

09.053

**Messaggio
concernente la modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie
(Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi)**

del 29 maggio 2009

Onorevoli presidenti e consiglieri,

Vi sottoponiamo per approvazione un disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

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

29 maggio 2009

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione: Hans-Rudolf Merz
La cancelliera della Confederazione: Corina Casanova

Compendio

Nel 2008 l'importo speso dagli assicuratori per le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha superato le entrate dei premi ed è quindi stato necessario ricorrere alle riserve; nel 2009 si prevede che si ripresenterà la medesima situazione. La quota delle riserve è di conseguenza scesa sotto il minimo legale. Questa evoluzione è stata incentivata dalle difficoltà dei mercati finanziari. Supponendo che i costi degli assicuratori aumentino del 4 per cento, la quota legale minima delle riserve può essere ripristinata entro fine 2010 realizzando a inizio 2010 un aumento dei premi dell'ordine del 15 per cento. In questa situazione, il Consiglio federale considera indispensabile adottare rapidamente misure efficaci per contenere i costi.

Le deliberazioni parlamentari sulle proposte del Consiglio federale concernenti la revisione della LAMal nei settori della partecipazione ai costi, nel settore della libertà contrattuale e in quello della managed care sono ancora in corso. È prevedibile che la discussione non si concluderà in tempi brevi. Non sarà pertanto possibile prendere provvedimenti che esplicheranno i loro effetti nel 2010. Visti i massicci aumenti dei premi che si profilano all'orizzonte del prossimo anno, non è possibile attendere l'entrata in vigore dei progetti pendenti in al Parlamento.

La nuova normativa in materia di finanziamento ospedaliero adottata dalle Camere federali nel dicembre 2007 ha permesso di fare progressi nel contenimento dei costi nel settore ospedaliero stazionario. I relativi processi sono in corso e non è per ora opportuno lanciare nuove iniziative. È invece necessario intervenire per contenere i costi del settore ambulatoriale e del settore ambulatoriale degli ospedali. Le misure urgenti che il Consiglio federale propone con il presente messaggio devono segnatamente avere effetto su questi settori. A tale riguardo occorre rilevare che per il momento nessuna delle misure di contenimento dei costi proposte nel 2004 è stata eseguita. Le misure proposte dal presente disegno vogliono influire sull'offerta di prestazioni obbligando i Cantoni, che sono già tenuti a pianificare il settore ospedaliero stazionario, a gestire anche l'offerta del settore ambulatoriale degli ospedali. Le misure previste influenzano anche la domanda obbligando l'assicurato a pagare in contanti un contributo per la consultazione e stabilendo un servizio medico telefonico gratuito a cui tutti gli assicurati possono rivolgersi per ottenere una consulenza prima di un'eventuale visita medica. Infine sarebbe opportuno conferire al Consiglio federale la competenza di ridurre i prezzi (le tariffe), quando in un determinato settore vi è un aumento superiore alla media. Iscrivendo queste misure nella legge si consolida l'efficacia del principio del contenimento dei costi anche nei settori ambulatoriale e ambulatoriale degli ospedali.

Per mitigare gli effetti degli imminenti aumenti dei premi venendo in aiuto alle persone che nella situazione economica attuale si trovano in condizioni finanziarie modeste, il Consiglio federale prevede di stanziare per la riduzione dei premi fondi supplementari di 200 milioni di franchi nel 2010.

Messaggio

1 Grandi linee del disegno

1.1 Situazione iniziale

I dati sull'evoluzione dei bilanci degli assicuratori fanno prevedere un massiccio aumento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) istituita dalla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). Tale aumento è causato dal fatto che nel 2008 l'aumento dei costi ha superato le stime fatte dagli assicuratori al momento della comunicazione dei premi e che per il 2009 gli assicuratori prevedono spese superiori alle entrate dei premi. Questi fattori sono fonti di perdite e nel 2008 hanno fatto calare la quota delle riserve del 4 per cento circa; nel 2009 si prevede che questo calo continui. A ciò si aggiungono le perdite inattese subite sui mercati finanziari. Per fine 2009 si prevede una quota di riserve del 9 per cento circa, ossia una percentuale inferiore di 2,5 punti percentuali alla quota minima delle riserve. Occorre pertanto compensare i premi degli anni 2008 e 2009, che si sono rivelati troppo bassi rispetto all'evoluzione dei costi. Soltanto per realizzare questa compensazione occorre un aumento dei premi del 7 per cento circa.

Vista l'evoluzione degli ultimi anni, si prevede che anche in futuro i costi continueranno ad aumentare del 4–4,5 per cento. Tenuto conto della prevista evoluzione dei costi e poiché un aumento dei premi rende necessario un aumento delle riserve per mantenere uno stesso tasso, nel 2010 le entrate degli assicuratori devono aumentare del 12 per cento circa. Per ottenere maggiori entrate del 12 per cento occorre aumentare i premi di circa il 13 per cento, poiché frequentemente, in caso di aumento dei premi, gli assicurati scelgono modelli di assicurazione più economici. Di conseguenza per raggiungere a fine 2010 la quota minima delle riserve fissata per legge all'11,5 per cento, occorre un aumento dei premi compreso tra il 15 e il 16 per cento. La situazione varia a seconda degli assicuratori e dei Cantoni.

Vista l'attuale situazione economica, il Consiglio federale ritiene che un aumento dei premi di tale entità limiterebbe in modo insostenibile il potere d'acquisto della popolazione. Gli esperti del Dipartimento federale dell'economia prevedono che nel 2010 l'economia svizzera potrebbe ritrovare una leggera crescita positiva, a condizione che la crisi economica internazionale si stabilizzi gradualmente e vi sia una lenta ripresa dell'economia mondiale. Si prevede però anche che la situazione del mercato del lavoro continuerà a peggiorare anche nel 2010. Il nostro Consiglio ritiene pertanto prioritario intervenire con vigore sul futuro aumento dei costi nell'ambito dell'AOMS, perché gli assicuratori calcolano i premi in base a questo aumento. A tal fine proponiamo l'adozione di misure sotto forma di legge federale urgente di durata limitata a tre anni.

1.2 Lavori di revisione in corso

Nel 2004, il nostro Consiglio ha tra le altre cose proposto una revisione della LAMal nei settori della libertà contrattuale, della partecipazione ai costi nonché della *managed care* (FF 2004 3865 3901 e 4977). Le discussioni parlamentari su questi oggetti

sono già state avviate. Proponendo l'adozione di misure urgenti, il nostro Collegio non intende anticipare la discussione in proposito che si terrà in seno alle Camere federali. Vogliamo piuttosto proporre la puntuale adozione di misure che permettano in tempi brevi di contenere i costi di certi settori.

