

04.062

**Messaggio
concernente la modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie (Managed Care)**

del 15 settembre 2004

Onorevoli presidenti e consiglieri,

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

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

15 settembre 2004

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Joseph Deiss

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

Con l'introduzione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal RS 832.10) entrata in vigore il 1° gennaio 1996 sono state create le basi legali per forme assicurative particolari. In conformità a tali disposizioni, in breve tempo sono stati sviluppati vari modelli speciali di assicurazione. Tra i più frequenti si conta l'Health Maintenance Organizations (HMO) ed il modello del medico di famiglia, più raramente i modelli con liste di medici. Dopo una breve euforia iniziale, oggi le forme particolari d'assicurazione non raccolgono molti consensi, come dimostra tra l'altro l'analisi degli effetti della LAMal (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Analisi degli effetti della LAMAL, rapporto di sintesi; Berna 2001; ted. / franc. pag. 124).

Nel frattempo diversi studi hanno mostrato l'opportunità, dal punto di vista qualitativo e finanziario, di promuovere un'assistenza medica condotta da una sola persona dalla diagnosi alla terapia conclusiva. Proprio al fine di promuovere questi modelli di gestione delle cure «managed care», la seconda revisione della LAMal, peraltro fallita, intendeva obbligare gli assicuratori, singolarmente o in gruppo, ad offrire uno o più modelli speciali con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Il Parlamento aveva inoltre proposto di far offrire dagli assicuratori modelli in cui i fornitori di prestazioni dovevano assumere la responsabilità budgetaria concordata con gli assicuratori. Di fatto, in questo modo si presupponeva l'obbligo di offrire una rete di assistenza integrata in alternativa alla libertà di scelta. Il Consiglio federale ritiene che questo sistema debba essere messo da parte e che si debbano invece definire chiaramente le forme speciali di assicurazione, introducendole nella legge indipendentemente dalla questione della libertà di contrarre.

Perciò il Consiglio federale intende migliorare le condizioni quadro per questi modelli e vede nella libertà di contrarre, associata a maggiori incentivi, il mezzo adeguato per promuoverli. Per quanto possibile, gli accordi conclusi tra le parti interessate non devono essere basati su obblighi legali, bensì sulla libera concorrenza. Al fine di strutturare meglio il testo legislativo, le vecchie e le nuove disposizioni sull'argomento vengono riunite in un'unica sezione «Forme particolari di assicurazione». Inoltre viene introdotta nel testo di legge la definizione di rete d'assistenza integrata: cioè, i fornitori di prestazioni devono assumere la responsabilità budgetaria concordata con gli assicuratori.

Nel quadro di questa revisione, il Consiglio federale propone inoltre misure nel settore dei medicinali. L'elenco delle specialità viene completato con medicinali importanti contro malattie rare. Per contenere i costi dei farmaci, il fornitore della prestazione è tenuto a consegnare medicinali a prezzo vantaggioso, sia su prescrizione di un medicamento preciso, sia su prescrizione delle sostanze attive. Inoltre la disposizione viene completata per quel che riguarda la concessione di riduzioni in relazione con i medicinali.

Messaggio

1 Parte generale

1.1 Situazione iniziale

Già nel 1989, ancora sotto il regime della vecchia legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI), avevamo gettato le basi per introdurre a titolo sperimentale forme particolari d'assicurazione modificando l'Ordinanza V del 2 febbraio 1965 sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione come pure la loro sicurezza finanziaria (RU 1990 21), nel frattempo abrogata. Gli articoli 23 e segg. stabilivano che l'assicuratore, oltre a quella ordinaria, potesse praticare assicurazioni che affidassero la cura degli assicurati unicamente a fornitori di prestazioni selezionati (assicurazione con scelta limitata del medico) oppure che concedessero una riduzione del premio qualora gli assicurati non avessero fatto ricorso alle prestazioni durante un intero anno civile (assicurazione bonus). Queste offerte erano subordinate ad approvazione e a una serie di condizioni concernenti un'analisi scientifica parallela. In una ricerca su vasta scala, sfociata in dettagliati rapporti, vennero analizzati il comportamento degli assicurati e dei fornitori di prestazioni nonché gli effetti di questi modelli sui costi (v. al riguardo Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Klaus – Prognos AG, *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung*, sintesi, Berna 1998).

Nel nostro messaggio del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65, in particolare 74) abbiamo proposto, auspicando di poter così contenere i costi, di sancire definitivamente le forme particolari d'assicurazione nel nuovo diritto. Con l'entrata in vigore della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) vennero così poste le basi legali per le forme particolari d'assicurazione. Secondo l'articolo 41 capoverso 4 LAMal, l'assicurato può, d'intesa con l'assicuratore, limitare la propria scelta del fornitore di prestazioni. L'assicuratore sceglie i fornitori di prestazioni mirando ad una copertura sanitaria meno costosa. L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o prescritte da questi fornitori di prestazioni. Agli assicurati che optano per questo modello, l'assicuratore può offrire un premio ridotto rispetto a quello praticato nell'assicurazione ordinaria (art. 62 cpv. 1 LAMal). Inoltre il Consiglio federale può sopprimere la partecipazione ai costi se questa risulta inappropriata (art. 64 cpv. 6 lett. c LAMal).

In virtù di queste disposizioni, in breve tempo vennero elaborate diverse forme particolari d'assicurazione. Nella maggior parte dei casi, gli assicuratori propongono il modello del medico di famiglia o i cosiddetti HMO (*Health Maintenance Organizations*). Più rari, invece, sono i modelli con liste di medici, in cui vengono esclusi quelli più cari. Gli HMO non sono altro che studi collettivi dove i medici lavorano come dipendenti. Di solito questi medici percepiscono uno stipendio fisso, mentre i medici con funzioni dirigenziali ricevono anche un bonus, a titolo di partecipazione agli utili. Il modello del medico di famiglia è invece scelto dall'assicurato su un elenco stilato dall'assicuratore. In entrambi i modelli l'assicurato deve rivolgersi, tranne in caso di urgenza, all'HMO o al medico di famiglia scelto, i quali fungono anche da controllori dell'accesso alle prestazioni (cosiddetti «gatekeeper»). Nei

modelli assicurativi con lista di medici (*Preferred Provider Organization/PPO*), gli assicurati scelgono il fornitore di prestazioni da una lista aggiornata ogni anno dall'assicuratore malattia. Per compilarla vengono presi in considerazione soltanto i medici i cui costi si situano nella media cantonale della categoria in questione. In questo modello non vi è la funzione del «gatekeeping» e i fornitori di prestazioni non si assumono nessuna responsabilità budgetaria, bensì vengono remunerati in base alla singola prestazione.

Dopo il successo iniziale delle forme particolari d'assicurazione, in parte dovuto all'aumento dei premi LAMal e in parte alle molteplici offerte degli assicuratori, oggi si assiste a un loro ristagno. Nel 1999 e nel 2000 il numero di nuovi contratti per modelli del medico di famiglia ha conosciuto una netta flessione, mentre alcuni HMO hanno cessato l'attività. Inoltre, diversi assicuratori propongono ora unicamente cosiddetti modelli «light» che contengono solo pochi elementi della managed care.

Del resto, l'analisi degli effetti LAMal (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Analisi degli effetti della LAMAL, rapporto di sintesi; Berna 2001; ted. / franc. p. 124/125) ha dimostrato che in Svizzera le forme particolari d'assicurazione non raccolgono molti consensi. Gli assicurati sembrano poco propensi a voler limitare la propria libertà di scelta dei fornitori di prestazioni. Dal canto loro, anche gli assicuratori hanno poco sfruttato i margini concessi dalla LAMal per istituire modelli managed care. Per promuoverli è dunque indispensabile rafforzare gli incentivi.

