



**Documentazione relativa alla  
nuova legge sull'assicurazione  
malattia**

**Berna, 5 settembre 1994**

**Gruppo di lavoro del DFI "Nuova legge sull'assicurazione malattia"**

---

## Indice

- A Le 5 innovazioni più importanti nella nuova legge sull'assicurazione malattia
- B Argumentarium in breve
- C Argumentarium dettagliato: 45 domande - 45 risposte relative alla nuova legge sull'assicurazione malattia
- D Rapport complémentaire: Réductions individuelles des primes

### Allegati:

- Allegato 1: Revisione della LAMI: una storia sofferta
- Allegato 2: Modello di esposto
- Allegato 3: Breve esposto

### Esposti:

- La Consigliera federale Ruth Dreifuss
- Walter Seiler, direttore dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali
- Markus Moser, vicedirettore, capo della divisione principale dell'assicurazione malattia e infortuni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali
- Claude Voegeli, capo della divisione assicurazione malattia dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

**Informazioni:** Markus Moser, capo della divisione principale dell'assicurazione malattia e infortuni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (d),  
tel.: 031/322 90 04

Claude Voegeli, capo della divisione assicurazione malattia dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (f), tel.: 031/322 91 44

Alfred Flessenkämper, capo della sezione economia sanitaria dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (d/f),  
tel.: 031/322 90 17

Claudine Marcuard, aggiunta scientifica, divisione principale dell'assicurazione malattia e infortuni, dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (i), tel.: 031/322 90 17

Ulteriori esemplari della documentazione possono essere richiesti a:

Monika Bill, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Effingerstrasse 33, 3003 Berna, tel.: 031/322 91 87 (mattino)

## A Le 5 innovazioni più importanti nella nuova legge sull'assicurazione malattia (LAMa)

### 1. Libera scelta della cassa

Gli assicurati possono cambiare assicurazione in qualsiasi momento, anche in età avanzata, senza subire pregiudizi. La condizione che va adempita è l'obbligo d'assicurazione previsto nella nuova legge, il quale ristabilisce anche la solidarietà tra giovani e anziani e tra persone sane e malate, elemento indispensabile per un'assicurazione sociale contro le malattie.

### 2. Assicurazione di base completa

La nuova legge separa l'assicurazione di base obbligatoria con una protezione assicurativa completa dall'assicurazione complementare facoltativa. Essa colma lacune esistenti nell'assicurazione di base che, finora, dovevano essere coperte con assicurazioni complementari private.

- I costi per le prestazioni spitex, ossia per le cure medico-sanitarie a domicilio, sono assunti in maggior misura dalla cassa malati.
- L'obbligo per l'assicurazione malattia di fornire prestazioni in caso di degenza in ospedale non è più limitato nel tempo.
- L'assicurazione malattia comprende anche il finanziamento di misure di prevenzione.
- L'assicurazione malattia assume prestazioni nell'ambito della medicina complementare.
- Nella LAMa, le persone che non esercitano un'attività lucrativa (ad esempio i beneficiari di rendite, le casalinghe e i figli) sono parimenti assicurati contro gli infortuni.

### 3. Contenimento dei costi con una maggiore concorrenza

La LAMa permette per la prima volta una vera e propria concorrenza tra le assicurazioni malattia e tra i fornitori di prestazioni (medici e ospedali). La situazione concorrenziale contiene l'aumento dei costi in modo efficace permettendo alle casse malati di concludere convenzioni tariffarie vantaggiose.

**4. Riduzioni dei premi mirate**

Finora la maggior parte degli assicurati, indipendentemente dal loro reddito, traeva vantaggio dai sussidi federali. La LAMal permette di ridurre i premi delle casse malati in modo puntuale per le persone e per le famiglie con reddito modesto. Pertanto, il contributo dei poteri pubblici è impiegato in modo sensato per le persone che sono veramente nel bisogno.

**5. Uguaglianza di trattamento tra uomini e donne**

La LAMal impone l'uguaglianza di trattamento per le donne nell'assicurazione malattia. Esse non dovranno più pagare premi più elevati rispetto agli uomini per l'assicurazione di base.

## **B** Argumentarium in breve: Perché una nuova legge sull'assicurazione malattia?

La legge sull'assicurazione malattia attualmente in vigore data dal 1911. Essa non è più in grado di risolvere i problemi attuali relativi all'assicurazione malattia:

- L'aumento dei costi superiore alla media costituisce un onere per i bilanci privati e pubblici. Un numero sempre più elevato di cittadini, in particolare di famiglie con figli e di persone meno abbienti, non si possono quasi più permettere di pagare i premi dell'assicurazione malattia.
- Gli elevati aumenti dei costi e la mancanza del libero passaggio causano una desolidarizzazione nell'assicurazione malattia.
- L'attuale assicurazione di base presenta lacune che possono avere conseguenze disastrose, ad esempio per gli anziani e per i malati cronici.

In seguito alla situazione straordinaria, nel 1991 il Consiglio federale e il Parlamento hanno introdotto il diritto d'urgenza. Quest'ultimo ha tuttavia una durata limitata e, contrariamente alla nuova legge sull'assicurazione malattia, non è in grado di combattere le cause dei problemi attuali.

Le tre direzioni principali della nuova legge sull'assicurazione malattia:

- Essa colma le lacune esistenti nell'assicurazione di base e garantisce un'assistenza medica di alto livello, ma sopportabile per tutti.
- Essa contiene l'aumento dei costi con una maggiore concorrenza.
- Essa colma le lacune relative alla solidarietà con riduzioni di premi mirate e con una ripartizione più equa dell'onere dei premi.

## **Vantaggi della nuova legge sull'assicurazione malattia**

### **Conforme al mercato e sociale**

La LAMal permette una maggiore concorrenza e un rafforzamento della solidarietà, secondo il principio: concorrenza per quanto possibile, solidarietà per quanto necessario.

### **Liberale**

Gli assicurati sono liberi di scegliere la cassa malati e la forma di assicurazione; rimane garantita la libertà di scelta del medico e dell'ospedale. L'autonomia delle casse malati rimane intatta, ma esse sono esposte a una concorrenza di mercato più forte.

### **Medicina di qualità per tutti**

D'ora innanzi, l'assicurazione di base è completa. L'obbligo d'assicurazione, insieme con la libertà di cambiare cassa, garantisce a tutti i cittadini l'accesso a un'assistenza medica di alto livello a prezzi sopportabili.

### **Rapporto prezzo/prestazione equilibrato**

La nuova e leale concorrenza tra i fornitori di prestazioni (medici e ospedali) contiene l'aumento dei costi e promuove un rapporto prezzo/prestazione vantaggioso.

### **Maggiore responsabilità per gli assicurati**

Gli assicurati possono stabilire essenzialmente di persona i costi per l'assicurazione malattia e per le cure medico-sanitarie agendo in modo responsabile e scegliendo liberamente la forma di assicurazione.

### **Solidarietà ristabilita**

Il premio unico per cassa pone fine all'attuale pregiudizio subito dalle persone di una certa età e dagli anziani e promuove la solidarietà tra giovani e anziani. La riduzione dei premi mirata per le persone meno abbienti garantisce la solidarietà tra ricchi e poveri.

### **Principio del federalismo quale quadro d'azione**

L'autodecisione dei cantoni nell'ambito della sanità pubblica è mantenuta. Essi sono interamente liberi di stabilire le riduzioni individuali dei premi secondo le proprie idee e i propri bisogni.

**C** Argumentarium dettagliato: 45 domande - 45 risposte  
relative alla nuova legge sull'assicurazione malattia

1. Osservazioni generali	p. 9
2. Contenimento dei costi	p. 23
3. Premi/riduzione dei premi	p. 42
4. Prestazioni	p. 61
5. Assicuratori	p. 75
6. Cantoni	p. 83

## Indici:

Elenco alfabetico delle parole chiave	p. 91
Elenco delle categorie interessate	p. 94
Registro della legge	p. 95



## 1. Osservazioni generali

### 1.1. La nuova legge sull'assicurazione malattia (LAMal) è realmente necessaria?

*Categorie interessate: tutte*

**Non possiamo risolvere i problemi attuali dell'assicurazione malattia - esplosione dei costi, desolidarizzazione - con una legge che ha quasi cent'anni.**

- In base all'esperienza, possiamo dire già ora cosa ci aspetterebbe se mantenessimo in vigore la legge attuale: un aumento annuale dei costi che supera ampiamente l'evoluzione dei prezzi e degli stipendi!

Evoluzione degli stipendi 1966-1992	+5,8% / annuo
Evoluzione dei prezzi 1966-1992	+4,1% / annuo
Evoluzione delle spese sanitarie	
- Assicurazione di base incl. assicurazione complementare 1966-1992	+9,8 % / annuo
- Solo assicurazione di base 1985-1992 <sup>1</sup>	+7,0 % / annuo

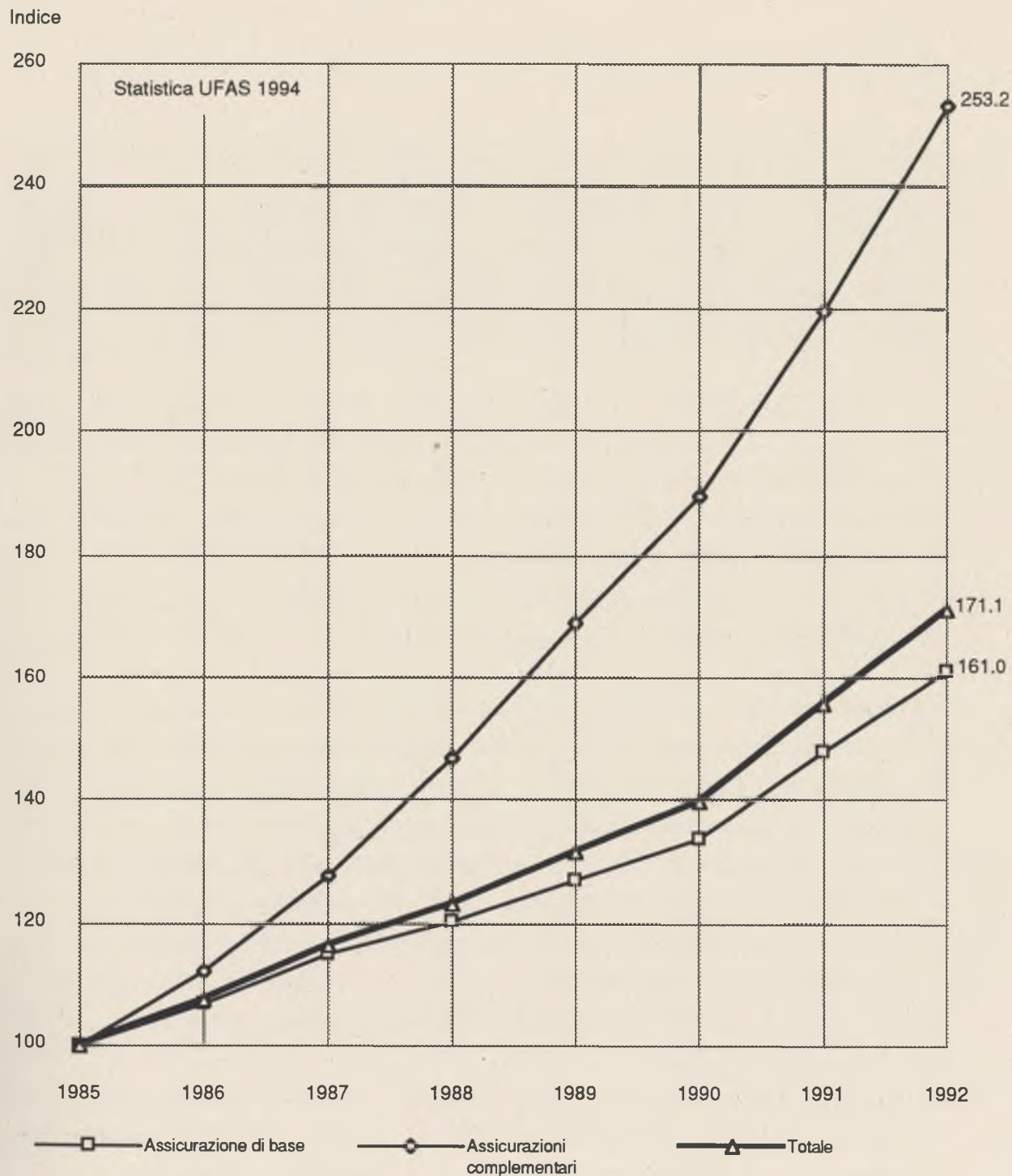
<sup>1</sup> disponibile separatamente solo dal 1985.