1.3 Finalità politiche

L'evoluzione dei costi può essere contenuta intervenendo sull'offerta e sulla domanda e sui prezzi delle prestazioni. Le misure proposte dal presente messaggio non vogliono disciplinare ulteriormente il settore ospedaliero stazionario, perché le Camere federali hanno adottato una revisione del finanziamento ospedaliero previsto dalla LAMal che contiene l'offerta mediante la pianificazione ospedaliera e i prezzi mediante importi forfettari legati alle prestazioni. Le misure proposte dal nostro Consiglio vogliono piuttosto influire puntualmente e a breve termine sull'offerta, la domanda e i prezzi nel settore ambulatoriale e nel settore ambulatoriale degli ospedali.

1.4 Procedura di consultazione sulla proposta del Consiglio federale concernente le misure urgenti destinate a contenere l'evoluzione dei costi

La procedura di consultazione in merito alla revisione della LAMal proposta dal Consiglio federale e concernente le misure urgenti destinate a contenere l'evoluzione dei costi è iniziata il 6 maggio 2009. L'11 maggio 2009, sotto la direzione del capo del Dipartimento federale dell'interno, si è tenuta un'udienza alla quale hanno partecipato circa 80 rappresentanti delle cerchie interessate. È inoltre stata concessa la possibilità di presentare osservazioni per scritto entro il 15 maggio 2009.

Nessuna delle modifiche della legge presentate dal Consiglio federale ha raccolto un consenso unanime. La proposta che ha raccolto il maggiore consenso è stata quella che prevede l'introduzione per tutti gli assicurati di un servizio medico telefonico gratuito. Al Consiglio federale è stato chiesto in particolare di adoperarsi per garantire la qualità di tale servizio nonché la protezione dei dati. L'aumento della durata del rapporto assicurativo in caso di franchigia opzionale e l'aumento della frequenza del controllo dei costi hanno raccolto un certo consenso. Le proposte concernenti la gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale degli ospedali, l'introduzione del contributo di 30 franchi per la consultazione nonché l'attribuzione al Consiglio federale della competenza di ridurre le tariffe nel settore ambulatoriale hanno suscitato, praticamente senza eccezioni, reazioni scettiche e di rifiuto oppure riserve. Il previsto aumento del sussidio della Confederazione è stato accolto con favore da molti partecipanti, mentre da alcuni è stato in linea di massima respinto oppure giudicato insufficiente.

2 Proposta per una nuova regolamentazione

2.1 Dati degli assicuratori

Gli assicuratori malattie devono trasmettere i dati ogni tre mesi per rendere possibile un controllo continuo dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione malattia e reagire rapidamente ad aumenti imprevisi dei costi in particolari settori di prestazioni. Una tale modifica della frequenza del controllo dei costi richiede sia una modifica dell'articolo 21 capoverso 4 LAMal, sia una modifica delle disposizioni di esecuzione previste dall'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102). Va in particolare modificato l'articolo 28 capoverso 3 OAMal in cui sono definiti i generi di dati che gli assicuratori devono comunicare all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per permettere a questo ultimo di tenere sotto controllo l'evoluzione dei costi dell'assicurazione malattie; va pure adottato un nuovo articolo 28 capoverso 3^{bis} OAMal.

2.2 Tariffe

Nel suo messaggio del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della LAMal nell'ambito della libertà di contrarre, il nostro Collegio ha proposto di promuovere la concorrenza nel settore ambulatoriale con l'introduzione di uno strumento tariffario con un impatto sulla concorrenza. In tale settore mancano infatti gli strumenti necessari per dirigere l'offerta, poiché il Consiglio degli Stati, durante la sessione invernale 2008, ha deciso di non entrare in materia sulla revisione e poiché il 31 dicembre 2009 scade la normativa attuale secondo cui la concessione dell'autorizzazione a esercitare ai fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale dipende dall'esistenza di un bisogno (art. 55a LAMal). L'unico strumento disponibile per gestire in una certa misura i costi nel settore ambulatoriale è una convenzione sul controllo e la gestione delle prestazioni e dei prezzi nel settore TARMED (CPP nazionale), conclusa tra santésuisse e le associazioni cantonali dei medici e approvata dal nostro Consiglio il 22 febbraio 2006. In linea di massima si applica ai medici indipendenti che dispensano cure ambulatoriali e gestisce i costi tramite il valore del punto tariffario. Tuttavia, dal momento che aderire alla convenzione non è obbligatorio e che essa non è applicabile in tutti i Cantoni, l'impatto di tale strumento sull'insieme dei costi del settore ambulatoriale è sconosciuto. Il nostro Collegio ritiene per varie ragioni che l'introduzione di tale strumento nella legge non sia opportuna. Le soluzioni contrattuali di pilotaggio dei costi dovrebbero ancora essere possibili. In seguito, l'introduzione nella legge di una soluzione contrattuale non appare idonea in quanto nell'ambito della CPP nazionale è possibile convenire l'inizio di negoziati per la riduzione del valore del punto soltanto in caso di superamento di un certo volume dei costi. La riduzione del valore del punto per ogni settore non avviene in modo automatico. Infine il nostro Collegio ritiene che le riduzioni tariffarie debbano a certe condizioni essere possibili quali mezzi incisivi. È pertanto necessario introdurre uno strumento per contenere i costi che abbia un effetto immediato sulle tariffe, rispettivamente sul valore dei punti tariffari («prezzo»). Di conseguenza, il disegno propone di attribuire al nostro Collegio la competenza di ridurre mediante ordinanza in modo mirato i valori dei punti tariffari convenuti o fissati, oppure le tariffe forfettarie o basate sul tempo dedicato alla prestazione, nei Cantoni in cui l'aumento dei costi nel settore ambulatoriale è superiore alla media. Tale competenza ha carattere sussidiario e può essere esercitata

unicamente nelle situazioni di crisi e tenuto conto delle competenze cantonali. Negli ultimi anni, l'evoluzione dei costi nei settori ambulatoriale e ambulatoriale degli ospedali è stata superiore alla media in molti Cantoni (cfr. allegato). La differenziazione dei valori del punto tariffario applicato ai generalisti da quello applicato agli specialisti e l'armonizzazione del valore del punto in seno ai singoli Cantoni rimangono invece di competenza dei partner tariffari.

2.3 Gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale degli ospedali

I costi delle prestazioni di cui l'AOMS si fa carico nel settore ambulatoriale degli ospedali presentano da anni un aumento superiore alla media (cfr. allegato). Di conseguenza, non è sufficiente adottare misure in materia tariffaria ma occorre anche emanare misure concernenti l'offerta. La gestione cantonale del settore ambulatoriale degli ospedali permette di agire d'ufficio sull'offerta del settore. Diviene così possibile impedire che l'offerta si sviluppi o si estenda in modo non conforme ai bisogni. Inoltre si può così garantire la coordinazione con il settore ospedaliero.