1.2 Intenti di revisione

1.2.1 Interventi parlamentari

Mozione Sommaruga Simonetta «Introduzione del modello del medico di famiglia sull'insieme del territorio»

Con la mozione sull'introduzione del modello del medico di famiglia sull'insieme del territorio (00.3566) presentata il 6 ottobre 2000, la promotrice propone di introdurre il modello del medico di famiglia o modelli analoghi, come l'HMO o le reti di medici, nell'assicurazione di base in maniera obbligatoria e su tutto il territorio. In questo modo si dovrebbe poter facilitare il coordinamento tra i fornitori di prestazioni ed evitare spese inutili come per esempio il ripetersi degli stessi esami. Nel modello proposto i fornitori di prestazioni assumerebbero una responsabilità budgetaria e verrebbe istituito un fondo per i casi ad alto rischio. L'11 dicembre 2000 abbiamo proposto di respingere la mozione. L'intervento è stato approvato il 9 maggio 2001 dal Consiglio nazionale e trasmesso il 4 ottobre 2001 sotto forma di postulato di entrambe le Camere.

1.2.2 Seconda revisione LAMal

Nel nostro messaggio del 18 settembre 2000 sulla seconda revisione della LAMal (FF 2001 631, in particolare 673), proponevamo di introdurre per gli assicuratori l'obbligo di offrire nel loro territorio d'attività almeno una forma particolare d'assicurazione. In questo modo si voleva aumentare l'offerta di forme particolari d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni e permettere agli

assicurati di adottare un comportamento attento ai costi e optare per una limitazione nella scelta del fornitore di prestazioni. A questo proposito avevamo tuttavia precisato che tale limitazione dipendeva innanzitutto dalla disponibilità dei fornitori di prestazioni a stipulare un maggior numero di convenzioni con gli assicuratori malattia. Il cambiamento di altre condizioni quadro per rapporto al promovimento dei modelli managed care non è stato proposto.

Nei dibattiti parlamentari la proposta venne accolta favorevolmente, ma – anche in vista della parziale soppressione dell’obbligo di contrarre – si richiese una maggior promozione dei modelli managed care. Ne scaturì l’introduzione di un modello denominato «rete d’assistenza integrata». Queste reti rientrano nel concetto di managed care poiché offrono una copertura sanitaria uniforme e completa che comprende l’intera catena terapeutica. In queste reti il «gatekeeping» ha un’importanza considerevole. L’assicurato si rivolge sempre in primo luogo al medico di famiglia della rete scelto, il quale, se necessario, lo indirizza verso altri membri associati. Nelle reti d’assistenza integrate i fornitori di prestazioni si assumono la responsabilità finanziaria degli assicurati di cui si occupano (responsabilità budgetaria) entro i limiti stabiliti nel contratto. Questa forma particolare d’assicurazione poggia dunque su una collaborazione, ampiamente disciplinata per contratto, tra un gruppo di fornitori di prestazioni e un assicuratore. Gli assicuratori malattia avrebbero avuto l’obbligo di proporre questo tipo di forme assicurative con responsabilità budgetaria e un numero limitato di fornitori di prestazioni. Il Consiglio federale avrebbe potuto autorizzare delle eccezioni, ad esempio per le regioni di campagna.

Dopo l’approvazione da parte del Consiglio degli Stati, nella seduta del 16 dicembre 2003, delle proposte della Conferenza di conciliazione, la seconda revisione della LAMal venne tuttavia respinta dal Consiglio nazionale nella seduta del 17 dicembre 2003. A tre anni dall’inizio dei dibattiti in Parlamento, l’avamprogetto veniva pertanto definitivamente abbandonato.

1.3 Proposte di riforme da parte di esperti

Nella nostra seduta speciale del 22 maggio 2002 sull’assicurazione malattie, siamo giunti alla conclusione che la LAMal aveva dato, complessivamente, buoni risultati, ma che occorreva tuttavia rafforzare le misure per il contenimento dei costi e riformare progressivamente l’assicurazione malattie. Abbiamo incaricato il Dipartimento federale dell’interno (DFI), tra l’altro, di sottoporre proposte sul modo d’incoraggiare la diffusione dei modelli managed care con sistemi incitativi appropriati. In questo contesto, abbiamo chiesto di esaminare in che modo le condizioni quadro dovessero essere modificate per rendere più interessanti questi modelli agli occhi di assicuratori, fornitori di prestazioni e assicurati. Questi lavori avrebbero dovuto creare le basi per una terza revisione parziale della LAMal.

Il DFI incaricò dunque un gruppo di lavoro, diretto dal dott. iur. Markus Moser, di elaborare una serie di scenari. Facevano parte del gruppo gli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse), la Conferenza dei direttori cantonali della sanità (oggi: Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità), la Federazione dei medici svizzeri (FMH), la Medix Management AG, H+ Gli Ospedali Svizzeri, il circolo di qualità medici-farmacisti del canton Friburgo e l’Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Tenendo conto dei criteri formulati nel mandato, l’esperto ha riassunto le principali tappe della riforma. Questi i principi di fondo:

- anziché parlare di forme particolari d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni è preferibile utilizzare il termine di «modello d'assistenza integrato». La nuova designazione evidenzia meglio la specificità della copertura sanitaria;
- è necessario creare incentivi efficaci e lasciare agli attori un ampio spazio di manovra per l'organizzazione concreta. In questo senso non sono previsti obblighi né per gli assicurati (affiliazione) né per gli assicuratori / fornitori di prestazioni (offerta).

Questi gli elementi previsti per realizzare l'obiettivo di promozione della managed care:

- *Contratto tra assicuratori e un gruppo di fornitori di prestazioni*

In linea di massima, per garantire il coordinamento di tutta l'assistenza agli assicurati, i fornitori di prestazioni devono associarsi. Per lasciare il più ampio spazio di manovra sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda di modelli d'assistenza, i punti più importanti della collaborazione tra assicuratori e fornitori di prestazioni vanno disciplinati per contratto. Questi punti riguardano in particolare la corresponsabilità economica dei fornitori di prestazioni (in che misura la rete d'assistenza integrata si assume la responsabilità budgetaria) e le disposizioni sulla remunerazione e sulla qualità delle prestazioni fornite.

Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni che partecipano al modello d'assistenza possono stabilire per contratto che la remunerazione venga versata ai fornitori di prestazioni quale gruppo (relazione verso l'esterno). Questi possono poi regolare tra di loro la suddivisione dell'importo in questione (relazione verso l'interno). Per le prestazioni che non possono essere fornite nel quadro del modello d'assistenza, i fornitori associati hanno diritto di stipulare contratti con altri fornitori di prestazioni e di regolamentare la remunerazione, per contratto, direttamente con loro. Non è lecito eliminare prestazioni dal catalogo previsto per legge. Le prestazioni che superano quanto garantito dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono invece poter essere inserite in un modello d'assistenza.

Se nella convenzione tariffale si pattuisce un budget prospettivo, i Cantoni devono poter partecipare alla conclusione dell'accordo di capitazione. I sussidi cantonali per le cure ospedaliere possono essere inclusi nel budget in modo prospettivo mediante un accordo con il Cantone.

- *Disposizioni per gli assicurati*

Contrariamente al diritto vigente, nei modelli d'assistenza integrati si deve poter pattuire liberamente con gli assicurati l'inizio e la fine dell'affiliazione. Il gruppo d'esperti respinge la prescrizione agli assicurati di una durata minima d'affiliazione nei modelli d'assistenza integrati, senza tuttavia escludere questa possibilità. Di conseguenza, un'eventuale durata minima o un premio di fedeltà per il cliente devono essere oggetto di un contratto tra l'assicuratore e l'assicurato.

– *Incentivi finanziari*

Gli elementi di riforma proposti dagli esperti si orientano in molti casi verso i possibili incentivi. Per quanto riguarda gli incentivi finanziari per gli assicurati, vengono proposte, tra l'altro, le seguenti regole per le reti d'assistenza integrate:

- a fine anno gli assicuratori possono concedere agli assicurati riduzioni sui premi e rimborsi a fine anno;
- una partecipazione ai costi inferiore a quella prevista dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovrà rendere i modelli d'assistenza integrati più interessanti per chi deve far capo a terapie onerose.
- gli assicuratori devono godere di un ampio spazio di manovra per quanto riguarda la suddivisione in regioni di premi per i modelli d'assistenza integrati (es. premi unitari a prescindere da confini regionali o cantonali);
- per coloro che hanno diritto a una riduzione dei premi, l'incentivo finanziario viene mantenuto: la riduzione continua ad essere calcolata sui premi del modello di base anche per gli assicurati che hanno scelto una rete d'assistenza integrata.

