi. L'articolo 64 capoverso 4 LAMal, in base al quale l'importo massimo dell'aliquota percentuale per i bambini ammonta alla metà di quello per gli adulti, rimane invariato. La seconda modifica legislativa prevede un'estensione della competenza del nostro Consiglio di ridurre o di sopprimere la partecipazione ai costi. Finora potevamo ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi soltanto nel caso di trattamenti di lunga durata o di trattamenti di malattie gravi. Con la modifica potre-

mo ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per determinate prestazioni senza essere vincolati da condizioni.

Insieme alle modifiche della LAMal, proponiamo una modifica dell'OAMal nel settore delle franchigie opzionali.

I pareri sono controversi. Molte organizzazioni consultate hanno accolto favorevolmente l'aumento dell'aliquota percentuale nella convinzione che la responsabilità individuale degli assicurati ne esca rafforzata. Alcuni approvano questo aumento a condizione che l'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale per gli adulti sia mantenuto a 700 franchi. È stato proposto anche di inserire questo importo massimo nella legge. Gli assicuratori hanno manifestato il timore che l'aumento dell'aliquota percentuale possa indurre alcuni fra di loro a negare l'affiliazione agli assicurati i cui costi di trattamento superano verosimilmente i 3800 franchi.

La Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e alcune altre organizzazioni consultate si sono preoccupate delle ripercussioni sociali dell'aumento dell'aliquota percentuale. La maggior parte ha criticato il fatto che le famiglie con figli siano particolarmente toccate dall'aumento dell'aliquota percentuale proponendo di conseguenza che i bambini siano risparmiati dall'aumento. Molti cantoni e altri partecipanti alla consultazione hanno rifiutato l'aumento per principio, perché provocherebbe un aggravio delle persone malate che possono influenzare i loro costi di trattamento soltanto in maniera limitata. Alcuni cantoni hanno criticato l'aumento degli oneri a proprio carico provocato dai costi supplementari per le prestazioni complementari e per l'assistenza sociale. Alcune organizzazioni consultate hanno proposto l'introduzione di franchigie proporzionali al reddito in sostituzione dell'aumento dell'aliquota percentuale.

L'estensione della competenza del nostro Consiglio di sopprimere o di ridurre la partecipazione ai costi è stata accolta favorevolmente da numerosi partecipanti alla consultazione come elemento moderatore dell'aumento dell'aliquota percentuale. Alcuni hanno domandato che la partecipazione ai costi sia ridotta e soppressa in particolare per le forme più economiche di assicurazione e per certi gruppi di assicurati. Tra questi ultimi in particolare si fanno rientrare i bambini. È stato inoltre proposto che la competenza del nostro Consiglio di aumentare la partecipazione ai costi ci venga revocata se l'aliquota percentuale è aumentata al 20 per cento.

2 Caratteristiche principali del disegno

2.1 Orientamento

Proponiamo che anche in futuro l'aliquota percentuale sia fissata nella legge. Nella seconda revisione della LAMal, respinta in votazione finale, era stato proposto di delegare al nostro Consiglio la competenza di determinare un'aliquota percentuale del 20 per cento per prestazioni che non sono fornite nel quadro di una forma particolare d'assicurazione ai sensi degli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoverso 2 della legge. Nel presente disegno si inverte la proposta, inserendo nella legge l'aliquota percentuale, elevata al 20 per cento. Nel contempo, dovremmo ottenere maggiori competenze per fissare aliquote percentuali minori. Se per legge si fissasse l'aliquota percentuale al 20 per cento, le nostre attuali competenze di abbassare o sopprimere la partecipazione ai costi sarebbero troppo limitate.

Privilegiamo quindi una soluzione per cui l'importo dell'aliquota percentuale nella sua forma di base continua ad essere sancito nella legge ed eventuali deroghe 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.

In base alla consultazione, abbiamo deciso che l'aumento dell'aliquota percentuale al 20 per cento debba essere limitato agli adulti, mentre i bambini dovrebbero continuare ad assumersi un'aliquota del 10 per cento.

L'aumento generalizzato dell'aliquota percentuale al 20 per cento per gli adulti non dovrebbe comportare problemi di attuazione. La competenza ampliata conferitaci per ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi in caso di determinate prestazioni significa che si debba preventivamente chiarire in un'ordinanza per quali prestazioni vada ragionevolmente stabilita una partecipazione ai costi più bassa o vada addirittura soppressa.

2.2 Obiettivi politici

Con le modifiche proposte in questa sede, intendiamo introdurre un disciplinamento estremamente semplice. Le modifiche mirano ad incentivare maggiormente la responsabilità degli assicurati nel ricorrere a prestazioni. 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 degli adulti e responsabilizzando quindi maggiormente gli assicurati, ci attendiamo una maggiore attenzione ai costi da parte degli assicurati e, di riflesso, un effetto di contenimento dei costi. Per non gravare ulteriormente la partecipazione ai costi delle famiglie con figli, abbiamo rinunciato ad aumentare l'aliquota percentuale dei bambini.