2.4 Servizio medico telefonico

Negli ultimi anni sono stati sviluppati nuovi servizi telefonici o basati su internet che permettono di smistare e orientare gli assicurati verso l'offerta più adeguata. Questi servizi di consulenza telefonica trovano un'accettazione sempre più ampia in Svizzera. Anche se non vi sono prove scientifiche, alcune esperienze suggeriscono che i servizi telefonici possono contribuire ad arginare i costi. Il Consiglio federale prevede di imporre a tutti gli assicuratori l'obbligo di offrire questa prestazione, segnatamente per compensare l'introduzione del contributo per la consultazione. I servizi telefonici faranno così parte dell'offerta standard di tutti gli assicuratori. Questi ultimi non potranno gestire in proprio i servizi di consulenza telefonica ma dovranno affidarne la gestione a servizi indipendenti. Si impedisce così all'assicuratore di ricevere dati medici concernenti l'assicurato. Va pure considerata la possibilità di combinare questi servizi di consulenza con servizi cantonali o regionali di emergenza. Il gestore del servizio di consulenza deve garantirne la qualità e rispondere di eventuali errori. La protezione dei dati, anche nei confronti dell'assicuratore mandante, è prioritaria. Sebbene debba essere eseguito da operatori sanitari, lo smistamento telefonico non costituisce una prestazione ai sensi della LAMal e i costi di questo servizio sono considerati costi amministrativi degli assicuratori. Va mantenuta la possibilità di concedere una riduzione del premio all'assicurato che stipula una forma particolare di assicurazione nel cui ambito si impegna a rivolgersi in primo luogo a un servizio telefonico di consulenza medica.

2.5 Contributo per la consultazione

Per consolidare maggiormente la responsabilità personale degli assicurati e contenere in tal modo la domanda di prestazioni mediche, il nostro Consiglio propone di riscuotere, oltre alla franchigia e all'aliquota percentuale del 10 per cento, anche un nuovo elemento di partecipazione ai costi, ossia il contributo per la consultazione.

Questa componente della partecipazione ai costi del trattamento è a carico dell'assicurato medesimo e da ciò risulta un sgravio della comunità degli assicurati.

Il contributo deve essere versato da tutti gli assicurati per tutte le consultazioni che compiono in forma ambulatoriale presso medici generalisti, medici specialisti o ambulatori di ospedali. Questo strumento è già stato introdotto da qualche tempo sia in Germania (*Praxisgebühr*) sia in Francia (*taxe de consultation*). Con questo importo si vuole influire sul comportamento degli assicurati obbligandoli a interrogarsi sulla necessità di rivolgersi a un medico nei casi di poca gravità (cosiddetti casi «bagatella») e incitandoli a ricorrere per quanto possibile a mezzi più economici (per esempio l'automedicazione). L'obbligo di pagare l'importo in contanti al fornitore di prestazioni interessato, con le sue conseguenze finanziarie dirette, avrà anche un effetto psicologico.

Il nostro Collegio propone che la legge fissi a 30 franchi l'importo del contributo per la consultazione; questo importo è abbastanza elevato da dissuadere gli assicurati dal rivolgersi a un medico per una consultazione non indispensabile, ma non tanto da impedire agli assicurati di compiere trattamenti ambulatoriali che ritengono necessari. Il Consiglio federale ritiene giustificato un contributo per la consultazione di 30 franchi. Considera invece inadeguata la proposta di un contributo più elevato fatta da alcuni partecipanti alla procedura di consultazione, perché il maggior onere sopportato dagli assicurati non permetterebbe di consolidare ulteriormente l'effetto perseguito. Per evitare di gravare di un onere sproporzionato gli assicurati affetti da malattie croniche che devono consultare regolarmente un medico, il contributo per la consultazione è posto a carico degli assicurati soltanto per le prime sei consultazioni ambulatoriali di ogni anno civile. Così l'onere supplementare per assicurato non sarà superiore a 180 franchi annui. I sei primi contributi per la consultazione sono a carico degli assicurati e saranno prelevati in aggiunta all'attuale partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale del 10 per cento). Il fornitore di prestazioni deve prelevare il contributo per la consultazione in occasione di ogni consultazione ambulatoriale; se omette di prelevare l'importo non gli è rimborsato. L'assicuratore deve invece computare sulla partecipazione ai costi dell'assicurato (franchigia e aliquota percentuale) i contributi per la consultazione pagati a partire dalla settima consultazione. Per evitare di gravare di costi eccessivi gli assicurati che hanno regolarmente bisogno di cure, l'importo massimo dell'aliquota percentuale di cui all'articolo 64 capoverso 2 lettera b LAMal, attualmente fissato a 700 franchi per gli adulti, è ridotto a 600 franchi. L'articolo 103 capoverso 2 OAMal è modificato di conseguenza.

Diversamente da alcuni partecipanti alla consultazione, visti i risparmi che il contributo permetterà di realizzare, non riteniamo che le spese amministrative cagionate dalla riscossione del contributo per la consultazione saranno sproporzionate.

Per ragioni di coerenza con il vigente sistema della partecipazione ai costi, sono esonerate dal contributo per la consultazione le prestazioni già esonerate dalla franchigia, vale a dire le consultazioni per le prestazioni specifiche di maternità e le consultazioni per le prestazioni di prevenzione eseguite nell'ambito di programmi cantonali o nazionali. Per gli stessi motivi il Consiglio federale propone che, fino a 18 anni, i fanciulli siano completamente esentati dal contributo per la consultazione. Introducendo questo nuovo strumento si dovrebbero poter realizzare alcune economie sulle prestazioni attualmente rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Si prevede che il nuovo strumento del contributo per la consultazione faccia diminuire la domanda di cure non indispensabili.

2.6 Durata del rapporto d'assicurazione

L'assicurato che opta per una forma di assicurazione con una franchigia elevata assume una maggiore responsabilità individuale. Per questo motivo l'assicuratore è in grado di proporgli premi ridotti. Nel suo messaggio del 15 settembre 2004 concernente la revisione della legge federale sull'assicurazione malattie nel settore della *managed care* (FF 2004 4951), il nostro Consiglio ha proposto che l'assicuratore possa prevedere forme particolari di assicurazione nel cui ambito l'assicurato consente a vincolarsi per un periodo abbastanza lungo, per evitare che, in caso di malattia, rinunci alla maggiore responsabilità personale e torni all'assicurazione ordinaria. Per dare maggior peso a questa possibilità, occorre cessare di proporla come opzione e sancire nella legge la durata ordinaria del contratto di due anni.

2.7 Aumento straordinario del sussidio federale

Nella situazione economica attuale il prevedibile aumento dei premi sarà particolarmente duro per un gran numero di assicurati. Per tale motivo, il nostro Consiglio prevede di aumentare per un anno il sussidio versato dalla Confederazione. Nel 2010, al sussidio federale sarà aggiunto un importo di 200 milioni di franchi a beneficio degli assicurati che si trovano in condizioni economiche modeste. Malgrado l'aumento del sussidio federale previsto dalla misura, i Cantoni devono naturalmente mantenere il loro contributo alla riduzione dei premi. I sussidi supplementari saranno interamente versati soltanto ai Cantoni che mantengono i loro sussidi alla riduzione dei premi almeno al livello (quota percentuale) dell'anno precedente. I Cantoni che riducono i sussidi da loro versati devono attendersi di percepire sussidi federali ridotti in ugual misura. Occorre rammentare che per il 2008 e il 2009, il sussidio annuale versato dalla Confederazione per la riduzione dei premi è ammontato a 1,8 miliardi di franchi, mentre il sussidio annuale versato dall'insieme dei Cantoni è stato di 1,6 miliardi. Per il 2010 e gli anni seguenti occorre attendersi che i contributi versati dai Cantoni aumentino al pari dei sussidi federali.