Per gli assicurati che violano le disposizioni vigenti nel modello d'assistenza, il rapporto peritale ritiene indicata quale sanzione la perdita dei vantaggi finanziari. Considerato che gli assicurati continuano ad avere diritto a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il rifiuto delle prestazioni risulterebbe sproporzionato.

– *Condizioni quadro*

L'esperto ha individuato diverse condizioni quadro che possono incentivare o frenare l'evoluzione dei modelli particolari d'assistenza, ma che si situano al di fuori del pacchetto di riforme managed care:

- è probabile che l'allentamento o la soppressione dell'obbligo di contrarre indurrebbe maggiormente i fornitori di prestazioni ad associarsi in modelli particolari d'assicurazione;
- l'attuale finanziamento ospedaliero limiterebbe il potenziale della rete d'assistenza integrata, poiché i risparmi in quest'ambito produrrebbero effetti soltanto sulle tariffe dell'assicurazione malattia, e non sui costi ospedalieri globali;
- altro ostacolo indotto dal sistema all'innovazione nel settore della managed care: la compensazione dei rischi tiene conto soltanto dei fattori età e sesso, ma non dell'onere di malattia del collettivo di assicurati. I modelli managed care possono ridurre i costi specialmente nel caso di assicurati con spese di malattia elevate (malattie complesse e/o croniche, diagnosi plurime). Nessun assicuratore vorrà però elaborare e proporre un'offerta particolarmente interessante per questa categoria di assicurati.

È stato inoltre osservato che, soprattutto nell'ambito dei lavori preparatori, della valutazione e della ricerca, c'è bisogno di un quadro che non si limiti soltanto agli assicuratori e ai modelli.

1.4 Obiettivi politici

Secondo l'analisi degli effetti LAMal, svolta dal 1996 al 2000, l'attuale legge sull'assicurazione malattie è riuscita a realizzare gli obiettivi perseguiti dal legislatore a livello di prestazioni e di sistema (catalogo delle prestazioni completo, assicurazione obbligatoria, con pluralità di casse e premio unitario), ma ha ancora evidenti lacune per quanto riguarda gli strumenti per il contenimento dei costi. Pertanto, nel messaggio sulla seconda revisione della LAMal, abbiamo voluto concentrarci sull'ottimizzazione del sistema: i principi sanciti nella LAMal dovrebbero essere attuati con maggior coerenza, senza tuttavia essere rimessa in questione da un cambiamento del sistema. Su questa strategia c'è un largo consenso.

Come rilevato, in Svizzera i modelli managed care hanno un'importanza limitata dal profilo della politica sanitaria, ma è lecito pensare che la crescente pressione dei costi e gli ulteriori aumenti dei premi li porteranno sempre più al centro dell'attenzione. In queste circostanze è indispensabile promuovere forme particolari d'assicurazione se si vogliono migliorare il contenimento dei costi e incrementare l'efficienza, mantenendo nel contempo la qualità delle cure. Per una copertura sanitaria di alto livello qualitativo che rispetti il principio di economicità, le forme particolari d'assicurazione più appropriate sono quelle in cui, in primo luogo, i pazienti sono accompagnati e assistiti durante l'intero processo di diagnosi e di cura e, in secondo luogo, ove gli assicuratori e i fornitori di prestazioni vengono coinvolti nella responsabilità finanziaria di tutta la catena terapeutica. In tal senso, ci riallacciamo alle proposte discusse nel quadro della seconda revisione della LAMal completandole con elementi tratti dai lavori preliminari per la terza.

1.5 Procedura di consultazione sulla proposta del Consiglio federale concernente la revisione parziale della LAMal

Il nostro progetto concernente la revisione parziale della LAMal nel settore del managed care è stato trasmesso per consultazione ai Cantoni, ai partiti politici e agli ambienti interessati nel maggio 2004.

La maggior parte dei partecipanti alla consultazione ha approvato il testo e concordava con la nostra idea di promuovere il managed care quale mezzo per una maggiore redditività e qualità delle prestazioni nel settore della sanità; inoltre ha ritenuto in linea di massima giusto creare le basi legali per lo sviluppo di reti d'assistenza integrate. La maggioranza dei partecipanti ha trovato comprensibile il fatto di prevedere un'introduzione volontaria invece di un obbligo come previsto nella seconda revisione della LAMal. È stato anche giudicato positivo il fatto che si preveda di dare una maggiore importanza legislativa alle forme di assicurazione particolari.

Alcuni partecipanti tuttavia si sono mostrati piuttosto scettici sulle disposizioni riguardanti i modelli di managed care e hanno espresso dubbi sul fatto che le condizioni quadro siano sufficienti a raggiungere un effetto di contenimento della spirale dei costi. Continuano a temere che soprattutto i giovani sani sceglieranno modelli di questo tipo con un conseguente venir meno dello spirito di solidarietà. Secondo questi partecipanti, vi è il rischio che, nella selezione, gli assicuratori evitino i fornitori di prestazioni ed in particolare le reti che assistono in primo luogo con prestazioni di elevata qualità i malati cronici o affetti da polimorbilità. Questo effetto

risulterebbe diametralmente opposto al promovimento del modello di assistenza del managed care. Per questa ragione hanno chiesto ulteriori miglioramenti delle condizioni quadro intese a sostenere i modelli di questo tipo.

Tra le proposte di miglioramento avanzate, alcune delle più frequenti riguardano l'aumento dell'efficacia della compensazione del rischio, la possibilità per i Cantoni di partecipare ai modelli di assistenza con responsabilità budgetaria e la creazione di una base legale che permetta di finanziare non dal budget, bensì con i mezzi di cui all'articolo 20 LAMal, le misure per le reti d'assistenza integrate per la salute e la prevenzione.

Alcuni dei partecipanti ritengono che le condizioni poste alle reti di assistenza integrate siano troppo restrittive per permettere la loro creazione o la loro scelta da parte degli assicurati. Altri chiedono una maggiore regolamentazione, ad esempio integrando il testo in quello della libertà di contratto e definendo più chiaramente l'entità della responsabilità budgetaria.

Le nostre proposte per contenere la spirale dei costi dei farmaci sono approvate da un gran numero di partecipanti. Molti di loro chiedono tuttavia ulteriori misure. Alcuni chiedono un complemento all'articolo 56 capoverso 3^{bis}, poiché questa proposta sarebbe controproducente per le reti d'assistenza integrate con responsabilità budgetaria e toglierebbe loro l'incentivo di raggiungere migliori condizioni di acquisto. Se un fornitore di prestazioni è disposto ad assumere la responsabilità budgetaria, deve essergli concessa anche la possibilità di trarne vantaggi.

2 Puntii essenziali del progetto

2.1 Obiettivi

I modelli managed care devono rimanere un'alternativa alla forma classica d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In altre parole, non si imporrà agli assicurati di affidarsi a un modello managed care; per il buon funzionamento dei modelli è indispensabile che l'assicurato possa aderirvi facoltativamente, che percepisca la gestione delle cure come un servizio benaccetto e non come una limitazione della libertà di scelta di cui gode oggi. Parimenti, non si vuole imporre ai fornitori di prestazioni una collaborazione con le reti d'assistenza. La qualità dei modelli managed care dipende infatti in gran parte dallo scambio di esperienze dei fornitori di prestazioni che partecipano ai cosiddetti circoli di qualità. Obbligare tutti i fornitori di prestazioni a collaborare finirebbe per privare questi circoli della base di fiducia necessaria.