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

Prevediamo 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, entro la metà dell'anno, della regolamentazione definitiva della partecipazione ai costi. Benché il progetto concernente la strategia complessiva parta dal presupposto che anche il secondo pacchetto di leggi possa essere approvato nella sessione invernale 2004, non sono esclusi ritardi. Per precauzione questo modello è stato quindi inserito nel primo pacchetto di leggi.

2.3

Effetto sociopolitico

Con l'aumento dell'aliquota percentuale al 20 per cento, sarebbero soprattutto gli assicurati adulti con costi tra i 300 e i 7300 franchi a dover sopportare una partecipazione più elevata. La partecipazione annua massima per gli assicurati adulti con franchigia ordinaria sarà, come oggi, pari a 1000 franchi (300 franchi di franchigia e 700 franchi di aliquota percentuale). Questa partecipazione sarà ora dovuta già in presenza di costi annui di 3800 franchi anziché, come finora, di 7300 franchi. Per contro, i malati cronici con costi elevati e che versano già oggi una partecipazione ai costi di 1000 franchi, non verranno caricati da oneri supplementari. 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. Dal momento che l'aliquota percentuale dei bambini non è cambiata, l'onere delle famiglie con figli minorenni non aumenta. 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 2,5 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 1500 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

* AP = aliquota percentuale

3

Parte speciale: Commento alle singole disposizioni

Articolo 64 capoverso 2 lettera b

L'aliquota percentuale per gli adulti sarà portata dal 10 al 20 per cento. Lo scopo di tale misura è di sgravare l'assicurazione malattie e di indurre gli assicurati e i fornitori di prestazioni a un comportamento più attento ai costi.

Il raddoppio dell'aliquota percentuale dovrà stimolare 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, intendiamo mantenere, nell'articolo 103 capoverso 2 OAMal, l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale a 700 franchi per gli assicurati adulti. Intendiamo 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 1000 franchi all'anno. Mentre finora tale importo era raggiunto in presenza di costi pari a 7300 franchi, d'ora in poi esso lo sarà in presenza di costi pari a 3800 franchi. Saranno maggiormente gravati gli assicurati adulti con costi tra i 300 e i 7300 franchi.

La partecipazione ai costi per gli assicurati che non hanno raggiunto i 18 anni rimane del 10 per cento. L'articolo 61 capoverso 3 della legge, secondo cui gli assicuratori devono stabilire per i minori di 18 anni un premio inferiore a quello degli adulti, rimane invariato.

Articolo 64 capoverso 6 lettera b

Secondo il diritto vigente, il nostro Consiglio ha la possibilità di prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni (lett. a). Finora, per cure di lunga durata e per cure di affezioni gravi potevamo ridurre la partecipazione ai costi o sopprimerla (attuale lett. b). Abbiamo delegato tale competenza al DFI (vedi art. 105 cpv. 1 e 3 OAMal), che fino ad oggi non ne ha ancora fatto uso.

Considerato che l'aliquota percentuale sarà aumentata al 20 per cento per gli adulti, occorre che il nostro Consiglio abbia maggiori competenze per abbassare o sopprimere la partecipazione ai costi, indipendentemente dalla durata della cura e dalla gravità della malattia. Avremo dunque la possibilità di fissare l'aliquota percentuale in maniera differenziata (vedi il n. 2.1).

4

Concomitanza della proposta con le altre modifiche di legge in discussione

Aumentando l'aliquota percentuale s'intende rafforzare gli incentivi affinché fornitori di prestazioni e assicurati acquisiscano maggiore coscienza nel loro comportamento. In questo contesto, il concorso di modelli assicurativi suscettibili di diminuire i costi (managed care) e di partecipazione ai costi attrattiva assume un ruolo di primo piano. Già oggi gli assicuratori sono liberi di rinunciare parzialmente o del tutto all'aliquota percentuale o alla franchigia nell'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (art. 64 cpv. 6 lett. c LAMal in relazione all'art. 99 cpv. 2 OAMal). In questo modo, già adesso gli assicuratori possono introdurre incentivi a favore di un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.

La revisione della LAMal, respinta dal Parlamento nella sessione invernale 2003, prevedeva che il nostro Consiglio potesse aumentare l'aliquota percentuale di partecipazione ai costi a carico dell'assicurato portandola dal 10 al 20 per cento per gli

assicurati che hanno scelto l'assicurazione ordinaria. In questo modo avremmo potuto incentivare finanziariamente soprattutto le persone malate ad aderire a una forma particolare di assicurazione più economica in cui l'aliquota percentuale continuava ad ammontare al 10 per cento.