(cfr. grafico alla fine del testo)

- Con la legge attuale, che risale al 1911, per arginare i costi si può ricorrere unicamente al diritto d'emergenza e all'intervento statale. Se la nuova legge non fosse approvata, saremmo costretti a continuare su questa via.
- Con la nuova legge, invece, potrà essere abolito il diritto d'emergenza. Il libero passaggio totale costringerà le casse a sorvegliare più attentamente i costi, quale unico mezzo di mantenersi concorrenziali.

- 
- Le cosiddette casse a basso premio approfittano della vecchia legge. Oggi, infatti, solo gli assicurati giovani e sani possono cambiare cassa malati senza subirne gli svantaggi. Le casse a basso premio possono infatti raggruppare gli assicurati anziani in una categoria con premi assicurativi più alti ed avanzare riserve assicurative sulle malattie già presenti.
  - Tra i maggiori vantaggi introdotti dalla nuova legge vi è il libero passaggio: attualmente, le casse a basso premio cercano di assicurare presso di sé le persone giovani e sane (caccia ai buoni rischi) e lasciare gli anziani e i malati alle casse familiari, sempre più care.
  - Mancando nella legge attuale il libero passaggio integrale, la concorrenza tra le casse diventa sleale e non comporta una riduzione dei costi. Oggigiorno per le casse è più facile diminuire i premi sottraendo ai concorrenti i giovani assicurati (concorrenza sleale) anziché ottenere premi più convenienti con misure d'ordine imprenditoriale ed operando nella piena consapevolezza dei costi (concorrenza leale).
  - Chi ritenga che la legge attuale permetta di controllare l'evoluzione dei costi, o valuta erroneamente la situazione o vuole coscientemente distruggere l'ordinamento federalistico e liberale della nostra sanità.

**Indici (1985=100) dei costi delle cure medico-sanitarie delle casse malati per assicurato dal 1985  
Assicurazione di base e assicurazioni complementari**



Fonte: UFAS: Statistica sull'assicurazione malattia, Berna 1994, p. 20

## 1.2. La legge risale ad un periodo di alta congiuntura: è ancora adeguata alle condizioni quadro attuali?

*Categorie interessate: tutte*

**La nuova legge non è concepita né per l'alta né per la bassa congiuntura: è un progetto in cui, per la prima volta, si offrono a tutti gli assicurati prestazioni commensurate al bisogno.**

- La nuova legge non è concepita per i momenti di alta congiuntura, semmai, si potrebbe considerare una "legge per periodi di recessione": per la prima volta trionfa, infatti, il principio del "trattamento secondo il bisogno":
  - le agevolazioni nei premi sono regolate in base alle necessità e non secondo il "principio dell'annaffiatoio";
  - nella partecipazione alle spese di pensione in caso di ospedalizzazione si tiene conto della situazione sociale dei pazienti.
- Coloro che parlano di smantellamento delle prestazioni nella nuova legge non conoscono la situazione: si tratta unicamente di ripartire nuovamente e diversamente le spese. Attualmente, i costi delle prestazioni che non rientrano nell'assicurazione di base sono a carico delle assicurazioni complementari, dei pazienti stessi, o dell'aiuto sociale (cantonale o comunale). Grazie ad una buona assistenza di base, concepita in modo nuovo e senza lacune, le persone anziane e le persone malate non sono costrette a dare fondo ai propri risparmi o a ricorrere alle prestazioni sociali (nemmeno in caso di lunga malattia o di necessità di assistenza prolungata).
- La nuova legge crea una situazione concorrenziale nell'assicurazione sociale contro le malattie e tra le casse, stabilendo le regole del gioco necessarie a rivitalizzare le forze di mercato, atte sia a regolare i prezzi sia a favorire il rinnovamento.

### 1.3. La nuova legge è frutto di un compromesso. Significa forse che occorrerà cercare ben presto un'altra soluzione?

*Categorie interessate: tutte*

**La lunga e tribolata storia della revisione dell'assicurazione malattia, durata 25 anni, dimostra come non vi siano progressi senza compromessi.**

- Trattandosi di comporre gli interessi, in campo assicurativo le leggi sono sempre frutto di compromessi. Nel caso dell'assicurazione malattia, si tratta di comporre gli interessi di persone sane e di persone malate, di anziani e di giovani, di persone economicamente favorite e persone economicamente deboli, di coloro che offrono le prestazioni e di coloro che ne sopportano i costi.
- Occorre verificare la fondatezza e la solidità delle soluzioni trovate. Nel caso della LAMal possiamo esserne certi. I fondamenti della nuova legge sono migliori di quelli della precedente. La legge vigente si mantiene più o meno solo grazie all'applicazione del diritto d'emergenza; è come una casa vecchia e cadente che occorre riparare in continuazione. Sul momento questo sistema può sembrare meno caro di una ristrutturazione totale. Visto in prospettiva, tuttavia, un risanamento completo si rivela più conveniente. Con la LAMal scegliamo appunto questa via. Col trascorrere del tempo, naturalmente, anche una casa completamente ristrutturata necessita di alcuni lavori di mantenimento. Ciò nonostante la LAMal costituirà sicuramente la struttura portante dell'assicurazione malattia dei prossimi decenni.
- Senza compromessi non è realizzabile nessuna nuova legge, né si possono risolvere i problemi più urgenti. La storia dei tentativi di riforma falliti ne è una chiara prova (cfr. allegato 1). Di fronte all'evoluzione delle spese sanitarie e alla desolidarizzazione, la nuova legge è l'unica alternativa al diritto d'emergenza che sia immediatamente attuabile e in grado di rimuovere gli abusi.

#### 1.4. Ci sono alternative alla LAMal? E' ancora pendente l'iniziativa popolare del PSS "Per una sana assicurazione malattie".

*Categorie interessate: tutte*

**A livello di legge, non vi sono valide alternative alla revisione della LAMI.**

- **Unica alternativa concreta** alla nuova legge sull'assicurazione malattia è l'iniziativa "Per una sana assicurazione malattie". L'iniziativa chiede l'introduzione dell'assicurazione malattia obbligatoria per tutta la popolazione e dell'assicurazione indennità giornaliera per tutti i lavoratori e le lavoratrici dipendenti. **Nel caso in cui l'iniziativa fosse approvata occorrerebbe ancora elaborare la relativa legge.**
- Il finanziamento sarebbe assicurato soprattutto con un'ulteriore percentuale sullo stipendio. Analogamente all'AVS, la metà dei contributi dei lavoratori dipendenti andrebbe a carico del datore di lavoro. Tutta la popolazione sarebbe tenuta a pagare i contributi, comprese le persone che non esercitano alcuna attività lucrativa, quali i pensionati e le donne sposate senza attività lucrativa. Farebbero eccezione unicamente i giovani al di sotto dei vent'anni.
- L'iniziativa offre alcuni vantaggi, tra cui il rafforzamento della solidarietà all'interno dell'assicurazione malattia. Presenta, tuttavia, anche diversi svantaggi: il sistema di finanziamento previsto (aumentando la somma dei salari, aumentano automaticamente le entrate costituite dai contributi) non tiene sufficientemente conto del necessario contenimento dei costi. In un sistema di questo tipo, le casse malati non hanno motivo di risparmiare sulle spese, né sono stimolate a provare modelli assicurativi alternativi (quali le casse di salute, il sistema del medico di famiglia, ecc.) L'iniziativa metterebbe in questione l'intero sistema assicurativo contro la malattia, ora in vigore, e indebolirebbe la posizione delle casse malati e dei cantoni.

- 
- I costi dell'assicurazione malattia per l'anno 1996 sono valutati, secondo la nuova legge, attorno ai 18 miliardi di franchi. La **partecipazione della Confederazione ai costi** si aggirerebbe sui 4,5 miliardi di franchi, pari a un quarto della spesa. Con i premi e la partecipazione ai costi, gli assicurati (compresi i datori di lavoro) contribuirebbero con 13,5 miliardi.
  - Sotto questo aspetto, la LAMal, colmando le lacune esistenti, risponde agli interessi dell'iniziativa (dovere di prestazione illimitato in ospedale, prestazioni di cura extraospedaliera, copertura di alcune misure di prevenzione).



### 1.5. Non potremmo continuare per ancora due o tre anni col diritto d'emergenza ed elaborare nel frattempo una legge migliore?