Nella seconda revisione della LAMal avevamo chiesto che tutti gli assicuratori fossero tenuti ad offrire su tutto il territorio almeno una forma particolare d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Il Parlamento aveva poi esteso questo obbligo in modo tale che gli assicuratori dovevano offrire modelli in cui i fornitori di prestazione dovevano assumere con gli assicuratori la responsabilità budgetaria concordata. Di fatto si imponeva di accettare l'offerta di una rete d'assistenza integrata, vista come alternativa alla libertà contrattuale. Tuttavia, il dibattito ha mostrato che, a condizioni quadro invariate, l'obbligo unilaterale degli assicuratori difficilmente condurrebbe al risultato voluto: da una parte, contrariamente ai loro partner contrattuali, gli assicuratori sono molto svantaggiati nei negoziati con i fornitori di prestazioni, perché costretti finora a concludere un contratto

con responsabilità budgetaria, dall'altro l'obbligo non offre la garanzia che vengano veramente offerti modelli di managed care su tutto il territorio la cui qualità li renda degni di questo nome. Per queste ragioni, abbiamo abbandonato questo elemento della nostra strategia e non intende più obbligare gli assicuratori ad offrire modelli di managed care con responsabilità budgetaria. Piuttosto, le reti di assistenza integrate con responsabilità budgetaria dovrebbero essere definite chiaramente quali forme particolari di assicurazione ed introdotte nella legge indipendentemente dalla questione della libertà contrattuale. Il modello managed care, attraverso la collaborazione di tutte le parti in causa, si prefigge di conseguire un'elevata qualità delle cure e di sfruttare le risorse disponibili con la massima efficacia. L'elevato livello qualitativo delle cure va raggiunto attraverso una maggiore collaborazione dei fornitori di prestazioni e accordi speciali tesi a garantire la qualità. Non bisogna prendere in considerazione soltanto gli incentivi finanziari; occorre anche incoraggiare la fiducia in questi modelli assicurativi e in particolare nella loro qualità. Gli assicurati devono sapere che, proprio per questi modelli, vengono garantiti principi quali una copertura sanitaria completa, l'assunzione delle cure successive e la qualità delle prestazioni. Grazie al livello qualitativo delle cure, che si auspica elevato, questi modelli diventeranno interessanti non soltanto per gli assicurati, ma anche per i fornitori di prestazioni. Un altro incentivo per gli assicurati è la possibilità di ottenere, in base ai risparmi effettivamente conseguiti, non solo riduzioni dei premi, ma anche rimborsi.

2.2 Ulteriori punti della revisione

Medicamenti importanti per curare malattie rare («orphan drugs»)

In molti casi i medicinali importanti per curare malattie rare non sono registrati in Svizzera perché, per le ditte farmaceutiche, su un mercato di piccola entità come quello svizzero la registrazione non è interessante dal profilo economico. La registrazione è però necessaria per far figurare il farmaco nell'elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità; art. 52 cpv. 1 lett. b LAMal). Questo elenco precisa quali medicinali sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Si verifica così una situazione paradossale: l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non rimborsa i medicinali ai pazienti che soffrono di malattie rare, vale a dire un gruppo di persone particolarmente svantaggiate e dunque da tutelare di conseguenza. Dopo aver riconosciuto che il principale ostacolo per il rimborso dei cosiddetti medicinali orfani («orphan drugs») consiste nell'omologazione per il mercato svizzero, con l'articolo 14 capoverso 1 lettera f della legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicinali e i dispositivi medici (LATer; RS 812.21, in vigore dal 1.1.2002) venne prevista una procedura semplificata di omologazione applicabile ai medicinali importanti per malattie rare (medicamenti orfani; messaggio del Consiglio federale del 1° marzo 1999, FF 1999 2959). È opportuno dunque che queste disposizioni semplificate di omologazione per i medicinali orfani producano rapidamente effetti sull'assicurazione malattie. Proponiamo pertanto di completare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal affinché l'elenco delle specialità contenga anche medicinali importanti per malattie rare.

Provvedimenti nell'ambito dei medicinali

Negli ultimi anni si sono affermate soprattutto due misure di contenimento dei costi nel settore dei medicinali: l'obbligo di prescrivere i principi attivi anziché un medicinale e la consegna del medicinale meno costoso. Da parte nostra, ci siamo pronunciati più volte a favore di una promozione dei medicinali generici, ma altrettanto sistematicamente contro una sostituzione forzata.

L'obbligo di prescrivere i principi attivi tange la libertà terapeutica del medico e pregiudica la sicurezza dei medicinali e la fedeltà terapeutica (*compliance*) del paziente. Forte della propria libertà terapeutica, il medico decide, in base all'anamnesi del paziente e alla diagnosi, la cura e il medicinale più indicati. Già oggi il medico, in virtù del diritto di sostituzione previsto nell'articolo 52a LAMal, ha la possibilità di lasciar scegliere al farmacista il medicinale, se nulla vi si oppone dal punto di vista medico. Il medico, comunque, continua ad assumersi la responsabilità terapeutica. Le cose cambiano con la prescrizione obbligatoria dei principi attivi: in questo caso è fondamentalmente il farmacista a decidere, riferendosi esclusivamente alla denominazione del principio attivo secondo la ricetta medica, senza conoscere nei dettagli l'anamnesi del paziente né altre circostanze importanti per la terapia. Se al paziente viene consegnato un medicinale inadeguato o a lui non familiare, ciò può compromettere il successo della terapia o addirittura ostacolarla. Se si cambia il medicinale in virtù dell'obbligo di sostituzione, a farne le spese è la fedeltà terapeutica (*compliance*), specialmente nel caso di persone anziane, affette da più malattie o da malattie croniche, sottoposte a terapie di lunga durata. Spesso, inoltre, i medicinali con il medesimo principio attivo non presentano una composizione identica, il che può influenzare i loro effetti o causare complicazioni. Anche la galenica (presentazione del medicinale) può essere differente. Per alcune malattie, comunque, il segreto della terapia giusta è l'esatto dosaggio.

Rendere obbligatoria la prescrizione dei principi attivi, oltretutto, non comporta risparmi. Su un totale di 7'400 medicinali omologati sul mercato, 2'500 sono rimborsati dalle casse malati. Il 60 % è tutelato da un brevetto, il 3 % sono già prodotti generici e per il 37 % ovvero 900 medicinali il brevetto è scaduto. Tuttavia, soltanto il 10 % ovvero circa 250 medicinali con brevetto scaduto entrano effettivamente in competizione con i prodotti generici. Addirittura, il potenziale rimane limitato anche qualora (in teoria) tutti i medicinali con brevetto scaduto fossero sostituiti con prodotti generici. Si è infatti constatato che i medicinali da tempo sul mercato, a basso prezzo e non ancora superati, vengono via via sostituiti con medicinali nuovi, migliori, ma nella maggior parte dei casi più cari. Nemmeno la prescrizione obbligatoria dei principi attivi impedirà questo ricambio.

Per considerazioni d'ordine economico, l'obbligo di prescrivere il medicinale meno costoso sarebbe problematico. In effetti, con i medicinali meno costosi viene a crearsi, per ciascun segmento del mercato, una situazione di monopolio a corto termine: soltanto il produttore che offre i medicinali meno cari può vendere il proprio prodotto a carico dell'assicurazione sociale malattie, garantendosi così un monopolio. Trovandosi in questa situazione può aumentare i prezzi finché un altro produttore riuscirà a superare le barriere di mercato e proporre un prodotto simile ad un prezzo inferiore. A lungo andare, tuttavia, questa politica dei produttori di vendere a prezzi sempre più bassi finisce per ritorcersi contro di loro. In un modello che punta a ridurre il più possibile i costi di produzione e a conseguire a breve termine un utile massimo attraverso una situazione di monopolio, ci si chiede se sia possibile

fare una pianificazione a lungo termine. È più probabile, invece, che si tenda a smantellare l'innovazione, limitando la qualità al minimo necessario.

Nel presente progetto ci limitiamo quindi a riprendere i provvedimenti proposti per i medicinali nel quadro della seconda revisione della LAMal e a proporre, in più, un complemento della regolamentazione in merito alla concessione di riduzioni, anch'esse spesso in relazione con i medicinali. La questione delle importazioni parallele, spesso sollevata, non riguarda la LAMal ma il diritto in materia di brevetti e la messa in commercio di un medicamento in Svizzera. L'articolo 14 capoverso 2 LATer prevede inoltre, a certe condizioni, una procedura semplificata per la messa in commercio di un medicamento già omologato in Svizzera e che può essere pure ottenuto all'estero.