3 Commento ai singoli articoli

Art. 14b (nuovo)

Il capoverso 1 di questa disposizione obbliga gli assicuratori a dotarsi di un servizio medico telefonico. Per gli assicurati, il servizio medico telefonico deve fungere da primo interlocutore gratuito. Il nostro Collegio considera che questo servizio costituisce una misura collaterale all'introduzione del contributo per la consultazione. Questa misura permette agli assicurati di ricevere informazioni e, se del caso, considerare alternative prima di scegliere un dato trattamento. Questo servizio telefonico compie un primo smistamento e permette di evitare alcune consultazioni presso fornitori di prestazioni «inadeguati». Per garantire la protezione dei dati il capoverso 2 prevede espressamente che i servizi di consulenza non sono autorizzati a comunicare dati inerenti la consultazione agli assicuratori.

I servizi di consulenza e le consulenze telefoniche sono ampiamente diffusi e accettati sia nei Paesi scandinavi sia nel sistema sanitario britannico (NHS). Secondo gli

autori di un'inchiesta dell'Osservatorio svizzera della salute (Obsan), vi sono studi britannici e svizzeri che mostrano come servizi di questo genere siano ragionevoli e soddisfino un bisogno degli assicurati e dei pazienti che, seppur ancora modesto, sta aumentando (Peter Berchtold e Kurt Hess: *Managed Care, Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz, Wirkung der Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität, Neuchâtel, 2007*). Gli studi non forniscono però prove scientifiche dell'impatto favorevole di questo genere di servizi sulle modalità con cui gli assicurati fanno ricorso a prestazioni mediche né sull'entità di tale ricorso né sulle sue ripercussioni sui costi. L'inchiesta dell'Obsan attira l'attenzione su quanto hanno fatto notare gli autori di due importanti studi britannici: durante il periodo dello studio, il numero delle visite mediche, delle ospedalizzazioni e dei trasferimenti al pronto soccorso al di fuori del normale orario di lavoro è stato molto inferiore al numero registrato durante il periodo di controllo (Lattimer, 1998). Nella successiva analisi dei costi, questi autori hanno calcolato che la riduzione dei costi generata dalla diminuzione del ricorso alle prestazioni supera le spese supplementari derivanti dalla gestione del servizio di consulenza telefonica (Lattimer, 2000).

Art. 21 cpv. 4

Attualmente, l'UFSP esegue il monitoraggio dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione-malattie basandosi su un pool di dati relativi alla fatturazione delle prestazioni che viene assemblato da santésuisse. Gli assicuratori che vi partecipano aggiornano volontariamente il pool ogni mese. Ogni trimestre l'UFSP riceve un assemblaggio dei dati relativi alla fatturazione e lo elabora per trarne le cifre necessarie al monitoraggio. I calcoli si basano sui costi lordi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, vale a dire sugli importi effettivamente fatturati, prima della deduzione della partecipazione ai costi dell'assicurato. I costi sono attribuiti al trimestre in cui l'assicurato ha pagato la prestazione. In questo momento manca una base legale che permetta all'UFSP di chiedere agli assicuratori più volte all'anno i dati relativi alla fatturazione. La modifica di legge permette all'UFSP di ottenerli ogni tre mesi, rendendo possibile il controllo dell'evoluzione dei costi.

La protezione dei dati è garantita, poiché i dati dei pazienti sono anonimizzati.

Art. 39 cpv. 1^{bis} (nuovo)

Questo articolo prevede esplicitamente che i Cantoni regolino con i medesimi mandati di prestazione sia il settore stazionario sia il settore ambulatoriale degli ospedali. Contrariamente al settore stazionario, i Cantoni possono limitarsi ad autorizzare l'attività del settore ambulatoriale definendone il contenuto e l'estensione. Nell'ambito del disciplinamento del settore ambulatoriale occorre definire con maggiore precisione anche l'attività dell'ospedale, per migliorare il coordinamento interno e stabilire quali prestazioni non deve fornire. Il presente disegno non propone una pianificazione vera e propria. Esso deve lasciare aperta la possibilità di prorogare la regola che fa dipendere dal bisogno la concessione dell'autorizzazione di esercitare ai fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale, senza escludere l'estensione della regola al settore ambulatoriale degli ospedali. L'attuazione di questa disposizione da parte dei Cantoni richiederà del tempo e i suoi effetti non dovrebbero farsi

sentire prima del 2011. Non va tuttavia sottovalutata l'importanza dell'indicazione data da questa misura.

Art. 55b (nuovo)

Il vigente articolo 55 LAMal prevede fin d'ora che le autorità competenti per l'approvazione delle tariffe possono ordinarne il blocco. L'applicazione di questo articolo è un compito gravoso che richiede tempi lunghi, in particolare a causa della ripartizione delle competenze. Nella situazione attuale ordinare il blocco delle tariffe non sarebbe una misura sufficientemente efficace. L'attribuzione al Consiglio federale della competenza di ridurre le tariffe, rispettivamente il valore del punto tariffario, offre così una soluzione nuova che potrebbe avere effetti rapidi. A tale scopo il Consiglio federale emana un'ordinanza. Questo temporaneo trasferimento di competenze dovrebbe garantire un intervento rapido e un'attuazione uniforme dell'articolo. I fornitori di prestazioni che hanno concluso convenzioni tariffarie o sono assoggettati a decisioni in materia di tariffe sarebbero toccati da una riduzione delle tariffe; si tratta segnatamente del corpo medico e del settore ambulatoriale degli ospedali di un Cantone.

Per valutare se l'aumento dei costi in un Cantone vada considerato superiore alla media occorre eseguire un confronto con l'evoluzione dei costi nell'insieme della Svizzera. Se l'aumento dei costi in un determinato settore sorpassa di più di due punti percentuali l'aumento dei costi a livello nazionale, il nostro Consiglio può ridurre per un anno la corrispondente tariffa del 10 per cento al massimo. Per questa valutazione occorre tener conto delle circostanze particolari dei diversi settori (per esempio il cambiamento della prassi di cura e il trasferimento dal settore stazionario al settore ambulatoriale) e delle oscillazioni importanti dell'evoluzione dei prezzi e dei salari. Per decidere se, in un dato Cantone, l'aumento dei premi sia sostenibile dal profilo economico, occorre innanzitutto fare riferimento al livello cantonale dei costi: nei Cantoni «poco cari» con un livello di costi relativamente basso, gli aumenti dei premi dovrebbero porre meno problemi che nei Cantoni «cari». Adottando questa procedura si vincolano le tariffe all'evoluzione dei volumi. Né la tariffa né il punto tariffario sono ridotti applicando una formula prestabilita. Se in un determinato settore si costata un aumento dei costi superiore alla media, il nostro Collegio deciderà, tenuto conto delle circostanze, se occorre diminuire la tariffa o il punto tariffario, e in quale misura farlo. A tal fine disponiamo di un certo margine di manovra, dal momento che la diminuzione delle tariffe è limitata al 10 per cento. Si possono così evitare i problemi di fattibilità e di tempi connessi con una valutazione delle differenze tra i Cantoni dal profilo della morbilità e della struttura delle età, tenendo cioè conto di fattori che influiscono sul livello dei costi in ciascun Cantone ma sfuggono al controllo cantonale. Il nostro Collegio si limiterà a fare della competenza di ridurre le tariffe un uso sussidiario, ossia nei casi in cui i partner tariffari non adottano le misure necessarie. Prima della decisione occorre consultare i Cantoni. In questo caso l'articolo 55 LAMal non è applicabile.