*Categorie interessate: tutte*

**Con le idee e le concezioni di un unico gruppo di interessi non si potrà mai giungere al compromesso nel campo dell'assicurazione malattia.**

- La storia dei tentativi falliti di riforma dell'assicurazione malattia (allegato 1) mostra come sia impossibile ottenere sia in un anno, sia in cinque, una legge migliore di cui tutti siano pienamente soddisfatti.
- La discussione sulla riforma delle casse malati iniziò già all'entrata in vigore della legge, nel 1911. Da oltre 25 anni si preparano intensamente riforme che finora non hanno avuto successo. Nel 1969, il Consiglio federale istituì una commissione peritale per la "riforma della cassa malati". Un anno più tardi fu inoltrata un'iniziativa popolare del Partito socialista svizzero "Per l'istituzione di un'assicurazione sociale contro le malattie". L'iniziativa chiedeva che fosse introdotta un'assicurazione malattia obbligatoria finanziata con una percentuale dello stipendio, analogamente all'iniziativa allora ancora pendente. Nel 1974 il Popolo e i Cantoni respinsero sia l'iniziativa popolare sia la controproposta del Parlamento che prevedeva di finanziare le cure ospedaliere e le cure a domicilio con una percentuale dello stipendio. Affinché il Parlamento varasse il cosiddetto programma d'emergenza per la revisione parziale dell'assicurazione malattia occorsero 13 anni. Il popolo tuttavia lo respinse di nuovo, probabilmente perché congiunto ad una proposta di assicurazione maternità. Nel 1992 il Popolo e i Cantoni hanno respinto anche un'iniziativa delle casse malati che mirava a mantenere in vita la legge attuale con un aumento delle sovvenzioni secondo "il principio dell'annaffiatoio". Per varare la nuova legge, al Parlamento sono occorsi sette anni dal rifiuto della revisione della legge, nel 1987.

Breve schema dei tentativi di riforma :

<b>Oggetto</b>	<b>Tempo di preparazione</b>	<b>Votazione popolare</b>
- Iniziativa popolare "per l'istituzione di un'assicurazione sociale contro le malattie" con la controproposta del Consiglio federale	<b>5 anni (1969-74)</b>	respinta
- LAMI del 20 marzo 1987	<b>13 anni (1974-87)</b>	respinta
- LAMal del 18 marzo 1994	<b>7 anni (1987-94)</b>	?

### 1.6. Perché proprio la cassa malati "Artisana" impugna il referendum? Cosa teme dalla nuova legge sull'assicurazione malattia?

*Categorie interessate: tutte*

**La cassa malati "Artisana" approfitta delle lacune della legge vigente.**

- L'Artisana è riuscita a costituirsi una clientela con una **struttura d'età conveniente**, grazie ad una strategia di mercato aggressiva ed al fatto di essere una cassa a basso premio. Ora l'Artisana teme una concorrenza leale: con la compensazione dei rischi prevista dalla nuova legge, infatti, il vantaggio concorrenziale risiederà nel miglioramento delle prestazioni e non nella struttura dell'età.
- Chi annunci di volere rivelare i propri progetti solo il giorno seguente al rifiuto della legge, dimostra di non tenere in grande considerazione il corpo elettorale. E' possibile che Artisana voglia evitare che i cittadini siano informati con troppo anticipo e possano così notare che, seguendo i principi da lei propugnati, dovranno pagare più spesso di tasca propria, senza, in contraccambio, un miglioramento delle prestazioni.
- La visione di Artisana è nota, avendola essa resa pubblica nel 1991: gli assicurati anziani dovranno garantire il risanamento finanziario dell'assicurazione malattia. I premi dovrebbero essere graduati secondo l'età degli assicurati: un premio supplementare del 25 per cento per tutti gli assicurati con più di 40 anni e del 50 per cento per coloro che hanno più di 55 anni. Si tratta di aumenti esosi, se si pensa che non corrispondono ad alcun miglioramento delle prestazioni.

### 1.7. La nuova legge è il primo passo verso la medicina di Stato?

*Categorie interessate: tutte*

**La legge vigente ci costringerebbe ad introdurre la medicina di Stato da cui la nuova legge, invece, ci protegge.**

- E' vero il contrario. La nuova legge, che include tutta la popolazione in una assicurazione di base obbligatoria, **garantisce, nel contempo, un grande spazio libero a tutte le parti in causa.**
- Secondo la nuova legge, gli assicurati possono scegliere liberamente presso chi assicurarsi e, contrariamente a quanto avviene oggi, possono effettivamente esercitare questo diritto. In futuro, infatti, per affiliarsi ad un'assicurazione non vi saranno più limiti d'età, né riserve sulla salute o scaglionamento dei premi secondo l'età. Si apre quindi la strada alla concorrenza leale tra le diverse assicurazioni e non vi sarà più motivo di "dare la caccia ai buoni rischi", come accade oggi. Non solo le casse malattia saranno concorrenti, **ma anche gli assicuratori privati.** Si può parlare di un primo passo verso la medicina di Stato? Non ci sembra.
- La nuova legge rafforza la libertà contrattuale dei partner tariffari ed apre espressamente la porta alla molteplicità contrattuale. I partner tariffari possono scegliere tra le singole prestazioni, la tariffa temporale, o quella forfettaria (cfr. esempi alla fine del testo). Possono inoltre concordare altri tipi di tariffa, quali, ad esempio, il budget globale prospettico. Inoltre, hanno la libertà di proporre forme assicurative alternative, quali le casse della salute (HMO), il sistema basato sul medico di famiglia, le assicurazioni con bonus o quelle con una maggiore partecipazione ai costi. Colonna portante della libertà contrattuale in ambito tariffario è la **chiara proibizione di costituire cartelli.** Sono forse queste le caratteristiche della medicina di stato? Sicuramente no.

- La nuova legge preserva la **libertà di terapia del corpo medico**; si basa infatti sul principio della fiducia, ritenendo che i medici esercitino la loro professione in modo efficace, mirato ed economico. Solo nel caso in cui sussistessero dubbi, la legge porrebbe restrizioni, a difesa del paziente e di una gestione delle finanze delle casse malati, secondo il principio dell'economicità. L'impostazione non è certo quella della medicina statalizzata. L'accento, piuttosto, è posto sul senso di responsabilità e sull'autonomia dei medici.

### Esempi di diversi sistemi di tariffazione:

#### A. Calcolo delle singole prestazioni nel cantone X

Esempio 1:	<p>Consulto semplice: 11 punti            Valore del punto per le prestazioni mediche: fr. 2.20            Onorario del fornitore di prestazioni per un consulto semplice:  <math>11 \times \text{fr. } 2.20 = 24.20</math></p> <p>Entrata se il fornitore di prestazioni esegue cinque consulti in un'ora: <math>5 \times 24.20 = \text{fr. } 121.-</math></p>
Esempio 2:	<p>Trattamenti MRI (ca. 1 ora) parte della colonna vertebrale: 156 punti</p> <p>Valore del punto per i trattamenti MRI: fr. 3.50            Onorario del fornitore di prestazioni: <math>156 \times 3.50 = \text{fr. } 546.-</math></p>
<p><b>Effetti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffazione corretta se è fissata correttamente la struttura.</li> <li>• Pericolo di fornire prestazioni supplementari in quanto comportano maggiori entrate al fornitore di prestazioni.</li> <li>• Il sistema non limita in alcun modo il numero delle prestazioni possibili.</li> </ul>	

**B. Tariffazione temporale nel cantone Y**

Onorario all'ora: fr. 100.-

Non vi sono incentivi a fornire prestazioni supplementari poiché il fornitore di prestazioni è indennizzato indipendentemente dal numero di pazienti trattati in un determinato lasso di tempo e dal numero di prestazioni fornite loro.

**C. Indennità forfettaria nel cantone Z**

Esempio 1: Budget globale

Budget complessivo per gli ospedali: fr. 60 mio.

- Budget per le cliniche somatiche: fr. 50 mio

- Budget per le cliniche psichiatriche: fr. 10 mio.

Budget dell'ospedale A (somatico): fr. 10 mio.

Uscite dell'ospedale A: fr. 9. mio. (guadagno: fr. 1 mio. a favore dell'ospedale A)

Budget dell'ospedale B: fr. 10 mio.

Uscite dell'ospedale B 11 mio. (perdite: fr. 1 mio. a carico dell'ospedale B)

**Effetti:**

- nessun incentivo a trattenere i pazienti all'ospedale oltre il necessario né a fornire prestazioni eccessive
- necessità di stabilire misure atte ad impedire la selezione dei pazienti e ad assicurare la qualità delle cure

Esempio 2: Forfait giornaliero dell'ospedale C

Forfait giornaliero completo dell'ospedale C: fr. 300.-

Numero dei giorni di cura del paziente NN: 7

Somma rimborsata dalla cassa malati per il paziente NN:

$7 \times 300.- = \text{fr. } 2100.-$

**Effetti:**

- Pericolo che sia prolungata oltre il necessario l'ospedalizzazione
- Più a lungo il paziente è ricoverato tanto più redditizio è il forfait giornaliero: il dispendio di mezzi per le cure ed il trattamento è infatti molto maggiore nella prima fase d'ospedalizzazione, mentre va via via decrescendo col procedere della cura.

## 2. Contenimento dei costi

## 2.1. Cosa offre la nuova legge per favorire il contenimento dei costi? Gli strumenti previsti sono spesso ritenuti troppo deboli

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni, ospedali, assicuratori, datori di lavoro*

**Con la nuova legge le grandi casse malati contano di risparmiare dall'8 al 10 per cento dei costi.**

La LAMal contempla un ampio ventaglio di condizioni quadro e di misure, il cui concorso dovrebbe garantire il contenimento dei prezzi. **E' data maggiore importanza alla responsabilità personale degli interessati e alla concorrenzialità;** inoltre, sono state rafforzate le disposizioni per il controllo delle tariffe e delle prestazioni. Nel caso in cui queste si rivelassero insufficienti, le autorità possono ricorrere ad un freno d'emergenza straordinario. La nuova legge mette a disposizione i seguenti provvedimenti

- **riguardanti i partner tariffari:**
  - proibizione di costituire cartelli;
  - molteplicità delle convenzioni tariffarie (convenzioni delle federazioni, convenzioni separate);
  - ampia libertà nell'elaborazione delle convenzioni tariffarie (tariffa per singola prestazione, tariffa temporale, tariffa forfettaria)
  
- **riguardanti gli assicurati:**
  - partecipazione degli assicurati ai costi di tutte le prestazioni tranne quelle inerenti la maternità;
  - possibilità di aumentare volontariamente la partecipazione alle spese in cambio della riduzione dei premi;
  - possibilità di scegliere un'assicurazione con premi con bonus;
  - possibilità di scegliere forme assicurative alternative la cui offerta di prestazioni abbia costi più convenienti;



- una fattura dettagliata e comprensibile in modo che l'assicurato possa verificare i conti;
  - libera scelta dell'assicuratore e libero passaggio integrale; l'assicurato deve potere scegliere a parità di prestazioni l'offerta che presenta premi più convenienti.
- **riguardanti i fornitori di prestazioni:**
- approvazione delle convenzioni tariffarie da parte dei governi cantonali (verifica dell'economicità delle tariffe in accordo con l'addetto alla sorveglianza dei prezzi, rifiuto dell'approvazione nel caso in cui le tariffe fossero scoperte);
  - possibilità di inoltrare ricorso sulle tariffe al Consiglio federale;
  - definizione delle tariffe delle analisi e dei medicinali da parte del Dipartimento (per l'elenco delle specialità da parte dell'UFAS);
  - rafforzamento della posizione del medico di fiducia (che può controllare se i singoli fornitori di prestazioni si attengono al principio dell'economicità);
  - nel caso di trattamento antieconomico, il risarcimento può essere negato o, se già effettuato, se ne può chiedere la restituzione;
  - ai fornitori di prestazioni che infrangano notoriamente la norma dell'economicità può essere ritirata l'autorizzazione a esercitare convenzioni con le casse malati.
- **nel caso di aumento straordinario delle spese:**
- se le disposizioni ordinarie per il contenimento dei costi non fossero applicate a sufficienza, le autorità preposte all'approvazione delle tariffe possono ordinare un blocco delle tariffe e dei prezzi limitato nel tempo. Nell'ambito delle cure stazionarie, le suddette autorità possono prevedere in ogni caso un budget globale.