3 Parte speciale: commento alle singole disposizioni

Articolo 19 capoversi 1 e 2^{bis} (nuovo)

In passato sono stati ben pochi gli assicuratori, sostenuti da gruppi di fornitori di prestazioni, ad assumere l'«onere dell'innovazione» nel settore del managed care. In linea di massima non si prevede di modificare questa situazione. Anche se ora si intende obbligare gli assicuratori ad offrire modelli propri di managed care, sussiste comunque il rischio seguente: la preoccupazione di diventare troppo interessanti per assicurati costosi potrebbe spingere i pochi assicuratori finora innovativi a ripensare il proprio impegno a favore dell'assistenza integrata. Progetti di sviluppo superano inoltre velocemente le possibilità personali, tecniche e finanziarie di piccoli o medi gruppi di medici (a parte alcune rare eccezioni, le reti di medici non sono in grado di finanziare anticipatamente progetti di questo tipo). Per queste ragioni, ma anche perché sorgono questioni che devono essere affrontate in modo globale (ad esempio la valutazione, la ricerca e lo sviluppo, la formazione ed il perfezionamento), proponiamo di ampliare lo scopo dell'istituzione di cui all'articolo 19 LAMal e di promuovere d'ora in poi anche le reti d'assistenza integrate. A questo punto si ricorda che nella proposta in consultazione del 23 giugno 2004 sulla riorganizzazione del finanziamento delle cure, abbiamo posto l'accento su un ulteriore elemento della promozione della salute dichiarando di voler accordare un'importanza particolare alla prevenzione in età avanzata.

Articolo 20 capoverso 1

Gli adeguamenti all'articolo 20 sono una conseguenza delle nuove disposizioni di cui all'articolo 19. La somma annua chiesta ad ogni persona assicurata per finanziare l'istituzione non verrà aumentata nonostante il nuovo compito. Piuttosto si prevede un trasferimento all'interno dell'istituzione. Ne consegue che i mezzi finanziari a disposizione della promozione della salute saranno più modesti di quelli odierni. L'entità di questo spostamento di fondi dipenderà dai progetti avviati.

Articolo 41a capoversi 1 e 2 (nuovi)

I capoversi 1 e 2 di questa disposizione corrispondono all'attuale articolo 41 capoverso 4 LAMal. Solo il rinvio a reti di assistenza integrata costituisce un completamento.

Articolo 41a capoverso 3 (nuovo)

Il capoverso 3 di questa disposizione corrisponde all'articolo 62 capoverso 2 LAMal attualmente in vigore. L'articolo 96 LAMal affida già al Consiglio federale la competenza di emanare disposizioni d'esecuzione per questa legge. Dunque, una nuova delega in questo articolo è inutile.

Articolo 41b (nuovo) Durata del rapporto d'assicurazione

La persona assicurata che limita la propria libertà di scegliere i fornitori di prestazioni assume una maggiore responsabilità personale. Per questo motivo l'assicuratore può concederle una riduzione dei premi oppure, ai sensi dell'articolo 64 capoverso 6 lettera c LAMal in combinato disposto con l'articolo 99 capoverso 2 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), rinunciare a riscuotere del tutto o in parte la partecipazione ai costi. Per evitare che in caso di malattia la persona assicurata rinunci alla maggiore responsabilità personale e torni all'assicurazione ordinaria, l'assicuratore deve anche avere la possibilità di vincolare a lungo termine gli assicurati, con il loro consenso, alla scelta di una forma particolare d'assicurazione. La stessa norma è applicabile in particolare anche alla forma d'assicurazione con franchigie opzionali conformemente all'articolo 41a capoverso 3 lettera a. L'assicuratore può prevedere un rapporto assicurativo della durata massima di tre anni. È possibile cambiare assicuratore prima della scadenza della durata concordata, ma soltanto se le condizioni di assicurazione subiscono cambiamenti essenziali. Se l'assicuratore aumenta, per esempio, la partecipazione ai costi, questo rappresenta un cambiamento essenziale delle condizioni di assicurazione. Non lo sono, invece, l'aumento del premio e la diminuzione della riduzione del premio o del rimborso. Se l'assicuratore, con il benessere dell'Ufficio federale della sanità pubblica, aumenta i premi o riduce gli sconti, la persona assicurata non può cambiare assicuratore nonostante i maggiori oneri finanziari. La durata massima del rapporto assicurativo è di 3 anni, quindi non vi è un vincolo contrattuale eccessivo della persona assicurata. L'assicuratore definisce le modalità d'uscita e può prevedere un'ulteriore possibilità d'uscita della persona assicurata prima della scadenza del rapporto assicurativo. Dopo la scadenza della durata massima di tre anni sono di nuovo applicabili le disposizioni generali sul cambiamento d'assicuratore ai sensi dell'articolo 7 LAMal. L'assicurato tuttavia ha la possibilità di scegliere se impegnarsi con un assicuratore per una durata massima di tre anni.

Articolo 41c capoverso 1 (nuovo)

Anche se la scelta degli assicurati e la partecipazione degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni sono volontarie, le reti d'assistenza vanno disciplinate per legge. Queste reti sono quindi da considerare come una forma particolare d'assicurazione fondata su un contratto tra uno o più assicuratori e un gruppo di fornitori di prestazioni.

È indispensabile che tutti i partner partecipino per libera scelta alla rete d'assistenza integrata. La libera scelta deve però essere confermata in obblighi contrattuali concreti. Gli obblighi saranno fondati su regole comuni che stabiliranno il tipo di collaborazione. Queste regole contempleranno in particolare: il coinvolgimento di ciascun partner nella rete in rapporto alle sue competenze, l'accettazione e la definizione di regole comuni per l'assunzione dei costi nei confronti degli assicurati,

la definizione di regole procedurali o di protocolli di terapia, l'aggregazione delle informazioni sui pazienti, l'istituzione di un organo di coordinamento e di un settore amministrativo strettamente legato al funzionamento quotidiano della rete, provvedimenti interni per la garanzia della qualità ed eventualmente l'accordo circa valutazioni periodiche esterne, la formazione continua sistematica finalizzata al raggiungimento della qualità ottimale in tutta la rete e quindi al conseguimento degli obiettivi e al miglioramento delle procedure. Si tratta dunque di stabilire un minimo di valori sui quali ciascuno possa fondare il proprio contributo alla rete. Solamente armonizzando queste condizioni potrà essere costruita una collaborazione coerente e duratura.

Articolo 41c capoverso 2 (nuovo)

I modelli dell'assistenza integrata prevedono un sistema unitario e completo per tutta la catena terapeutica. Perciò anche il coordinamento deve comprendere tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In questo senso, le reti d'assistenza integrate devono anche offrire tutte le prestazioni che possono essere fornite a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sia nel settore ambulatoriale che in quello ospedaliero, cioè tutte le prestazioni di cui agli articoli 25–31 LAMal. Non sono leciti stralci al catalogo previsto dalla legge, ma è consentito offrire prestazioni supplementari. Si tratta del resto di prestazioni di gestione delle cure (p. es. prestazioni in relazione alla gestione dei casi, quando non si tratti di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure quando a fornirle non siano i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal), ma anche di prestazioni di sostegno alla gestione delle cure, ad esempio la consulenza sanitaria. L'assicuratore e i fornitori di prestazioni sono tenuti a concordare in anticipo, nel contratto, le prestazioni supplementari, le quali possono rappresentare per gli assicurati altrettanti incentivi ad affidarsi a una rete d'assistenza integrata. Debbono tuttavia costituire parte integrante di cure appropriate e complete. In tal modo si eviterà che, attraverso le prestazioni offerte, le reti d'assistenza operino una selezione dei rischi.

È possibile ritenere che all'interno della rete d'assistenza verranno fornite tutte le prestazioni ai sensi della LAMal, ma anche che talune saranno scorporate e quindi «acquistate» dalla rete d'assistenza stessa. Si pensi, in particolare, alle prestazioni ospedaliere. I fornitori di prestazioni associati possono «acquistare» una prestazione esterna e concordarne la remunerazione con il fornitore senza coinvolgere l'assicuratore. Al riguardo non si scarta l'ipotesi di una clausola di esclusiva, in quanto per le prestazioni che la rete d'assistenza integrata non può fornire si prefigura la necessità di appaltarle di preferenza a determinati fornitori. Questi contratti possono contenere pure disposizioni relative alla collaborazione, alla garanzia della qualità e allo scambio dei dati relativi alle cure.