Art. 62 cpv. 2^{ter} (nuovo)

Scegliendo una forma di assicurazione con una franchigia più elevata, gli assicurati si accollano una maggiore responsabilità per un periodo minimo di due anni civili e non più di un solo anno (art. 94 cpv. 2 OAMal). Questa misura si prefigge di incoraggiare gli assicurati a scegliere un modello di assicurazione basandosi sui suoi

vantaggi e i suoi inconvenienti e non soltanto in base all'opportunità personale nel momento della conclusione del contratto di assicurazione. Il Consiglio federale ritiene adeguato che la conclusione di una forma di assicurazione con franchigia opzionale sia assortita con un obbligo di impegnarsi per due anni. Una durata più lunga, come hanno chiesto alcuni partecipanti alla consultazione, potrebbe avere un effetto dissuasivo. In deroga all'articolo 7 capoverso 2 LAMal un aumento dei premi non è un motivo che giustifichi la disdetta anticipata del contratto.

Art. 64a (nuovo)

Il contributo per la consultazione di 30 franchi proposto dal nostro Collegio deve essere versato in occasione di ogni visita presso un medico generalista, presso uno specialista o presso un ambulatorio di ospedale, indipendentemente dal fatto che siano consultati uno o più fornitori di prestazioni. Ad ogni visita il paziente deve pagare il contributo per la consultazione in contanti al fornitore di prestazioni. Il pagamento con una carta di debito (EC, Cash o Postcard) è permesso; per evitare di ridurre l'effetto psicologico del contributo per la consultazione non è invece ammesso il pagamento con carta di credito. L'assicurato sopporta tuttavia il costo di tale contributo al massimo sei volte per anno civile. La franchigia e l'aliquota percentuale si calcolano deducendo il contributo per la consultazione dalle fatture delle prime sei consultazioni.

L'assicurato deve versare il contributo per la consultazione anche per la settima consultazione e per le consultazioni seguenti. Il contributo è allora computato sulla franchigia. Dopo il pagamento dell'importo della franchigia, l'assicuratore deduce il contributo per la consultazione dall'aliquota percentuale della fattura a carico dell'assicurato e gliene rimborsa il saldo. Nel sistema del terzo pagante, visto che l'assicurato ha già versato un acconto sulle spese del trattamento, il fornitore di prestazioni deve dedurre il contributo per la consultazione dalla sua fattura. Nel sistema del terzo garante, invece, dall'importo della fattura che l'assicurato deve pagare al fornitore di prestazioni va dedotto il contributo per la consultazione già pagato.

Diverse eccezioni garantiscono la coerenza del contributo per la consultazione con il sistema attuale della partecipazione ai costi. Nei casi in cui non è prevista alcuna franchigia, la percezione del contributo non si giustifica. Sono così esonerate le prestazioni di maternità (art. 64 cpv. 7 LAMal) e le prestazioni di prevenzione eseguite nell'ambito di programmi nazionali o cantonali (art. 64 cpv. 6 lett. d LAMal). Quest'ultima disposizione concerne in particolare le prestazioni di prevenzione eseguite nell'ambito di programmi nazionali o cantonali come la vaccinazione contro il papillovirus (HPV), la mammografia preventiva e la vaccinazione contro l'influenza nei casi di pandemia influenzale o di minaccia di pandemia influenzale.

L'articolo 14 capoverso 1 lettera g della legge federale del 6 ottobre 2006 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.30) prevede che ai beneficiari di prestazioni complementari annue all'AVS/AI siano rimborsate le spese derivanti dalla partecipazione ai costi di cui all'articolo 64 LAMal. Pertanto il contributo per la consultazione non graverebbe queste persone di un onere supplementare.

Per quanto concerne le forme particolari di assicurazione e in particolare le assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, l'assicuratore può rinunciare in tutto o in parte alla riscossione dell'aliquota percentuale e della franchigia (art. 99

cpv. 2 OAMal). Nell'ambito di questa forma di assicurazione, gli assicuratori possono quindi rinunciare anche a riscuotere il contributo per la consultazione da assicurati che consultano il loro medico curante o uno studio medico legato a un HMO. È invece escluso che possa essere autorizzata una forma particolare di assicurazione con l'unico scopo di evitare la riscossione del contributo.

Art. 106b

Secondo l'articolo 66 LAMal, la Confederazione concede ai Cantoni sussidi annuali per ridurre i premi. Questi sussidi ammontano al 7,5 per cento dei costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (sussidio federale «ordinario»). A causa del sensibile aumento dei costi previsto nel 2010, per poter versare il sussidio del 7,5 per cento dei costi lordi come prescrive la legge, alla Confederazione occorrono circa 250 milioni di franchi supplementari. La Confederazione prevede di stanziare a tal fine un importo supplementare massimo di 200 milioni di franchi. Questo importo sarà impiegato per sostenere gli assicurati che si trovano in condizioni economiche modeste.

I mezzi supplementari della Confederazione devono essere distribuiti ai Cantoni proporzionalmente alla riduzione dei premi per il 2009. La riduzione dei premi totale a livello svizzero è ammontata nel 2009 a circa 1,8 miliardi di franchi. L'importo supplementare di 200 milioni di franchi per il 2010 corrisponde all'11 per cento di detto importo totale. Per questo è previsto che nel 2010 i Cantoni riceveranno al massimo l'11 per cento dell'importo da loro ricevuto nel 2009 per la riduzione dei premi. Per ricevere tale importo i Cantoni dovranno fornire al DFI la prova che non hanno diminuito la loro quota per la riduzione dei premi rispetto all'anno precedente. Il nostro Collegio auspica infatti un aumento netto dei sussidi ridistribuiti agli assicurati di condizione modesta.

Questa misura intende prestare un sostegno straordinario al sistema di riduzione dei premi, ma non va confusa con la riduzione dei premi medesima. Per questo motivo, il versamento dei fondi soggiace all'adempimento di condizioni particolari che saranno stabilite in dettaglio dal Consiglio federale d'intesa con i Cantoni. Fra tali condizioni vanno annoverate la cerchia di persone che beneficerà dei sussidi e la misura in cui tali persone dovranno fruirne, nonché l'informazione agli assicurati concernente i mezzi supplementari. In tal modo, conformemente a questa disposizione, i beneficiari dovranno ricevere un conteggio che indica la riduzione di premio e, separatamente, i mezzi federale supplementari. Sarà così chiaro che i mezzi supplementari sono stati versati e che rappresentano una prestazione finanziaria unica.