**2.2. La Commissione anticartello ha avanzato proposte per rafforzare la concorrenzialità. Se ne tiene conto nella LAMal? In che modo esse sono in grado di costringere al risparmio lobby potenti quali quella dei medici e degli altri fornitori di prestazioni?**

*Categorie interessate: fornitori di prestazioni, assicuratori*

*Norme della LAMal cui è fatto riferimento: art. 46 cpv. 1-3*

**La LAMal incoraggia la concorrenzialità in quanto, tra l'altro, proibisce espressamente accordi di cartello.**

- In base alle proposte della Commissione anticartello, ora si dichiara espressamente nella legge che gli accordi di cartello sono proibiti e annullati. In tal modo si ripristina la concorrenza.
- La nuova legge promuove la **molteplicità contrattuale** e la **libertà d'elaborazione** delle convenzioni tariffarie, affinché la concorrenza contribuisca al contenimento dei costi. Tuttavia questo meccanismo può funzionare solo con la partecipazione dei partner tariffari.
- Con la legge vigente, tramite accordi di cartello, i partner tariffari sono abituati a permettere solo le convenzioni tariffarie concluse a livello di federazione e vincolanti per tutti i membri della federazione (clausole d'esclusività). Ai singoli assicuratori e fornitori di prestazioni è proibito concludere accordi differenti (divieto di concludere convenzioni separate).
- Secondo un altro procedimento, inoltre, con la legge vigente, in una convenzione tariffaria i fornitori di prestazioni si impegnano a non accordarsi con nessun assicuratore su una tariffa inferiore, mentre gli assicuratori si impegnano a non concordare con nessun fornitore di prestazioni una tariffa più alta (clausola sui trattamenti di favore).

- Infine, con la legge attuale, fornitori di prestazioni e assicuratori possono accordarsi sulla rinuncia a concludere convenzioni tariffarie individuali. Dai disciplinamenti e dai diversi accordi deriva la possibilità di impedire, con facilità ed efficacia, la molteplicità contrattuale concessa e auspicata dalla legge nonché la concorrenzialità che ne dovrebbe risultare.
- Quanto sia efficace la concorrenzialità nella prassi dipende dal comportamento dei partner tariffari. Tuttavia, diversi elementi possono concorrere al rafforzamento della concorrenzialità rispetto ad oggi. Punto essenziale è la libertà di passaggio di tutti gli assicurati. Si vuole in tal modo garantire ad ogni assicurato la possibilità di scegliere l'assicuratore che risponde meglio alle sue esigenze. Di conseguenza, gli assicuratori dovrebbero essere portati a stipulare convenzioni tariffarie meglio calcolate sotto il profilo economico aziendale, seppur accettabili dal punto di vista dell'economia pubblica, ed a fornire prestazioni a prezzi più convenienti.

### 2.3. A che scopo si introduce l'obbligatorietà? Fino ad ora il sistema funzionava anche su base volontaria.

*Categorie interessate: persone anziane, assicuratori, cantoni*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 3 e segg.*

**L'obbligatorietà è condizione essenziale di un'assicurazione malattia basata sulla solidarietà, sulla liberalità e sulla concorrenza leale.**

- I difetti dell'assicurazione malattia volontaria sono sempre più evidenti. Nell'assicurazione volontaria, infatti, sono espresse **riserve assicurative** sulle malattie già presenti al momento della stipulazione dell'assicurazione. Se si entra in una cassa malati in età avanzata si è costretti a pagare per tutta la vita un premio più alto di quello versato da coloro che si sono affiliati prima.
- Tale disciplinamento falsa oggi la concorrenza tra le diverse casse malati, permettendo solo agli assicurati giovani e sani di potere cambiare cassa malati senza svantaggi. La **concorrenza sleale** conduce ad una **desolidarizzazione** all'interno delle casse, raggruppando le persone giovani e sane nelle casse a basso premio, mentre quelle ammalate o anziane restano nelle casse di famiglia, cui versano premi sempre più elevati, poiché il loro costo è ovviamente più alto. Le casse familiari che non riescono più a sostenere la concorrenza sono costrette a sciogliersi. Il prezzo dello scioglimento è di nuovo a carico degli assicurati più anziani che, se possono affidarsi senza riserve ad una nuova cassa, sono comunque costretti a versare un premio maggiore di quello pagato da coloro che si sono affiliati da giovani. Nei casi estremi il premio può essere il doppio di quello richiesto agli assicurati di vecchia data. Solo l'obbligatorietà permette la piena solidarietà nell'assicurazione di base.

- Nelle casse malati si sta delineando un processo di concentrazione. Poiché le piccole casse si fondono con le grandi, in futuro, sempre più assicurati anziani soffriranno le conseguenze di un aumento dei premi immeritato. Già dopo i 45 anni d'età, dal punto di vista assicurativo la persona è considerata anziana e non è più accettata volentieri, soprattutto dalle casse a basso premio.
- **L'obbligatorietà ovvia alle mancanze attuali.** Infatti, sono abolite sia le riserve assicurative sia la graduazione dei premi secondo l'età d'entrata. In seguito, l'obbligatorietà renderà possibile eliminare il "sistema dell'annaffiatoio" nelle sovvenzioni federali che, elargite in modo mirato, potranno essere utili a chi ne ha realmente bisogno.
- L'obbligatorietà è il metodo più semplice e più efficace di stabilire sia un rapporto di solidarietà sia il libero passaggio integrale. Permette quindi di raggiungere i due scopi principali della revisione, che sono il rafforzamento della solidarietà e il contenimento dei costi. L'obbligatorietà è dunque il fondamento principale della nuova assicurazione malattia.
- Affidando l'applicazione del principio di obbligatorietà ad istituzioni già esistenti (autorità comunali), si riducono al minimo le spese amministrative. Poiché la categoria dei nuovi assicurati sarà costituita solo dai neonati e dalle persone appena immigrate in Svizzera, il dispendio è ridotto al minimo. Nessuna persona, una volta assicurata, può perdere l'assicurazione. Dai dati forniti dai direttori cantonali della sanità e delle finanze, nell'insieme, la nuova legge aumenta i costi amministrativi di circa 40 milioni di franchi (obbligatorietà, riduzione dei premi, ecc.). Tale cifra corrisponde solo allo 0,2 per cento del costo totale dell'assicurazione di base. Ne vale quindi la pena.

#### 2.4. Riguardo al libero passaggio integrale: chi garantisce che l'assicurato possa cambiare cassa malati senza subire perdite anche in età avanzata?

*Categorie interessate: anziani, assicurati*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 7*

**Con la supervisione delle casse malati, la Confederazione garantisce a tutti, indipendentemente dall'età, il libero passaggio integrale nell'ambito dell'assicurazione di base.**

- Le casse malati sono soggette alla sorveglianza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali che, con la legge vigente, non può impedire, tuttavia, che le casse esprimano riserve assicurative verso gli assicurati anziani e li inquadrino in una categoria che deve versare premi più alti. Dopo una certa età (ca. 45 anni) - o anche prima, in presenza di malattie - la cassa non può più essere cambiata. Le casse malati possono sfruttare la situazione, comportandosi nei confronti di questo tipo d'assicurati senza particolari riguardi.
- La nuova legge **garantisce il libero passaggio integrale**. Tale garanzia è valida, come tutta la legge, solo nell'ambito dell'assicurazione di base. Il libero passaggio integrale è fattibile solo con un pacchetto di prestazioni definito chiaramente, come quello previsto dalla nuova legge per l'assicurazione di base. Le assicurazioni complementari, invece, rispondono al bisogno di potere scegliere il modo più adeguato di completare l'assistenza fondamentale; a tale scopo, sono composte in modo estremamente vario. Il libero passaggio ha senso solo nell'assicurazione di base!

**2.5. Nella nuova legge si parla di economicità e di qualità delle prestazioni. In che modo saranno controllate e come si intende procedere?**

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni, assicuratori*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 56, 58*

**La nuova legge promuove prestazioni d'alta qualità fornite secondo criteri d'economicità.**

- La presa a carico delle prestazioni da parte di chi sostiene le spese avviene a condizione che il trattamento sia stato effettuato nell'interesse dell'assicurato e del successo della cura (principio d'economicità). Quanto non risponde a questo criterio non può essere messo a carico delle casse malati. Le persone assicurate possono controllare le fatture e rifiutare di pagare le prestazioni ingiustificate o chiederne il risarcimento. Il medico di fiducia, di cui è rafforzata la funzione con la nuova legge, può indubbiamente verificare la presa a carico dei costi delle prestazioni fornite. Inoltre, la nuova legge prevede che, nelle convenzioni, i partner tariffari si accordino su misure atte a garantire l'economicità dell'esecuzione delle prestazioni. La verifica dell'economicità non avviene al momento della presa a carico delle spese di una prestazione già fornita, bensì già durante la definizione del dovere di rimborso dell'assicuratore. Per potere essere incluse nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione di base, le prestazioni devono essere efficaci, mirate ed economiche. Esse sono quindi esaminate periodicamente, secondo i suddetti criteri.
- Le disposizioni sull'economicità sono completate dalle disposizioni sulla **salvaguardia della qualità**. Il Consiglio federale può incaricare della salvaguardia della qualità le associazioni professionali o altre istituzioni competenti. Sarà suo compito stabilire le norme che riguardano la qualità e i provvedimenti atti a garantirla. Possibili strumenti di salvaguardia della qualità sono, da un lato, i meccanismi basati su un incentivo (tariffe equilibrate per le prestazioni, rafforzamento della concorrenzialità, promozione dell'immagine di qualità), dall'altro, il controllo della qualità stessa. Con "salvaguardia della qualità" si intende la verifica della struttura,

dei procedimenti o dei risultati da parte di organi interni o esterni. I controlli di qualità presuppongono che, definiti le norme e gli standard, se ne accerti regolarmente il rispetto o le eventuali non osservanze. In dipendenza dei motivi delle eventuali irregolarità occorrerà eventualmente riflettere su alcune norme e, se necessario, modificarle.