Articolo 41c capoverso 3 (nuovo)

Nel settore ambulatoriale oggi la maggior parte dei fornitori di prestazioni viene remunerata per ogni singola prestazione. Il loro reddito dipende quindi dal volume di prestazioni fornite. Questa situazione può indurre a fornire più prestazioni di quanto non sia necessario. Per questo la proposta prevede che i fornitori attivi in una rete d'assistenza assumano per contratto la responsabilità finanziaria della copertura sanitaria degli assicurati da loro assistiti (responsabilità budgetaria). Per principio,

nelle reti d'assistenza integrate le prestazioni sono remunerate mediante «capitazione», ma non sono escluse altre forme di remunerazione come la tariffa oraria o anche la tariffa per singola prestazione in caso di prestazioni particolari. Quest'ultima è indicata specialmente quando la rete non può ragionevolmente assumere tutti i costi di determinate prestazioni (p. es. nel settore dei trapianti). Se le reti d'assistenza integrate dovessero sopportare l'intero rischio economico, assumerebbero il ruolo di assicuratori. Il rischio è infatti la base stessa dell'assicurazione, la sua giustificazione economica e la sua caratteristica giuridica. Inoltre, la partecipazione finanziaria dei fornitori di prestazioni ad una riduzione dei costi che essi stessi dovrebbero conseguire rischierebbe di ridurre al minimo la prestazione sanitaria.

La capitazione, dal latino «per capita» (a testa), è un forfait stabilito in anticipo che gli assicuratori malattia erogano periodicamente (solitamente una volta all'anno) al fornitore di prestazioni o a un gruppo di fornitori riuniti in una rete d'assistenza per ciascuna persona assicurata e per il complesso delle prestazioni. L'importo è versato indipendentemente dal fatto che la persona assicurata ricorra a prestazioni o no. Questa forma di remunerazione si prefigge di arginare la crescita dei costi della salute e permette agli assicuratori di controllare meglio l'intensità delle cure dei propri assicurati e in particolar modo i costi che ne derivano. Per il fornitore di prestazioni, l'incentivo ad operare con la massima efficienza, evitando in particolare provvedimenti inutili e/o costosi, è direttamente proporzionale al rischio finanziario sopportato. La remunerazione mediante capitazione comporta inoltre una radicale modifica del rapporto tra fornitori di prestazioni e pazienti. In generale, oggi il paziente si rivolge al medico quando è già ammalato: il medico può quindi solo reagire. Il nuovo sistema di remunerazione invece prevede che il fornitore di prestazioni associato a una rete d'assistenza integrata assuma un ruolo proattivo: questi ha infatti un interesse materiale a preservare la salute dei propri pazienti e dunque a privilegiare la prevenzione rispetto alla terapia.

La responsabilità budgetaria deve comprendere tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I modelli dell'assistenza integrata prevedono un sistema unitario e completo per tutta la catena terapeutica con lo scopo di responsabilizzare finanziariamente tutti gli attori di questa catena per l'assistenza medica. Inoltre, in caso di ricovero in ospedale, il contributo del Cantone di residenza è conforme alle disposizioni generali degli articoli 41 e 49 LAMal.

Articolo 52 capoverso 1 lettera b e capoverso 4 (nuovo)

Al numero 2.2 abbiamo già spiegato la necessità di completare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal, in quanto nell'elenco delle specialità devono figurare anche importanti medicinali per malattie rare. L'attuazione della relativa disposizione avverrà con l'introduzione di un apposito capitolo nell'elenco delle specialità e con la rinuncia alla riscossione di tasse.

Come rilevato al numero 2.2, vanno inoltre riprese le disposizioni sui medicinali confluite nella seconda revisione LAMal. La legge dovrà stabilire esplicitamente che un farmaco potrà essere inserito tra le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto dopo che ne sarà stata comprovata l'efficacia in relazione all'obiettivo diagnostico e terapeutico. Si concretizza così per i farmaci il principio sancito dall'articolo 32 LAMal.

Articolo 52a capoversi 2 e 3 (nuovi)

Deve essere previsto esplicitamente anche l'obbligo dei fornitori di consegnare medicinali a prezzo vantaggioso, sia su prescrizione di un medicamento preciso, sia su prescrizione delle sostanze attive. Va sottolineato che in ogni caso bisogna consegnare al paziente un prodotto adeguato, perché, come illustrato sopra, diversi prodotti possono avere effetti diversi e il successo della cura dipende quindi essenzialmente dalla loro idoneità. Di conseguenza non si deve prescrivere o consegnare il farmaco che costa di meno, bensì un medicamento idoneo più vantaggioso rispetto ad altri prodotti che sviluppano lo stesso effetto. Anche questo punto concretizza i principi di economicità di cui agli articoli 32 e 56 LAMal.

Articolo 56 capoverso 3^{bis} (nuovo)

Un'agevolazione ai sensi dell'articolo 56 capoverso 3^{bis} si presenta in genere in caso di fatturati o altri vantaggi monetari che non corrispondono a prestazioni ai sensi di questa legge. In particolare all'acquisto di farmaci, ai fornitori di prestazioni vengono concessi sconti che non possono essere necessariamente computati ad ogni singolo debitore (assicuratore o assicurato). Si tratta p. es. di farmaci gratuiti (abbuoni in merce), partecipazioni finanziarie del fornitore di prestazioni alla cifra d'affari annua in funzione del volume di ordinazioni (abbuoni annuali) o del finanziamento di altre liberalità al fornitore di prestazioni (p. es. la partecipazioni a corsi di perfezionamento o congressi). Se vengono concessi nel settore ospedaliero, tuttavia, questi sconti dovrebbero già essere compresi nella tariffa, in quanto comportano una riduzione corrispondente dei costi d'esercizio. Anche reti d'assistenza integrate ai sensi dell'articolo 41c sono escluse dall'obbligo di riportare queste riduzioni. Gli sconti ottenuti grazie a contratti globali riducono anch'essi i costi di esercizio delle reti di assistenza integrate e confluiscono dunque nell'entità della responsabilità budgetaria concordata. Se un fornitore di prestazione è disposto ad assumere la responsabilità budgetaria, deve essergli concessa anche la possibilità di trarre vantaggi, come ad esempio migliori condizioni d'acquisto, e di trasmetterli agli assicurati per mezzo dei costi generali d'esercizio.

In altri casi invece far fruire il debitore degli sconti ottenuti è impossibile o possibile solo con un considerevole onere amministrativo (p. es. computando retroattivamente abbuoni annuali ai singoli debitori). Affinché gli sconti concessi vadano almeno a favore della comunità degli assicurati nel suo complesso, se ne prevede quindi l'attribuzione all'istituzione comune ai sensi dell'articolo 18 LAMal, che potrà così utilizzarli per la copertura dei costi dell'esecuzione dell'assicurazione malattie. L'amministrazione di questi fondi è demandata all'istituzione comune. Il nostro Collegio ne stabilisce l'impiego.

Articolo 57 capoverso 9 (nuovo)

I medici di fiducia consigliano gli assicuratori in merito a questioni mediche specifiche o a problemi di remunerazione e applicazione delle tariffe. In particolare, verificano se sono adempite le condizioni dell'obbligo di copertura degli assicuratori. In caso di medicinali o prestazioni particolarmente costosi, l'assicuratore ha l'obbligo di coprire i costi soltanto se ha garantito di assumere le spese e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Nelle reti d'assistenza integrate, il coordinamento del processo di cura è già demandato ai fornitori di prestazioni. Questi ultimi svolgono dunque i compiti che nel modello di base dell'assicurazione obbli-

gatoria delle cure medico-sanitarie erano stati affidati ai medici di fiducia. Gli assicuratori, pertanto, possono trasferire i compiti dei medici di fiducia ai fornitori di prestazioni della rete d'assistenza integrata.

Articolo 62 capoverso 1

Nel caso della forma particolare d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, e in particolare nel caso delle reti d'assistenza integrate, gli assicuratori debbono avere la possibilità di concedere una riduzione dei premi non già in anticipo, ma solo a posteriori e a dipendenza dei risparmi conseguiti. L'entità della riduzione dei costi costituirà quindi la base su cui sarà calcolata la partecipazione al risultato di tutti i partner del sistema. In questo modo la persona assicurata non beneficia di una riduzione del premio predefinita, ma fruisce dell'effetto risparmio generato dal sistema con un adeguato rimborso, il che rappresenta un ulteriore incentivo a tenere un comportamento attento ai costi. L'entità di questi rimborsi può dipendere dai risparmi conseguiti, dalla durata del rapporto assicurativo e dall'importo della partecipazione ai costi.