Per garantire che i sussidi straordinari siano impiegati dai Cantoni allo scopo per il quale sono stati versati, si applicano le medesime disposizioni sui conteggi e i controlli che vigono per la riduzione ordinaria dei premi.

Disposizione transitoria

Introduzione del servizio medico telefonico

Il servizio di consulenza telefonica previsto nell'articolo 14b deve essere messo a disposizione degli assicurati al più tardi un anno dopo l'entrata in vigore della presente modifica di legge. Se offre fin d'ora un servizio di consulenza telefonica nell'ambito di una forma di assicurazione particolare, un assicuratore può conservarlo immutato fino a fine 2010, cioè per una durata di un anno. Si tiene così conto

delle diverse questioni amministrative (per esempio i cambiamenti di nome e i cambiamenti dei contratti) che gli assicuratori saranno chiamati a sbrigare. In tal modo si vuole permettere agli assicuratori che già offrono tale servizio o intendono offrirlo nel 2010 di applicare il loro piano aziendale nel 2010.

4 Rapporto del disegno con altre modifiche legislative in corso

Le deliberazioni parlamentari sulla revisione della LAMal nei settori della partecipazione ai costi, della *managed care* e della libertà contrattuale non sono pregiudicate dal presente disegno. Nell'ambito della modifica della legge concernente la partecipazione ai costi il Parlamento deciderà se sancire durevolmente nella legge il contributo per la consultazione nella forma da noi proposta oppure se modificarlo. Altrettanto vale per la disposizione concernente la durata dei contratti che prevedono franchigie elevate e per l'obbligo dell'assicuratore di stabilire un servizio di consulenza telefonica. Nell'ambito dello sviluppo della *managed care* sarebbe comunque opportuno esaminare la possibilità di concedere durevolmente al nostro Consiglio la competenza di ridurre il valore del punto tariffario in determinati settori.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e sul personale

Le misure proposte riguardano i settori ambulatoriale e ambulatoriale degli ospedali nonché gli assicurati. Con il contributo per la consultazione a carico degli assicurati si istituisce un incentivo a contenere i costi che aumenta leggermente l'onere finanziario a carico degli assicurati e dei pazienti. La riduzione delle tariffe e la realizzazione della pianificazione dei settori ambulatoriale e ambulatoriale degli ospedali faranno fare all'AOMS risparmi che potranno tuttavia essere parzialmente compensati da un aumento del numero dei fornitori di prestazioni.

5.1.1 Ripercussioni finanziarie per la Confederazione

Il previsto aumento straordinario del sussidio federale richiede uno stanziamento unico di 200 milioni di franchi per il 2010. Questo è un importo massimo. Infatti i Cantoni possono chiedere la concessione dei sussidi supplementari dimostrando che il numero degli assicurati in condizioni economiche modeste è aumentato oppure che è cresciuto il volume dei sussidi versati agli assicurati. Affinché queste misure possano avere un effetto congiunturale, è importante che i Cantoni non riducano la loro quota di sussidi o che per lo meno la mantengano immutata. Ciò permette all'insieme dei fondi supplementari messi a disposizione dalla Confederazione di tornare nel circuito economico. Nel contempo queste misure costituiscono uno strumento di politica sociale perché vanno a beneficio degli assicurati in condizioni economiche modeste secondo l'articolo 66a LAMal.

Per il rimanente la diminuzione dei costi avrà ripercussioni positive sulle finanze federali. Come detto nel numero 5.2 si spera di risparmiare 500 milioni di franchi. Considerato che conformemente all'articolo 66 capoverso 2 LAMal la Confedera-

zione concede sotto forma di sussidi un importo pari al 7,5 per cento dei costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in questo ambito potrebbe esservi un risparmio pari a 37,5 milioni di franchi.

5.1.2 Ripercussioni sul personale della Confederazione

Finora, l'UFSP ha svolto la propria funzione di vigilanza sulla situazione finanziaria con un solo rilevamento annuale dei dati statistici degli assicurati. Per eseguire il nuovo rilevamento trimestrale dei dati per tenere sotto controllo l'evoluzione dei costi per fornitore di prestazioni (monitoring), occorre personale supplementare. Le previsioni mostrano che per eseguire gli specifici compiti supplementari derivanti dal monitoraggio trimestrale sono necessari da due a quattro collaboratori in più. Oltre a rilevare, convalidare, analizzare, valutare e pubblicare i dati con frequenza trimestrale, per poter dare un'interpretazione corretta dell'evoluzione dei dati concernenti le fatture va pure costantemente seguita l'evoluzione che avviene in ciascun Cantone, presso i diversi assicuratori e presso i fornitori di prestazioni.

5.1.3 Ripercussioni finanziarie per i Cantoni e i Comuni

L'articolo 65 LAMal prevede che i Cantoni concedano riduzioni dei premi agli assicurati che si trovano in condizioni economiche modeste. Per i redditi bassi e medi, i Cantoni riducono di almeno il 50 per cento i premi di fanciulli e giovani adulti. I Cantoni sono competenti per l'organizzazione della riduzione dei premi. Anche i Cantoni profitano delle misure per il contenimento dei costi e di un livello di premi per quanto possibile basso, segnatamente in considerazione delle prospettive economiche menzionate al numero 1.1. Altrettanto vale per i Comuni che, in virtù delle normative cantonali, assumono il pagamento dei premi delle persone al beneficio dell'assistenza sociale.

I Cantoni sono gravati da un maggior onere finanziario nella misura in cui, secondo l'articolo 64 LAMal, rimborsano ai beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI le spese derivanti dalla partecipazione ai costi e devono anche assumere il pagamento dei contributi per la consultazione.

Di regola i Cantoni pagano fino a un massimo di 1000 franchi; questo importo corrisponde a una piena partecipazione ai costi con una franchigia minima di 300 franchi e una corrispondente aliquota percentuale di 700 franchi. Per evitare che l'introduzione del contributo per la consultazione gravi eccessivamente gli assicurati che seguono regolarmente un trattamento medico, l'importo massimo dell'aliquota percentuale è diminuito da 700 a 600 franchi, con conseguente sgravio dei Cantoni per quanto concerne il pagamento di prestazioni complementari. Il pagamento dei contributi per la consultazione costituisce tuttavia un onere finanziario aggiuntivo per i Cantoni. Le spese supplementari che i Cantoni sopportano in virtù della nuova normativa sono valutate a circa 15–20 milioni di franchi.

5.2 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie

Nel 2007, sono state conteggiate a carico dell'AOMS prestazioni ambulatoriali di medici e ospedali per un importo di 7661 milioni di franchi. Questo importo corrisponde al 36 per cento delle spese complessive. Le spese per il settore ambulatoriale degli ospedali sono ammontate a 2825 milioni di franchi, ovvero al 13 per cento delle spese complessive. Le misure proposte dal presente disegno influiscono innanzitutto su questo settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dovrebbero permettere risparmi annui di 500 milioni di franchi in totale.