- Si distinguono tre elementi atti a garantire la qualità. La **qualità della struttura** consiste nella creazione di condizioni quadro e concerne le risorse tecniche e umane. Citiamo quali esempi le esigenze di formazione da parte dei fornitori di prestazioni o l'attenersi alle norme nell'uso di apparecchiature tecniche. Con **qualità del procedimento** si intende il modo in cui è concepito il decorso del trattamento, l'insieme, cioè, delle attività che si svolgono tra fornitori di prestazioni, personale e pazienti. La **qualità del risultato** trova espressione nel cambiamento dello stato di salute del paziente.
- In Svizzera si possono constatare numerosi esempi di controllo di qualità:

Particolarmente incisive sono le misure atte a garantire la qualità nei laboratori. Per controllare la qualità dei risultati si procede ad esperimenti circolari. Esistono inoltre norme che stabiliscono la formazione permanente dei responsabili e del personale dei laboratori. Infine, le autorizzazioni di esercizio sono concesse solo per periodi limitati.

Anche negli ospedali sono diffuse le misure di controllo della qualità. Nelle cliniche chirurgiche possono consistere nel controllo interno del contagio degli abiti da lavoro del personale. Per quanto concerne la radiologia, citiamo i controlli delle radiografie effettuati dal responsabile del reparto tramite lavori analoghi. Paragoni esterni tra diversi ospedali forniscono inoltre conclusioni sulla qualità delle prestazioni fornite. Si può paragonare, ad esempio, la percentuale di infezioni riscontrata in operazioni analoghe, nei diversi centri ospedalieri. Altre misure esterne di controllo della qualità sono costituite dal controllo e dal paragone delle diagnosi radiologiche di un ospedale da parte di un gruppo di periti di radiologia.



**2.6. A cosa servono le limitazioni delle tariffe, i forfait, e le altre misure analoghe? I fornitori di prestazioni compenseranno facilmente la diminuzione delle entrate aumentando la quantità?**

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni, assicuratori*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 42 cpv. 3, 43, 49*

**Con nuovi meccanismi contrattuali, tariffari e di controllo, la LAMal si oppone ad un aumento quantitativo infondato.**

- Non ogni aumento quantitativo è da considerare nello stesso modo: si può infatti rivelare **fondato**, se dovuto all'evoluzione demografica (invecchiamento progressivo) o se è imputabile al progresso medico e tecnico. Questo tipo d'aumento quantitativo deve essere sempre possibile.
- Riguardo alla crescita quantitativa **ingiustificata** delle prestazioni, occorre precisare quanto segue: ovviamente, le misure di contenimento dei costi in ambito tariffario possono condurre i fornitori di prestazioni ad aumentare la quantità di queste ultime. Con la nuova legge, tuttavia, assicuratori e assicurati possono contrastare tale tendenza. Con la possibilità di scegliere il partner contrattuale, gli assicuratori hanno già la possibilità di stipulare convenzioni solo con coloro che propongono offerte convenienti sotto il profilo dei costi. Inoltre, nel caso in cui sospettino una crescita quantitativa infondata, possono riequilibrare la situazione privilegiando nuovi tipi di tariffa, quali, ad esempio, la tariffa temporale. Gli assicurati possono avere un ruolo più attivo scegliendo forme assicurative che premiano il contenimento dei costi (a scelta: franchigia annuale, sistema basato sul medico di famiglia, HMO). In tal modo si può ostacolare l'aumento quantitativo. La nuova legge contempla ulteriori provvedimenti applicabili ai fornitori di prestazioni che approfittino della situazione (controllo dei conti, paragone tra le diverse prassi, richiesta di risarcimento per le prestazioni ingiustificate).  
L'insieme di questi provvedimenti permette di sbarrare la strada all'aumento ingiustificato della quantità di prestazioni.

**2.7. Le pretese degli assicurati sono spesso addotte a motivo del continuo aumento dei costi in campo sanitario. La nuova legge può cambiare la situazione?**

*Categorie interessate: assicurati*

**Con vari provvedimenti, la LAMal promuove anche tra gli assicurati una sana consapevolezza dei costi.**

- La nuova legge interviene su un piano strettamente finanziario, mantenendo la partecipazione alle spese ambulatoriali al di là del pagamento di una franchigia, cui si aggiunge la partecipazione alle spese in caso d'ospedalizzazione e alle spese di soggiorno (quest'ultime in funzione della situazione familiare).
- Il modo in cui le persone affrontano la malattia o il rischio di malattia è individuale e irrazionale. Il comportamento è determinato da ragioni d'ordine culturale e dipende in gran parte dal livello d'informazione degli assicurati e dall'offerta di prestazioni a disposizione. La complessità dei fattori in gioco e i diversi piani su cui agiscono rende difficile alla legge esercitare la propria influenza.
- La nuova legge tende a responsabilizzare in misura maggiore i differenti partner e, in particolare, gli assicurati.  
Prescrive, infatti, che l'assicurato sia *informato del costo* del trattamento (trasmissione delle fatture dettagliate e comprensibili).
- Contempla, inoltre, la partecipazione dei *rappresentanti degli assicurati* ai negoziati tariffari a livello federale, dimostrando così l'importanza del ruolo attribuito a questi gruppi nell'ambito dell'informazione dei membri.

- Maggior importanza è conferita inoltre a uno dei compiti degli assicuratori, quello della promozione della salute, trasformando l'attività informativa generale, fino ad ora volontaria, in un dovere legale, e stanziando mezzi finanziari a tale scopo.
- Rimborsando una parte dei provvedimenti ordinati dal medico, sottolinea l'importanza della **prevenzione individuale**.
- Autorizzando forme d'assicurazione alternative (HMO, PPO<sup>1</sup>, assicurazione con bonus), evidenzia la preoccupazione di sviluppare *un rapporto differente verso le cure*, favorendo un certo controllo sui trattamenti somministrati.

---

<sup>1</sup> PPO = Preferred Provider Organisation = cassa con medici "preferiti" (dato che lavorano bene ed economicamente)

**2.8. Nella nuova legge si parla spesso di sconti sui premi nei modelli alternativi d'assicurazione. Cosa si intende esattamente? Poco tempo orsono l'Ufficio federale ha aumentato i premi HMO; in cosa consistono gli sconti nel caso particolare degli assicurati HMO, pagheranno in futuro un premio più conveniente di quello versato per l'assicurazione di base tradizionale?**

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni, casse*

*Norme della LAMal cui è fatto riferimento: art. 62*

**La LAMal permette differenti tipi d'assicurazione, ma mai a spese della comunità degli assicurati.**

- Dal 1990, il sistema attuale autorizza a titolo sperimentale il modello assicurativo HMO, con l'obbligo, per le casse che lo attuano, di collaborare ad uno studio scientifico di valutazione del modello stesso. La nuova legge continuerà ad autorizzare sia questo sistema sia quello del premio con bonus.
- I premi degli HMO sono più bassi. Il motivo è semplice: quando una persona sceglie questo tipo d'assicurazione deve ricorrere alle offerte proposte dalla cassa e è obbligata a consultare il medico convenzionato con la HMO. In questa particolare forma d'assicurazione, la rinuncia da parte dell'assicurato alla possibilità di decidere da chi voglia essere curato è compensata da un premio più basso di quello richiesto da un'assicurazione tradizionale e dalla soppressione della partecipazione ai costi.
- Diverse casse propongono questo tipo di convenzione in diverse zone del Paese (a Zurigo, Basilea, Winterthur, Lucerna e Ginevra). Il numero degli assicurati è di circa 18'200. Altri progetti sono annunciati o sono già a buon punto in Ticino e nel cantone di Vaud.
- Il sistema obbligatorio proposto presenta una caratteristica originale. Infatti, contrariamente a quanto avviene nella maggior parte dei paesi in cui vige l'assicurazione obbligatoria, il sistema svizzero non impone un unico tipo d'assicurazione, ma punta sulla molteplicità delle forme assicurative; agli assicurati possono essere proposte convenzioni diversificate e viene data loro la possibilità di scegliere quello che personalmente ritengono più conveniente.

## 2.9. Cosa ci si ripromette con il budget ospedaliero globale?

*Categorie interessate: assicurati, ospedali, cantoni*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 51*

**La salute non ha prezzo, ma ha un budget.**

- I cantoni possono introdurre il budget globale come strumento d'incentivazione finanziario ordinario. Il budget globale è un sistema in cui il finanziamento dipende dalle prestazioni fornite in passato e dalle necessità future. La logica di finanziamento, quindi, è modificata rispetto a quella dei finanziamenti usuali. Lo Stato, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni stabiliscono anticipatamente il budget globale: il finanziamento, quindi, non avviene a posteriori, in base alle singole prestazioni o ai giorni d'ospedalizzazione. Prima di tutto è stabilito il budget di un cantone o di una regione, quindi il budget globale è suddiviso tra i diversi ambiti di prestazione e, infine, tra i diversi fornitori di prestazioni (p. es. ospedali). La ripartizione avviene con l'accordo delle parti interessate, in base alla pianificazione ospedaliera cantonale, ai mandati di prestazione che ne derivano, ai fondamenti statistici e allo sviluppo delle altre prestazioni quadro. Avanzi e scoperti vanno a favore, risp. a carico, dei singoli fornitori di prestazioni.

**2.10. La pianificazione ospedaliera è solo una tigre di carta? La Confederazione si limita alle raccomandazioni, mentre i cantoni restano liberi di progettare ospedali (cari).**

*Categorie interessate: assicurati, ospedali, cantoni, casse*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 39 cpv. 1 lett. d*

**La LAMal premia la pianificazione ospedaliera mirata e ostacola in tal modo il sovraddimensionamento senza introdurre un "balivo federale" per le questioni ospedaliere.**

- La piena competenza dei cantoni in materia di pianificazione sanitaria, e quindi anche nella pianificazione ospedaliera, è inconfutabile. Gli ospedali avranno il permesso di praticare convenzioni con le casse malati solo se risponderanno alle esigenze di pianificazione di uno o più cantoni, nell'ambito di una previdenza ospedaliera commensurata alle necessità. Questo non significa, tuttavia, che le casse malati debbano pagare tutto quanto il cantone concede. Gli assicuratori, ad esempio, non devono risarcire i costi originati dal sovraddimensionamento. Nel caso in cui vi fossero divergenze sul fatto che un ospedale iscritto nella lista cantonale degli ospedali risponda realmente ad una pianificazione orientata sulle effettive necessità, l'eventuale ricorso sarà deciso dal Consiglio federale. L'assicurazione malattia, quindi, può influire indirettamente, ma sensibilmente, sulla pianificazione ospedaliera dei cantoni, concedendo o non concedendo l'autorizzazione.