Queste forme d'assicurazione non sono delle «comunità di rischio» interne a un assicuratore. Quando stabilisce le riduzioni dei premi, l'assicuratore deve provvedere affinché chi ha scelto questa forma assicurativa contribuisca alle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura necessaria conformemente al calcolo attuariale. Le differenze di costi riconducibili a un effettivo di rischi più vantaggioso non danno diritto a una riduzione del premio. Conformemente al capoverso 3, il Consiglio federale stabilisce quanto necessario per l'assicurazione.

Articolo 62 capoverso 2

Questo capoverso deve essere abrogato poiché il contenuto è stato spostato all'articolo 41a capoverso 3.

Articolo 62 capoversi 2^{bis} e 3

La riformulazione degli articoli richiede adeguamenti ai rimandi o un nuovo rimando all'articolo 41a. Inoltre, si precisa che il Consiglio federale può disciplinare non solo la riduzione dei premi, ma anche i rimborsi ai sensi del capoverso 1.

Articolo 64 capoverso 6 lettera c

Il rimando nell'articolo 64 deve essere adeguato conformemente alle nuove disposizioni dell'articolo 41a. Si ricorda ancora che il Consiglio federale può abolire la partecipazione ai costi per forme particolari di assicurazione con scelta limitata del fornitore della prestazione. Il Collegio governativo ha fatto uso di questa competenza all'articolo 99 capoverso 2 OAMa, permettendo agli assicuratori di rinunciare completamente o in parte alla riscossione della partecipazione alle spese e della franchigia.

Sinergie della proposta con altre modifiche attualmente in discussione

Le altre modifiche dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie attualmente in discussione contengono provvedimenti che influiranno su quanto proposto nel presente disegno. L'introduzione della libertà di contrarre potrebbe ad esempio rendere i modelli managed care più interessanti per i fornitori di prestazioni, dal momento che questi ultimi non avranno più automaticamente accesso al sistema dell'assicurazione sociale malattie. È da presumere, inoltre, che gli assicuratori preferiranno negoziare contratti con gruppi di fornitori di prestazioni piuttosto che con singoli fornitori.

L'aumento della partecipazione ai costi nella forma ordinaria dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la possibilità, già esistente, di ridurla nelle forme particolari d'assicurazione sono ulteriori incentivi per le persone assicurate, specialmente per i malati cronici, ad affiliarsi a modelli alternativi. I malati cronici fruirebbero così di una franchigia più bassa e, inoltre, di un'assistenza coordinata e quindi qualitativamente migliore. L'affiliazione a questi modelli da parte di assicurati che generano costi elevati è da ritenere un fatto positivo, poiché è proprio nel loro caso che il coordinamento della catena terapeutica permette di conseguire i risparmi più cospicui. Mantenendo la compensazione dei rischi si garantisce che le condizioni quadro per l'offerta di forme particolari d'assicurazione non peggioreranno: lo scopo della compensazione dei rischi è di rendere inefficaci eventuali strategie di selezione dei rischi e di compensare adeguatamente le differenze esistenti tra le comunità di rischi dei singoli assicuratori. Affinché gli assicuratori offrano anche modelli destinati ai malati cronici, e non solo modelli di risparmio sui premi per «buoni» rischi, è assolutamente indispensabile che la compensazione dei rischi sia mantenuta.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie

5.1.1 Ripercussioni finanziarie per la Confederazione

Poiché alla Confederazione non vengono conferiti nuovi compiti, il fabbisogno supplementare di personale dovrebbe essere coperto dalle capacità già proposte nel messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687).

La possibilità di ripercussioni indirette sulle finanze federali è meramente teorica: se ne produrrebbero infatti soltanto se in seguito alla revisione di legge i premi calassero considerevolmente e i Cantoni riducessero di conseguenza lo sgravio degli assicurati di modeste condizioni economiche impiegando in misura minore i fondi stanziati dalla Confederazione per la riduzione dei premi.

5.1.2 Ripercussioni finanziarie per i Cantoni e i Comuni

Per i Cantoni il disegno avrebbe ripercussioni se la diffusione dei modelli managed care frenasse la crescita dei costi ed il fabbisogno di fondi per la riduzione dei premi crescesse quindi in misura minore di quanto non accadrebbe se i modelli managed care non si diffondessero.

5.2

Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie

Fondamentalmente la revisione di legge proposta non assegna alcun nuovo compito agli assicuratori. Eventuali ripercussioni dovrebbero quindi rientrare nei limiti consueti in caso di adeguamenti concernenti il settore dei fornitori di prestazioni o quello delle tariffe.

Già nel messaggio concernente la prima revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie il avevamo rilevato che l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ma anche l'assicurazione con bonus e l'assicurazione con franchigia annua opzionale, fossero strumenti efficaci per la riduzione dei costi dell'assicurazione malattie (FF 1999 691). Nella promozione di forme di assicurazione particolari come i modelli del medico di famiglia, gli HMO o le reti d'assistenza integrate, ravvisiamo uno strumento per il contenimento dei costi. Le prime esperienze fatte con i modelli del medico di famiglia indicano un potenziale di risparmio dei costi del 10–20 per cento circa (G. Mathis, F. Herren: *Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen*, Managed Care 1/1998, Neuhausen, p. 8 segg.).

Gli HMO con capitazione si basano già oggi sul principio della responsabilità budgetaria. Le ripercussioni finanziarie della diffusione di questi modelli possono quindi essere valutate mettendo a confronto i loro costi con quelli delle forme d'assicurazione tradizionali. La principale difficoltà di un confronto basato su dati svizzeri è costituita dall'esigua percentuale degli assicurati che hanno scelto un HMO con capitazione. Su scala nazionale questa percentuale è del 2 % scarso e comprende una quota superiore alla media di adulti giovani e presumibilmente in buona salute.

Le indicazioni e le esperienze raccolte permettono di concludere che i risparmi conseguiti sui costi grazie ai modelli HMO sono assai più consistenti di quelli ottenuti con i modelli del medico di famiglia. Nella sua dissertazione Hansjörg Lehmann giunge alla stessa conclusione: secondo i suoi calcoli, tolti gli effetti della selezione dei rischi, con i modelli HMO si risparmierebbe il 40 % dei costi, con quelli del medico di famiglia il 10 % (H. Lehmann: *Managed Care, Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?*, Zürich/Chur 2003, p. 145). Sulla base dei costi lordi medi pro capite sostenuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel 2002 (distinti secondo l'età degli assicurati e le diverse forme d'assicurazione), il confronto tra gli HMO con capitazione, i modelli del medico di famiglia senza capitazione e gli assicurati «normali» mostra che gli HMO con capitazione comportano costi nettamente inferiori rispetto ai modelli del medico di famiglia (cfr. allegato). Le differenze crescono in misura direttamente proporzionale all'età dei pazienti e all'aumento dei costi della salute. A livello nazionale, i costi degli HMO per assicurati giovani sono grossomodo uguali a quelli degli assicurati con franchigie elevate. Man mano che aumenta l'età degli assicurati, i costi degli HMO crescono in misura decisamente inferiore. È quindi presumibile che con la managed care si possano risparmiare costi specialmente nei casi onerosi.