Con l'aumento dell'aliquota percentuale per gli adulti al 20 per cento e con il previsto ampliamento dei modelli di managed care, si ampliano le possibilità di introdurre incentivi finanziari che involino a concludere forme assicurative particolari. I modelli di managed care, per esempio, possono risultare favoriti per il fatto che l'aliquota percentuale è fissata al 10 per cento. La questione di sapere se gli assicuratori saranno lasciati liberi, come accade oggi, di ridurre la partecipazione ai costi e in quale misura nel caso del managed care, oppure se spetta a noi introdurre altri incentivi, sarà oggetto della trasposizione delle disposizioni di legge a livello dell'ordinanza di esecuzione.

Una concomitanza delle modifiche relative alla partecipazione ai costi con altre modifiche di legge attualmente in discussione appare del resto marginale.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie

5.1.1 Per la Confederazione

L'aumento dell'aliquota percentuale per gli adulti al 20 per cento dovrebbe cagionare verosimilmente oneri supplementari pari a circa 7 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).

5.1.2 Per i Cantoni e i Comuni

L'aumento dell'aliquota percentuale per gli adulti 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 26 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.

5.2

Per l'assicurazione malattie

L'aumento dell'aliquota percentuale per gli adulti 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 1500 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 420 milioni di franchi oppure al 2,5 per cento. 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.

5.3

Per l'economia

L'aumento dell'aliquota percentuale per gli adulti dal 10 al 20 per cento diventa uno strumento gestionale e nel contempo 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. Se lo strumento funzionerà, l'aumento dell'aliquota percentuale accrescerà 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. Tuttavia, 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 2,5 per cento circa. I premi futuri verranno ridotti all'incirca della stessa percentuale, vale a dire che solo la parte eccedente il previsto aumento dei costi stimato a 420 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 uno 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, 420 milioni di franchi corrispondono all'1 per mille 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.

Legame con la riforma della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti fra Confederazione e Cantoni

La nuova perequazione finanziaria contempla una nuova ripartizione dei compiti, delle competenze e dei flussi finanziari fra Confederazione e Cantoni, nonché un chiarimento delle responsabilità fra questi due livelli statali (messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001 in FF 2002 2065). Nell'ambito dei relativi lavori si esamina anche una redistribuzione dei compiti nel settore delle assicurazioni sociali. La presente revisione non è interessata da questa redistribuzione.

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 996).

Rapporto con il diritto europeo

Disposizioni della Comunità europea

L'articolo 2 del Trattato che istituisce la Comunità europea (CE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità è disciplinata nell'articolo 39 del Trattato CE. Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come iscritto nell'articolo 42 del Trattato CE. Il diritto comunitario non persegue un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale: gli Stati membri possono continuare a determinare la concezione, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei propri sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale è disciplinato dal regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e dal regolamento n. 574/72 che stabilisce le relative modalità di applicazione (codificato dal regolamento del Consiglio n. 118/97; GU n. L 28 del 30.01.1997, pag. 1; modificato ultimamente dal regolamento del Consiglio n. 859/2003, GU n. L 124 del 20.05.2003). Dal 1° giugno 2002, data dell'entrata in vigore dell'accordo sulla libera circolazione delle persone concluso tra la Svizzera e l'Unione europea, la Svizzera partecipa al sistema di coordinamento multilaterale.

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

8.2

Gli strumenti del Consiglio d'Europa

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

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

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

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

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

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

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

8.3

Compatibilità con il diritto europeo

Il presente disegno prevede di aumentare l'aliquota percentuale a carico degli assicurati portandola dal 10 al 20 per cento dei costi che superano la franchigia. Secondo l'articolo 10 paragrafo 2 del Codice Europeo di Sicurezza sociale, il beneficiario o il suo capofamiglia può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute in caso di stato morbosio; il contributo non deve tuttavia comportare un onere troppo gravoso. Il Codice riveduto prevede una disposizione analoga (art. 10 § 2). Cosa s'intenda esattamente con «onere troppo gravoso» non è definito esattamente né nel Codice Europeo di Sicurezza sociale né nel Codice riveduto. Gli organi di controllo dispongono perciò di un certo potere discrezionale. Il Protocollo al Codice prevede che la partecipazione ai costi delle cure mediche ricevute in caso di stato morbosio non possa superare il 25 per cento. Se la partecipazione ai costi per ogni caso di cura o per ogni prescrizione di prodotti farmaceutici viene fissata in una somma uniforme, il totale dei pagamenti effettuati da tutte le persone protette non deve superare, secondo il Protocollo, il 25 per cento del costo totale di tale prestazione nel caso di un determinato periodo. Il presente disegno prevede di raddoppiare l'aliquota percentuale degli assicurati, ma, dato che essa è applicata entro il limite di un importo annuo massimo, non rappresenta un onere troppo gravoso ai sensi del Codice Europeo e del Protocollo. Esso è quindi conforme alle norme del Consiglio d'Europa.

9

Basi legali

9.1

Costituzionalità

Il presente disegno si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale.

9.2

Delega di competenze legislative

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

aumento o riduzione dell'aliquota percentuale del 20 per cento per gli adulti e del 10 per cento per i bambini (art. 64 cpv. 6 LAMal).