**2.11. Con i decreti federali urgenti è stata introdotta negli ospedali una nuova partecipazione alle spese contenuta nella nuova legge. Nessuno è responsabile del fatto di dovere essere ricoverato all'ospedale. Ciò non è ingiusto?**

*Categorie interessate: assicurati*

*Norme LAMal cui è fatto riferimento: art. 64*

**La partecipazione alle spese promuove un atteggiamento meno consumistico verso le prestazioni mediche.**

- Con la partecipazione alle spese sanitarie si desidera **rendere gli assicurati più consapevoli del costo della salute** e arginare il consumo di prestazioni sanitarie eccessivo e ingiustificato dal punto di vista medico. Per questi motivi la nuova legge prevede, ad esempio, la partecipazione alle spese sia delle prestazioni ambulatoriali sia di quelle parzialmente stazionarie o stazionarie. Si creano in tal modo le stesse condizioni per tutti i fornitori di prestazioni. Se si escludesse il trattamento ospedaliero dalla partecipazione alle spese - come nel diritto vigente, prima dei decreti federali urgenti - vi sarebbe un incentivo ad ospedalizzare anche casi in cui il trattamento potrebbe avvenire ambulatoriamente o in modo parzialmente stazionario. Considerando che il ricovero ospedaliero comporta costi più elevati, si tratterebbe di un incentivo controproducente. La partecipazione degli assicurati ai costi delle prestazioni ospedaliere è quindi giustificata. Affinché la suddetta partecipazione non pesi troppo agli assicurati, l'ordinanza prevede un importo massimo annuale (nel diritto vigente 500.- franchi).

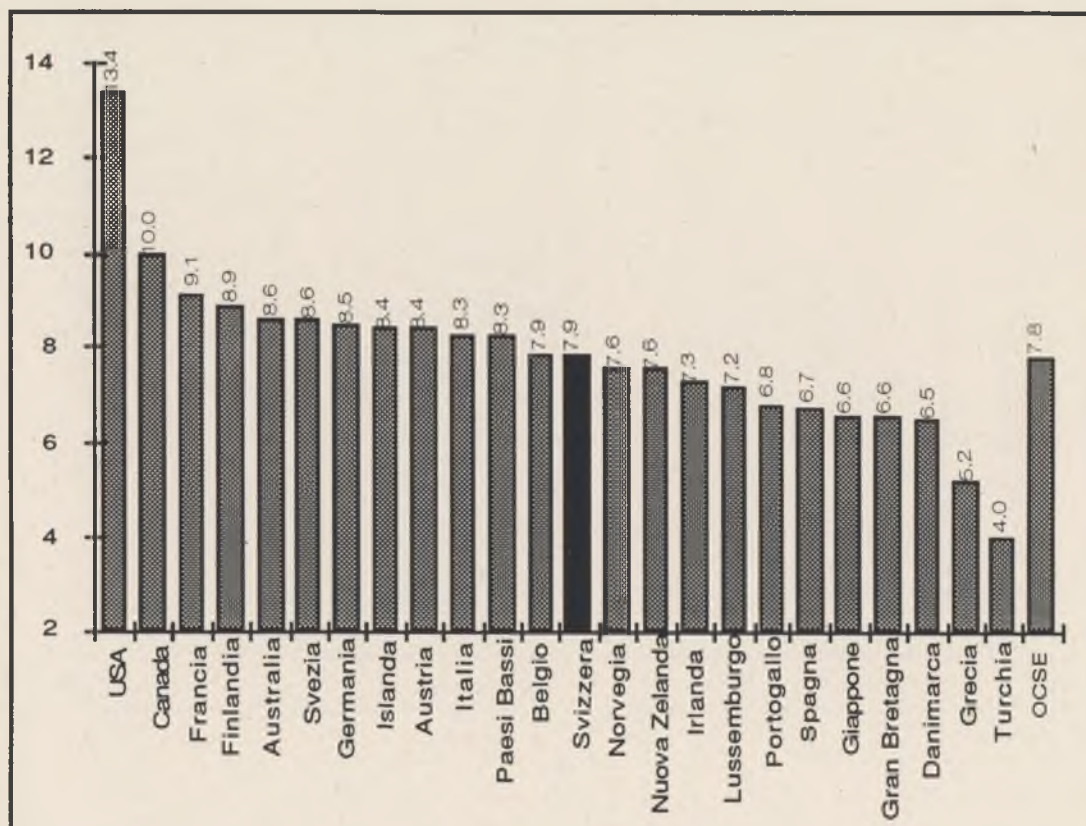
**2.12. In Svizzera, nel 1991, il costo della salute ammontava intorno ai 30 miliardi di franchi. Cosa rappresenta questa cifra rispetto al PIL e sul piano internazionale?**

*Categorie interessate: tutte*

**Nel raffronto internazionale del costo della salute, la Svizzera si situa al centro, nonostante lo standard alto.**

- Nel 1991, la spesa sanitaria in Svizzera è stata di ca. 30 miliardi di franchi. Paragonando la percentuale costituita dalle spese sanitarie rispetto al PIL di vari paesi, la Svizzera si situa leggermente al di sopra della media dell'OCSE (vedi grafico). Non è possibile avanzare un paragone della situazione internazionale nel 1996, poiché occorrerebbe conoscere le spese sanitarie e il prodotto interno lordo dei singoli paesi in quell'anno.

Spese sanitarie in percentuale rispetto al PIL (dati 1991):



Fonte: OCSE, Ultimi dati disponibili dell'OCSE

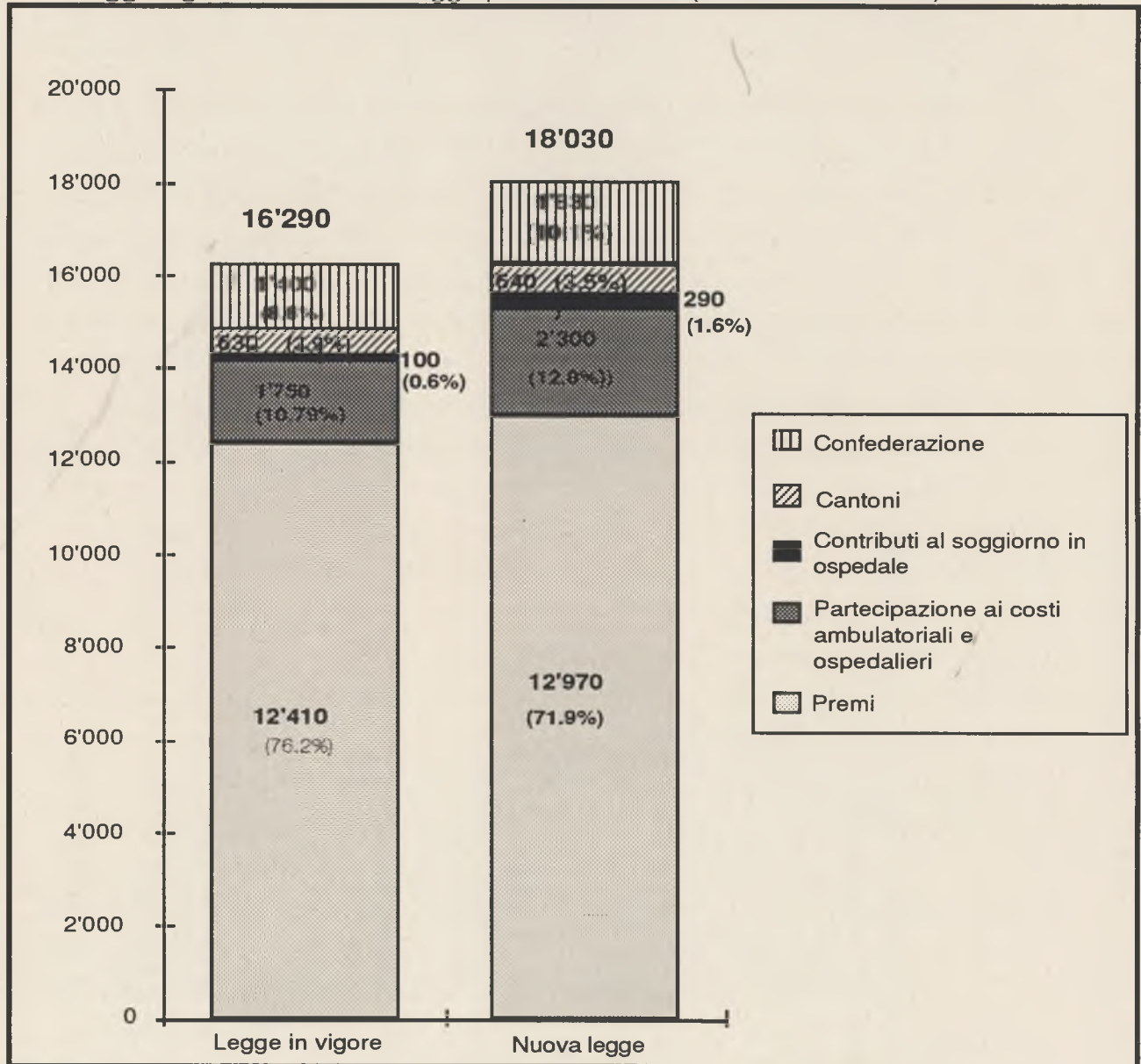


### 2.13. Chi finanzia la cassa malati oggi e chi lo farebbe con la nuova legge?

Categorie interessate: tutte

**Nell'ambito dell'offerta di prestazioni, quelle supplementari sono finanziate dal settore pubblico e dalla partecipazione ai costi degli assicurati.**

Finanziamento dell'assicurazione di base delle cure sanitarie. Paragone tra la legge vigente<sup>2</sup> e la nuova legge per l'anno 1996 (in milioni di franchi).



<sup>2</sup> Si è tenuto conto del diritto d'emergenza nella versione che entrerà in vigore l'1.1.94. La riduzione supplementare dei premi dovuta all'introduzione dell'imposta sul valore aggiunto prevista per il 1995 per persone la cui situazione economica è modesta (art. 8 cpv. 4 delle disposizioni transitorie della Costituzione federale) non è stata perciò considerata nei calcoli.