Non è tuttavia certo che in caso d'introduzione su scala nazionale di questi modelli i risparmi sui costi possano raggiungere le percentuali citate sopra. In primo luogo, la stima del potenziale di risparmio sui costi è il risultato di un breve periodo sperimentale e non è quindi rappresentativa. In secondo luogo, è necessario considerare le circostanze particolari che hanno reso possibile questo risultato: da un lato, i medici

che hanno partecipato a questo modello rappresentano una selezione di fornitori di cure di base molto motivati che si assumono anche una parte della responsabilità economica; dall'altro, è presumibile che, da parte degli assicurati, si tratti piuttosto di una selezione dei rischi negativa. Per permettere di realizzare il potenziale di contenimento dei costi, un trasferimento di questi modelli all'intero sistema assicurativo renderebbe necessarie modifiche di comportamento sia da parte dei medici che da parte dei pazienti. Il dispendio necessario alla realizzazione dei modelli, inoltre, è notevole tanto dal punto di vista giuridico quanto da quello organizzativo. Dunque, non si può essere assolutamente certi che i buoni risultati finanziari ottenuti con i modelli con scelta limitata del fornitore di prestazioni possono essere del tutto confermati, per quanto riguarda l'efficienza dei costi e la qualità delle cure, in un sistema in cui i modelli managed care siano largamente diffusi: è infatti presumibile che i medici si ritrovino una gamma di pazienti qualitativamente diversa. Concludendo, si può affermare che finora dal punto di vista dei costi le forme assicurative managed care si sono dimostrate molto vantaggiose rispetto all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie. Sebbene una certa parte dei risparmi sia dovuta alla selezione dei rischi, i vantaggi in materia di costi rimangono consistenti specialmente nei modelli HMO – fatto riconducibile all'innovazione che questi ultimi rappresentano e al cambiamento degli incentivi economici.

5.3 Ripercussioni economiche

I dati attualmente disponibili documentano il potenziale di risparmio sui costi insito nei modelli managed care. I modelli managed care incentivano sia i fornitori di prestazioni che gli assicurati ad un comportamento consapevole ed attento ai costi, cioè a coordinare le cure e ad evitare di richiedere, rispettivamente fornire, prestazioni superflue. Se lo strumento proposto avrà il successo auspicato, la diffusione dei modelli managed care porterà ad un guadagno in efficienza dell'intera società: rinunciando a prestazioni superflue e sfruttando maggiormente le possibili sinergie si otterranno infatti gli stessi risultati quanto allo stato di salute degli assicurati e si potranno quindi destinare mezzi finanziari ad altri scopi.

La diffusione dei modelli managed care comporterà probabilmente mutamenti del mercato del lavoro sia dal punto di vista quantitativo che da quello qualitativo. Infatti, se da una parte i medici dovranno soddisfare nuove esigenze in relazione alla capacità di lavorare in gruppo e di collaborare, dall'altra la maggiore efficienza auspicata dovrebbe implicare la riduzione del numero di medici necessari al raggiungimento di un determinato risultato. La soppressione dell'obbligo di contrarre favorirebbe questi sviluppi.

La misura in cui gli incentivi insiti nei modelli managed care potranno esplicare i loro effetti sarà determinata dalla diffusione e dalla struttura dei modelli stessi. Un ruolo fondamentale sarà rivestito dal disciplinamento della responsabilità budgetaria.

6

Programma di legislatura

Il disegno è annunciato nel rapporto del 25 febbraio 2004 sul programma di legislatura 2003-2007 e figura tra gli obiettivi delle linee guida (FF 2004 996).

7

Rapporto con il diritto europeo

7.1

Disposizioni della Comunità europea

L'articolo 2 del Trattato che istituisce la Comunità europea (CE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità è disciplinata nell'articolo 39 del Trattato CE. Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come iscritto nell'articolo 42 del Trattato CE. Il diritto comunitario non persegue un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale: gli Stati membri possono continuare a determinare la concezione, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei propri sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale è disciplinato dal regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e dal regolamento n. 574/72 che stabilisce le relative modalità di applicazione (codificato dal regolamento del Consiglio n. 118/97; GU n. L 28 del 30.01.1997, pag. 1; modificato l'ultima volta dal regolamento del Consiglio n. 859/2003, GU n. L 124 del 20.05.2003, pag. 1). 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. Questo sistema può funzionare solo se tutte le Parti contraenti applicano le stesse regole.

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.

7.2

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

8.2

Delega di competenze legislative

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

Disposizioni su riduzioni dei premi e rimborsi (articolo 62 capoverso 3).

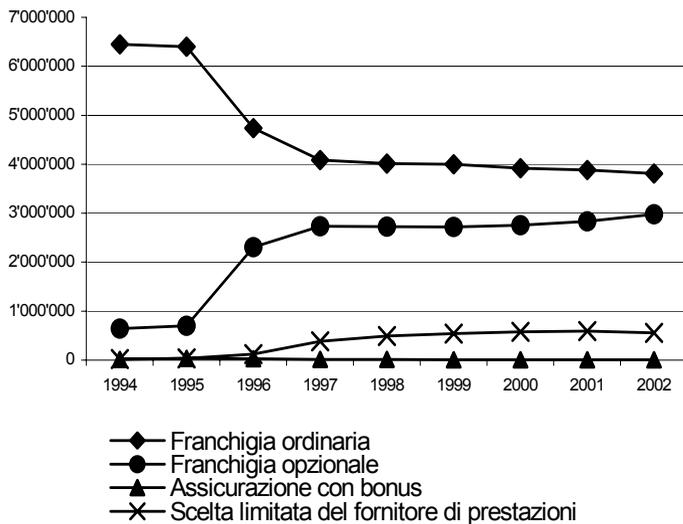
T 1.05 Effettivo degli assicurati al 31.12 secondo la forma d'assicurazione a partire dal 1994

Anno	Franchigia annua ordinaria	Parte sul totale	Franchigia annua opzionale	Parte sul totale	Assicurazione con bonus	Parte sul totale	Scelta limitata (p. ex. FMO)	Parte sul totale	Aumento	Totale	Variazione per rapporto all'anno precedente
1994	6 447 562	90,41 %	643 991	9,03 %	15 298	0,21%	24 802	0,35 %	100,0 %	7 131 653	1,1 %
1995	6 399 482	89,30 %	698 747	9,75 %	32 705	0,46%	35 383	0,49 %	42,7 %	7 166 317	0,5 %
1996	4 739 640	65,88 %	2 305 688	32,05 %	27 828	0,39%	121 598	1,69 %	243,7 %	7 194 754	0,4 %
1997	4 083 854	56,60 %	2 736 364	37,93 %	11 494	0,16%	383 093	5,31 %	215,0 %	7 214 805	0,3 %
1998	4 016 267	55,41 %	2 726 468	37,61 %	11 828	0,16%	494 040	6,82 %	29,0 %	7 248 603	0,5 %
1999	3 998 744	55,03 %	2 715 642	37,37 %	10 258	0,14%	541 890	7,46 %	9,7 %	7 266 534	0,2 %
2000	3 921 920	53,96 %	2 758 539	37,95 %	9 811	0,13%	577 841	7,95 %	6,6 %	7 268 111	0,0 %
2001	3 882 191	53,03 %	2 833 816	38,71 %	9 341	0,13%	595 939	8,14 %	3,1 %	7 321 287	0,7 %
2002	3 812 675	51,81 %	2 980 820	40,50 %	8 835	0,12%	557 035	7,57 %	-6,5 %	7 359 365	0,5 %

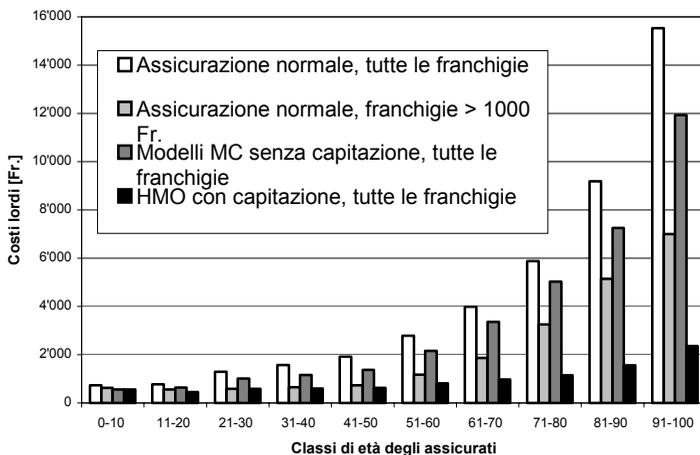
Stato al 20.10.03

Fonte: T 1.06

Effettivo degli assicurati secondo il modello d'assicurazione



Costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche-sanitarie per assicurato, Svizzera 2002



Costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche-sanitarie per assicurato secondo le classi di età per diverse forme d'assicurazione per tutta la Svizzera nell'anno 2002. La parte degli assicurati in HMO con capitazione è del 1,9 %.