5.3 Ripercussioni finanziarie

Indipendentemente dalla loro importanza finanziaria, le misure da noi proposte permettono di evitare l'esplosione dei premi e la conseguente perdita di potere d'acquisto della popolazione. Come già rilevato in sede introduttiva, nell'attuale situazione economica è particolarmente importante evitare la perdita di potere d'acquisto della popolazione.

6 Programma di legislatura

Il disegno non è menzionato né nel messaggio sul programma di legislatura 2007–2011 (FF 2008 597), né nel decreto federale del 18 settembre 2008 sul programma di legislatura 2007–2011 (FF 2008 7469).

7 Relazione con il diritto europeo

7.1 Prescrizioni della Comunità europea

Nell'ottica della libera circolazione delle persone, il diritto delle assicurazioni sociali della CE non si prefigge di armonizzare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Nell'ambito dei principi di coordinazione (divieto della discriminazione, computo dei periodi di assicurazione, prestazioni transfrontaliere ecc.) previsti dal Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) e dalle relative disposizioni di esecuzione del Regolamento (CEE) n. 574/72 (RS 0.831.109.268.11), gli Stati membri conservano un'ampia libertà di stabilire la struttura concreta dei loro sistemi di sicurezza sociale. Dall'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e la Comunità europea (RS 0.142.112.681) questi principi di coordinazione valgono anche in Svizzera.

7.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Svizzera ha ratificato il 16 settembre 1977 il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 (RU 1978 1491). Il Codice europeo di sicurezza sociale è poi stato completato da un Protocollo che stabilisce norme superiori che la Svizzera non ha ratificato. Il Codice europeo di sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 è un accordo distinto dal Codice europeo di sicurezza sociale e non lo sostituisce. 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 malattia; tale contributo non deve tuttavia comportare un onere troppo gravoso. Il Codice riveduto prevede una disposizione analoga (art. 10 par. 2). Né il Codice europeo di sicurezza sociale, né il Codice riveduto stabiliscono in quali casi un onere sia considerato troppo gravoso. Agli organi di controllo è di conseguenza concesso un margine di apprezzamento. Il Protocollo al Codice prevede che la partecipazione ai costi dell'assistenza medica fornita in caso di malattia non deve eccedere il 25 per cento. Nei casi in cui sia previsto il pagamento di una somma fissa a titolo di partecipazione ai costi delle cure o dei medicinali prescritti, l'importo pagato dai beneficiari non deve superare il 25 per cento dei costi complessivi delle prestazioni fornite durante un determinato periodo.

7.3 Compatibilità del disegno con il diritto europeo

Il disegno di revisione prevede la riscossione di un contributo per la consultazione di 30 franchi per ogni consultazione ambulatoriale. Poiché gli assicurati devono pagarlo soltanto in occasione delle prime sei consultazioni di ogni anno civile, il contributo non costituisce un onere troppo gravoso né secondo il Codice europeo di sicurezza sociale né secondo il suo Protocollo. Di conseguenza, il disegno è compatibile con il diritto europeo recepito dalla Svizzera (diritto delle Comunità europee e diritto del Consiglio d'Europa).

Il diritto europeo non disciplina invece gli altri settori toccati dalla presente revisione (tariffe, gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale degli ospedali). Pertanto gli Stati possono regolare questi aspetti secondo il loro apprezzamento.

8 Aspetti giuridici

8.1 Costituzionalità

Il disegno poggia sull'articolo 117 della Costituzione federale.

8.2 Forma dell'atto

Le disposizioni proposte devono essere emanate sotto forma di legge federale urgente di durata limitata nel tempo. Conformemente all'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale, una legge federale può essere dichiarata urgente se la sua entrata in vigore non può essere ritardata. L'urgenza temporale risulta dal fatto che per il 2010 si prevede un aumento massiccio dei premi dell'assicurazione obbligato-

ria delle cure medico-sanitarie e che entro allora non saranno disponibili altre misure che permettano di intervenire sull'evoluzione dei costi.

L'adozione di misure urgenti è necessaria in considerazione dell'aumento medio dei premi del 15 per cento circa previsto per il 2010. L'entrata in vigore della presente modifica di legge non può pertanto essere ritardata e le condizioni stabilite dall'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale sono soddisfatte. Se la legge non fosse posta in vigore con urgenza, ampie cerchie della popolazione subirebbero una notevole riduzione del loro potere di acquisto. Verrebbero a trovarsi nella situazione peggiore le persone e le economie domestiche con redditi poco superiori al limite che dà diritto alla riduzione dei premi, vale a dire le classi medie.

8.3 Freno alle spese

Secondo l'articolo 159 capoverso 3 lettera b della Costituzione federale, le disposizioni relative ai sussidi, come pure i crediti d'impegno e i limiti di spesa, che comportano nuove spese uniche superiori a 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi, devono essere approvate dalla maggioranza di ogni Consiglio. Visto che l'importo previsto dal nuovo articolo supera questo limite, la disposizione soggiace al freno alle spese.

8.4 Delega di competenze legislative

L'articolo 96 LAMal delega al nostro Collegio le competenze per adottare le norme necessarie all'esecuzione dell'assicurazione malattie sociale (emanazione di disposizioni esecutive). Il presente disegno non prevede nessuna altra delega di competenze legislative.

Prestazioni lorde¹ per assicurato in franchi (2008)

Cantone	Fornitori di prestazioni										Totale		
	Medici (senza medicamenti) (medici, farmacie)		Medicamenti (medici, farmacie)		Ospedali		Stabilmnti medico-sociali		Fisioterapeuti	SPITEX		Laboratori	Altri
	Settore ambulatoriale	Settore stazionario	Settore ambulatoriale	Settore stazionario	Settore ambulatoriale	Settore stazionario							
ZH	783	575	425	635	242	72	53	63	97	2945			
BE	628	595	479	884	300	65	80	60	103	3195			
LU	529	479	430	574	245	60	40	52	96	2505			
UR	499	443	423	583	251	41	49	47	69	2405			
SZ	618	485	381	548	219	65	37	55	92	2499			
OW	497	461	459	532	183	67	44	51	92	2385			
NW	490	439	391	512	159	68	50	53	100	2262			
GL	542	503	417	582	252	83	38	44	88	2548			
ZG	608	453	364	583	209	65	30	61	91	2465			
FR	635	585	406	644	235	55	44	65	99	2769			
SO	656	614	472	739	162	70	74	61	92	2941			
BS	804	823	649	1044	272	104	97	69	110	3972			
BL	795	621	504	767	151	94	59	73	100	3165			
SH	611	639	431	636	229	86	45	43	95	2815			
AR	526	436	386	561	219	51	37	36	77	2329			
AI	460	391	337	574	129	42	45	35	81	2095			
SG	582	489	354	576	199	64	39	42	89	2435			
GR	534	531	385	631	227	63	57	50	112	2591			
AG	591	585	447	693	156	69	37	47	90	2715			

Cantone	Fornitori di prestazioni							Totale		
	Medici (senza medicamenti) (medici, farmacie)	Ospedali		Stabilimenti medico-sociali	Fisioterapeuti	SPITEX	Laboratori		Altri	
		Settore ambulatoriale	Settore stazionario							
TG	531	447	434	713	198	78	41	40	94	2574
TI	694	697	443	858	293	77	59	96	109	3324
VD	746	715	652	626	205	70	106	92	106	3319
VS	591	625	404	621	184	61	47	62	101	2695
NE	605	735	437	631	343	56	93	93	118	3111
GE	1043	807	583	770	221	101	87	157	114	3881
JU	529	667	494	705	258	58	101	52	77	2940
Svizzera	679	603	465	696	229	71	62	68	99	2973

1 compresa la partecipazione ai costi

Fonte: Monitoring AMal.