### 3. Premi / Riduzione dei premi

### 3.1. Perché la nuova legge mantiene ancora il sistema dei premio pro capite, che non è per niente sociale?

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 61*

**Grazie a riduzioni mirate e individuali, il premio pro capite è sopportabile anche per le economie domestiche più deboli dal profilo economico.**

- In un sistema basato su premi pro capite cui si aggiunge una componente sociale mediante riduzioni individuali dei premi, l'assicurazione può continuare ad essere praticata da casse malati autonome e indipendenti dallo Stato. Nel caso di un puro finanziamento fondato sulla fiscalità oppure sui contributi prelevati sul salario non sarebbero praticamente più possibili differenze di premi a seconda degli assicuratori o dei cantoni oppure sulla base di modelli di assicurazione alternativi. Non potrebbe esistere nessuna concorrenza tra le casse e, quale conseguenza, vi sarebbe la creazione di un istituto di assicurazione malattia nazionale – come l'INSAI nell'ambito dell'assicurazione infortuni. Solo un'organizzazione decentralizzata dell'assicurazione malattia rende possibile un'organizzazione decentralizzata della sanità pubblica.
- Un'organizzazione decentralizzata presenta molti vantaggi. La sanità pubblica si indirizza maggiormente verso i bisogni della popolazione. In questo modo il nesso tra le esigenze relative alla sanità e i costi diventa più chiaro per gli assicurati. Pertanto, la legge prevede anche la possibilità di graduare i premi a livello cantonale.
- Inoltre, non bisogna dimenticare che le prestazioni dell'assicurazione malattia sono "solo" finanziate, per ben il 70 per cento, dai premi individuali pro capite. Oltre ai sussidi per le riduzioni dei premi che, nel 1996, ammonteranno a 2471 milioni di franchi (Confederazione 1830 milioni, cantoni 641 milioni), una parte importante dei costi ospedalieri è finanziata dai cantoni – in particolare nell'ambito delle garanzie di deficit – e, di conseguenza, dalle entrate fiscali.

### 3.2. Perché la nuova legge introduce un premio unico?

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 61*

**Il premio unico costituisce la condizione centrale per una concorrenza dei prezzi nell'assicurazione di base.**

- Per quanto riguarda la copertura assicurativa, gli adulti affiliati presso lo stesso assicuratore nella stessa regione dovranno pagare in futuro premi uguali. Pertanto, contrariamente a quanto avvenuto finora, non sarà più possibile graduare i premi in funzione dell'età d'entrata oppure del sesso.
- L'offerta uniforme di prestazione nell'assicurazione di base e il premio unico pagato dagli adulti per assicuratore e per regione permettono di creare tra i vari assicuratori un rapporto prezzo-prestazione più trasparente. Gli assicurati possono dunque sapere quale assicuratore offre esattamente le stesse prestazioni a un premio più vantaggioso. Grazie al libero passaggio integrale, essi hanno la possibilità di affidarsi presso questo assicuratore senza subire svantaggi.

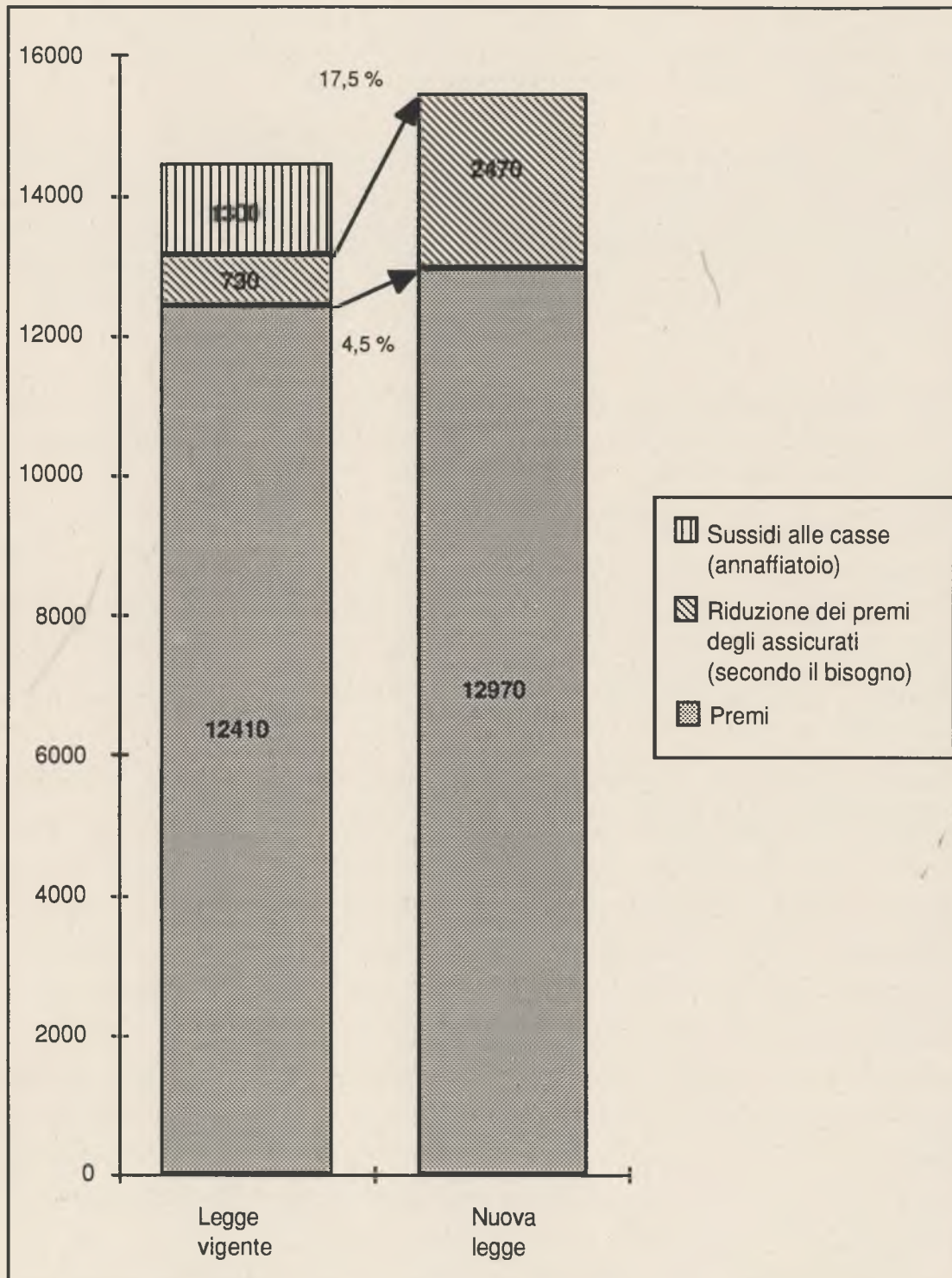
### 3.3 L'estensione del catalogo delle prestazioni non causerà massicci aumenti dei premi?

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 24-31*

**La nuova legge implica un aumento, tuttavia moderato, dei premi e permette nel contempo di avere un'assicurazione di base senza lacune.**

- L'estensione del catalogo delle prestazioni permette di colmare alcune lacune esistenti nel disciplinamento vigente nell'ambito dell'assicurazione di base:
  - nessuna riserva per le malattie esistenti;
  - nessun limite di durata in caso di trattamento stazionario;
  - rimborso delle cure medico-sanitarie a domicilio e nelle case di cura;
  - rimborso di determinate cure dentarie in caso di malattia grave;
  - presa a carico di prestazioni mirate relative alla medicina preventiva.
- Alcuni costi che, attualmente, sono presi a carico in un altro modo (ad esempio con assicurazioni complementari, dai pazienti stessi o dall'aiuto sociale) saranno coperti in futuro dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'UFAS stima che ciò dovrebbe generare un aumento **unico** dei costi del **10 per cento** nell'assicurazione di base. Tuttavia, tale incremento non sarà interamente finanziato dai premi poiché si introdurranno riduzioni individuali dei premi e la partecipazione alle spese sarà estesa in futuro anche al settore ospedaliero. **L'insieme degli assicurati dovrà pertanto sopperire una sola volta al 4,5% in più dei premi rispetto al diritto in vigore**, il che non costituisce un forte incremento dei premi. Ne consegue che, in futuro, l'assicurazione di base coprirà senza lacune i bisogni medici fondamentali di tutta la popolazione.

**Aumento effettivo medio del volume dei premi (in milioni di franchi)**

**Finanziamento dell'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie (1996)****Tabella 1**

	<b>Diritto vigente in mio. di fr.</b>	<b>Nuova legge in mio. di fr.</b>	<b>Modifica in mio. di fr.</b>	<b>Modifica in per cento</b>
<b>Poteri pubblici</b>	2'030	2'470	440	<b>21.7%</b>
<b>Onere supplementa- re delle economie domestiche (partecipazione ai costi e premi)</b>	14'260	15'560	1'300	<b>9.1%</b>
<b>Spese dell'assicura- zione di base (totale)</b>	<b>16'290</b>	<b>18'030</b>	<b>1'740</b>	<b>10.7%</b>

**Tabella 2**

	<b>Diritto vigente in mio. di fr.</b>	<b>Nuova legge in mio. di fr.</b>	<b>Modifica in mio. di fr.</b>	<b>Modifica in per cento</b>
<b>Poteri pubblici</b>	2'030	2'470	440	<b>21.7%</b>
<b>Partecipazione ai costi</b>	1'850	2'590	740	<b>40.0%</b>
<b>Premi</b>	12'410	12'970	560	<b>4.5%</b>
<b>Spese dell'assicura- zione di base (totale)</b>	<b>16'290</b>	<b>18'030</b>	<b>1'740</b>	<b>10.7%</b>

L'estensione delle prestazioni è coperta con l'aumento del 10,7% delle spese per l'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie, che non deve però essere assimilato all'incremento dei premi del 4,5%. Ciò è dovuto al fatto che le parti di finanziamento del potere pubblico e la partecipazione alle spese presentano tassi d'aumento nettamente più elevati dell'insieme delle spese dell'assicurazione di base. Per quanto riguarda i finanziamenti da parte del potere pubblico, l'aumento è del 21,7%. Il forte aumento della partecipazione alle spese delle economie domestiche private (40%) è dovuto all'introduzione di tale partecipazione nel settore ospedaliero. In questo modo si assicura, da un lato, l'uguaglianza di trattamento tra i vari fornitori di prestazioni e, dall'altro lato, un rafforzamento della coscienza dei costi presso gli assicurati (stesse condizioni per le cure dispensate ambulatoriamente, in un istituto semiospedaliero e in ospedale) che contribuisce al contenimento dei costi.