Prestazioni lorde¹ per assicurato (2008, variazione in per cento rispetto all'anno precedente)

Cantone	Fornitori di prestazioni							Totale	
	Medici (senza medici-(medici, farmacie) ment)	Ospedali		Stabilimenti medico-sociali	Fisioterapisti	SPITEX	Laboratori		
		Medicamenti (medici, farmaci)	Settore ambulatorio-settore stazionario riale						
ZH	3.2	4.8	13.4	3.2	0.6	3.1	5.9	10.1	4.9
BE	4.3	4.3	9.3	-0.6	5.6	2.8	6.4	9.5	3.7
LU	2.0	3.7	14.0	-1.5	2.1	0.3	1.9	16.6	3.6
UR	0.2	-0.1	10.0	-3.5	8.6	-0.1	-2.1	9.9	1.4
SZ	2.3	4.4	14.0	-2.4	3.9	3.0	8.6	10.7	3.5
OW	6.2	7.4	10.5	-2.4	-2.9	-6.8	-1.5	15.2	4.3
NW	3.6	3.8	7.3	-2.0	-0.6	-2.4	23.2	7.6	2.6
GL	2.6	5.9	11.1	9.5	7.8	7.5	1.6	7.9	5.9
ZG	3.4	6.0	8.9	-2.4	3.0	2.4	3.5	6.8	3.1
FR	4.1	3.8	11.9	0.8	0.8	4.7	5.2	10.1	2.9
SO	5.9	6.7	14.2	3.7	4.9	3.5	8.8	9.1	5.2
BS	6.2	5.2	10.4	6.6	-2.9	5.4	8.8	7.3	6.0
BL	6.1	5.8	11.4	3.3	10.8	6.5	10.0	10.3	6.3
SH	4.3	5.9	6.1	1.2	-1.1	3.0	3.0	4.0	3.5
AR	6.3	7.1	4.9	2.1	7.4	6.2	1.2	2.8	5.0
AI	4.5	7.2	10.5	25.8	16.2	10.0	12.3	7.7	12.6
SG	3.2	3.4	4.9	0.3	5.3	3.4	4.7	6.5	3.0
GR	2.6	3.0	5.1	1.5	7.3	4.6	5.4	10.1	3.0
AG	5.2	5.0	14.6	2.0	5.7	3.4	5.6	6.6	5.5
TG	3.8	6.2	10.7	2.5	5.4	7.0	7.8	8.0	5.3

Cantone	Fornitori di prestazioni						Totale		
	Medici (senza medici-(medici, farmacie) amenti)	Ospedali		Stabilimenti medico-sociali	Fisioterapeuti	SPITEX		Laboratori	
		Medicamenti (medici, farmacie)	Settore ambulatorio-settore stazionario riale						
TI	1.0	-3.1	3.7	-3.2	5.6	-12.3	-3.7	-5.3	-1.1
VD	6.0	2.6	8.7	2.7	-3.6	3.5	5.4	8.5	2.4
VS	7.1	6.4	11.6	-0.9	4.2	5.1	4.6	19.8	4.1
NE	7.4	5.2	22.8	-3.7	-1.0	2.7	4.1	4.0	4.1
GE	5.1	3.6	7.0	7.7	7.5	3.0	6.6	10.3	4.8
JU	6.7	1.6	5.8	1.8	1.7	4.1	1.8	2.4	2.7
Svizzera	4.3	4.1	10.4	1.5	3.0	2.6	5.5	8.5	3.9

1 compresa la partecipazione ai costi

Fonte: Monitoring AMal.

Prestazioni lorde¹ per assicurato (1999–2007)

Anno	Prestazioni							Totale			
	Treatmento medico (ambulatoriale)	Medicamenti (medico, farmacia)	Cure ospedaliere ambulatoriali	stazionarie	Stabilimenti medico-sociali	SPITEX	Fisioterapia		Analisi di laboratorio (compresi i medici)	Mezzi e apparecchi	Altre
<i>In franchi, per anno</i>											
1999	518	400	204	497	161	32	60	57	17	65	2011
2000	529	446	229	509	167	35	61	61	25	68	2131
2001	549	481	264	520	172	37	66	63	24	68	2244
2002	559	515	269	515	190	39	69	66	28	77	2328
2003	566	536	290	558	200	43	67	65	29	77	2431
2004	593	562	297	619	213	49	68	80	35	75	2592
2005	609	577	359	646	213	52	72	89	40	78	2736
2006	619	575	354	654	218	56	72	84	45	79	2755
2007	642	585	375	682	226	61	73	84	50	86	2863

Variazione rispetto all'anno precedente (in per cento)

1999	0.1	6.4	13.6	0.8	6.8	4.7	4.3	3.8	19.4	6.0	3.9
2000	2.3	11.7	12.3	2.4	3.9	7.7	2.3	7.1	44.0	3.6	5.9
2001	3.8	7.9	15.0	2.2	3.0	6.3	6.9	4.0	-4.3	-0.1	5.3
2002	1.8	7.1	1.8	-1.0	10.0	6.7	4.8	4.3	16.6	14.5	3.7
2003	1.2	4.0	8.2	8.3	5.7	9.9	-3.3	-1.4	5.3	-1.0	4.5
2004	4.8	4.9	2.2	11.0	6.3	13.9	2.7	22.9	21.0	-1.5	6.6
2005	2.7	2.8	21.0	4.4	0.2	5.6	4.5	11.7	13.8	4.0	5.6

Anno	Prestazioni							Totale		
	Treatmento medico (ambulatoriale)	Medicamenti (medico, farmacia)	Cure ospedaliere ambulatoriali	stazionarie	Stabilimenti medico-sociali	SPITEX	Fisioterapia	Analisi di laboratorio (compresi i medici)	Mezzi e apparecchi	Altre
2006	1.7	-0.4	-1.5	1.3	1.9	6.7	0.9	-6.5	12.2	0.3
2007	3.6	1.7	6.0	4.2	4.1	8.6	1.9	0.4	10.2	9.8
<i>Variazione media annua dal 1999 al 2007 (in per cento)</i>										
99-07	2.7	4.9	7.9	4.0	4.4	8.1	2.5	5.0	14.2	3.6
1 compresa la partecipazione ai costi										
Fonte: Statistica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 2007.										