**3.4. Quali sono gli elementi nuovi della nuova legge per quanto riguarda i premi (in particolare con l'introduzione delle riduzioni individuali dei premi)?**

*Categorie interessate: assicurati, cantoni*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 65 e seg.*

**I mezzi forniti dalla Confederazione e dai cantoni permettono di diminuire di circa 90 franchi al mese i premi di un terzo della popolazione.**

Ripercussioni generali della nuova legge sul livello dei premi:

- La situazione concreta dei diversi assicurati dipende, da un lato, dal livello attuale dei loro premi. Com'è noto, vi sono in questo ambito grandi differenze di cui gli assicurati non possono sempre trarre vantaggio in quanto non possono cambiare cassa senza subire pregiudizi (riserve d'assicurazione, riclassificazione in un gruppo d'età d'entrata più elevato). Anche se non ottengono sussidi per i loro premi, questi assicurati saranno in parte notevolmente sgravati nell'ambito del nuovo diritto. Il premio potrà essere ridotto fino al 40% per gli assicurati che sono attualmente nel gruppo d'età d'entrata più elevato. L'onere dei premi dipende, dall'altro lato, dal sussidiamento di ogni cantone nonché dalla politica tariffaria e di management in materia di costi praticata dalle varie casse. Anche nel nuovo diritto vi saranno differenze di premi tra le casse.
- Con la nuova legge gli assicurati benestanti dovranno sopportare un onere maggiore. Esistono tuttavia possibilità di risparmio anche per questi assicurati in quanto l'assicurazione di base garantirà in futuro un'assistenza di base senza lacune e un livello qualitativo elevato. Le assicurazioni complementari saranno necessarie solo per talune esigenze eventuali e volontarie degli assicurati. Oltre alle innovazioni che diventeranno effettive per gli assicurati subito dopo l'entrata in vigore della nuova legge (estensione delle prestazioni, partecipazione alle spese, riduzioni dei premi), i nuovi strumenti previsti nell'ambito del contenimento dei costi per quanto riguarda coloro che sopportano i costi, i fornitori di prestazioni nonché i cantoni



dovrebbero esplicitare i loro effetti già a medio termine. Ci vorrà un certo tempo prima che gli sforzi intrapresi dai partners per contenere i costi nell'ambito della sanità si possano ripercuotere sull'evoluzione dei premi. L'aumento dei costi dell'assicurazione di base registrato dal 1985 al 1992 era in media del 7 per cento, ossia ben al di sopra dell'evoluzione generale dei salari (cfr. la domanda 1.1.). L'evoluzione demografica e i progressi medici cagioneranno anche in futuro un incremento più forte dei costi dell'assicurazione malattia rispetto ai salari. Tuttavia, i numerosi nuovi strumenti atti a contenere i costi, in particolare il rafforzamento della concorrenza tra le casse malati ma anche tra i fornitori di prestazioni, causeranno **a medio termine un contenimento dei costi.**

Possibili ripercussioni della riduzione individuale dei premi:

- La nuova legge mantiene di regola il sistema dei premi pro capite. Tuttavia, per quanto attiene agli assicurati meno abbienti, i sussidi dei poteri pubblici provvedono alla compensazione sociale necessaria. Per la prima volta si tiene conto, nell'assicurazione malattia, dell'idea di sussidiamento dei premi secondo il bisogno. Pertanto, la nuova legge permette, in particolare alle famiglie, di ridurre l'onere finanziario in materia di premi.
- Il messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991 proponeva una procedura relativa alla riduzione individuale dei premi. Essa poggiava sul **principio del limite di sussidiamento**: secondo tale modello, per un'economia domestica l'onere finanziario costituito dai premi non doveva superare un determinato limite percentuale del reddito (ad esempio l'8 per cento secondo il messaggio). I poteri pubblici dovevano quindi assumere la parte eccedente detto limite.
- Secondo la versione definitiva della legge sull'assicurazione malattia, i cantoni devono concedere riduzioni di premi agli assicurati con reddito modesto. Ai cantoni non è imposta nessuna procedura particolare per le riduzioni dei premi.

**3.5. Dove trova la Confederazione i fondi per aumentare i sussidi a favore dell'assicurazione malattia? Gli assicurati non dovranno di nuovo pagarne le conseguenze versando imposte più elevate?**

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 106 cpv. 1*

**Considerando che, d'ora innanzi, i sussidi saranno accordati in modo puntuale e secondo il bisogno, la cassa federale non dovrà sopportare nessun onere supplementare gravoso.**

- I sussidi della Confederazione ammonteranno a circa 2 miliardi di franchi all'anno, pari a un aumento di 600 milioni di franchi all'anno. Infatti, non va dimenticato che la Confederazione concede già 1,3 miliardi di franchi all'anno, versati direttamente alle casse malati, e 100 milioni di franchi messi a disposizione dei cantoni nell'ambito del diritto d'emergenza per la riduzione individuale dei premi. Da tale importo, come dalla maggior parte dei sussidi cantonali o comunali, traevano vantaggio tutti gli assicurati, indipendentemente dalla loro situazione finanziaria, ossia il beneficiario di rendita AI come anche il presidente direttore generale.
- Il provento dell'imposta sul valore aggiunto impiegato per uno scopo ben preciso potrà permettere di finanziare la parte essenziale delle spese supplementari. Infatti, la Costituzione prevede che il 5% del provento dell'imposta sul valore aggiunto deve essere impiegato per la riduzione individuale dei premi dell'assicurazione malattia. Stando a prudenti stime, detto importo dovrebbe ammontare a circa 500 milioni di franchi all'anno.
- Ai 2 miliardi concessi dalla Confederazione dovrà aggiungersi un miliardo proveniente da tutti i cantoni che versano – già attualmente –, insieme ai comuni, quasi 600 milioni di cui circa la metà per i sussidi generali e l'altra per la riduzione individuale dei premi.

### 3.6. Tra gli assicurati, chi sono i "vincenti" e i "perdenti" nella nuova legge?

*Categorie interessate: assicurati*

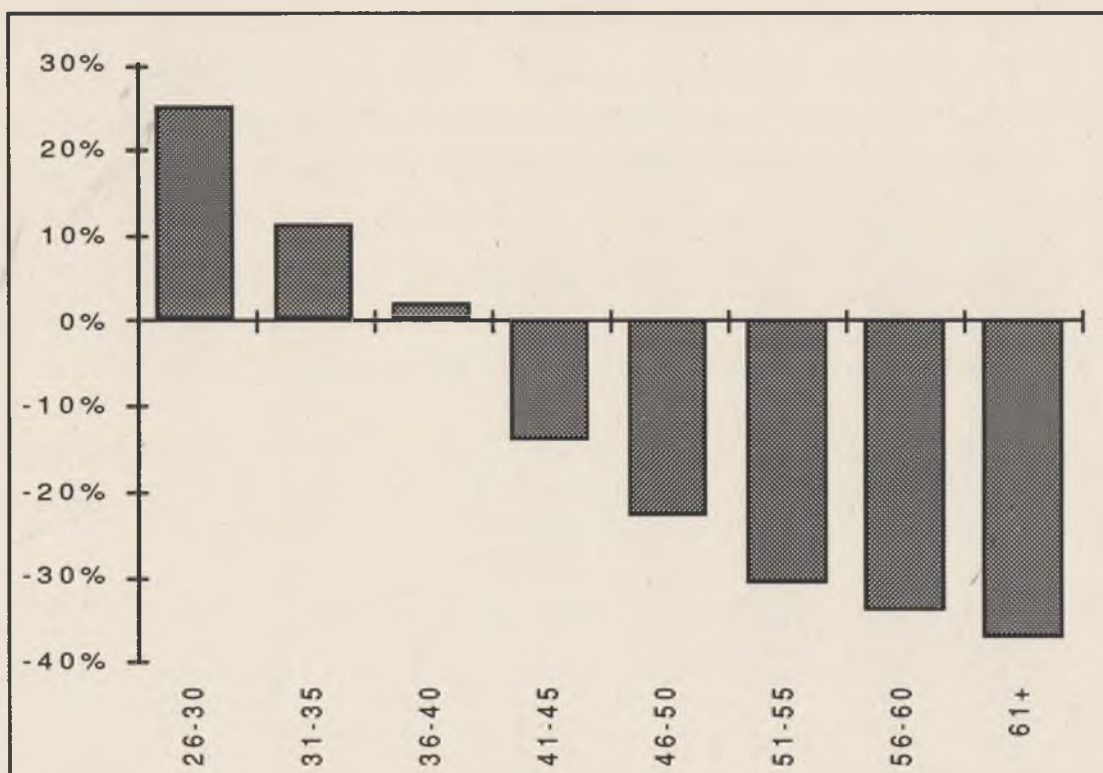
**La nuova legge presenterà vantaggi per tutti gli assicurati, in primo luogo però per i "perdenti" nella legge vigente, per le famiglie, per i malati e per le persone anziane.**

- E' difficilmente possibile fare asserzioni sui "vincenti" e sui "perdenti" nella nuova legge in quanto la situazione nei singoli casi dipende in larga misura dalla cassa cui l'assicurato è affiliato. Si possono tuttavia indicare le tendenze seguenti in merito alle possibili categorie di vincenti e di perdenti.

Misura	"Vincenti"	"Perdenti"
Libero passaggio integrale	Assicurati anziani, malati	Nessuno
Soppressione del premio in funzione dell'età d'entrata	Assicurati che si trovano nei gruppi d'età d'entrata più elevati, assicurati le cui casse hanno proceduto a una fusione	Assicurati che si trovano nei gruppi d'età d'entrata più bassi
Riduzione individuale dei premi	Economie domestiche con figli, economie domestiche con reddito modesto	Economie domestiche di due persone con reddito elevato
Premio unico	Donne / Assicurati anziani	Nessuno
Soppressione dell'assicurazione collettiva	Assicurati individuali	Membri di assicurazioni collettive

- **I membri delle casse che si trovano nei gruppi d'età d'entrata più elevati beneficeranno** in larga misura del premio unico (vedi illustrazione qui di seguito). Saranno favoriti in particolare gli assicurati che sono stati riclassificati in un gruppo d'età d'entrata più elevato in seguito a una fusione della cassa oppure a un passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale. Il libero passaggio integrale permetterà parimenti ai membri anziani delle casse di affidarsi presso casse che offrono premi più vantaggiosi. Attualmente, un cambiamento di cassa per un assicurato di oltre 50 anni è praticamente impossibile.

#### Modifica del premio in funzione dell'età d'entrata (in %)



- Un sistema di riduzioni individuali dei premi versati direttamente agli assicurati secondo il bisogno (nessun sussidio alle casse secondo il principio dell'annaffiatoio) avvantaggerà soprattutto le **economie domestiche con reddito modesto e le famiglie con figli, che usufruiranno di premi ridotti.**

- 
- Saranno annoverati tra i "perdenti" gli assicurati che beneficiano di contratti collettivi (in particolare molti uomini giovani e attivi) in quanto hanno contribuito in minor misura alla solidarietà e pagato premi che, in media, erano più vantaggiosi del 20 per cento. Tale situazione era dovuta alla struttura di rischi favorevole esistente nelle assicurazioni collettive. **Tuttavia, detti assicurati sono già attualmente penalizzati se escono dall'assicurazione collettiva e passano a quella individuale (ad esempio in caso di cambiamento d'azienda o di disoccupazione).**
  - Gli assicurati affiliati alle "casce a buon mercato" faranno piuttosto parte dei "perdenti", mentre i membri delle casce di famiglia saranno annoverati tra i "vincenti". Attualmente, la compensazione dei rischi nell'ambito dell'assicurazione malattia attenua le differenze di premi esistenti tra le varie casce.

### 3.7. Come si presenta la situazione per le donne?

*Categorie interessate: donne*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 7; art. 12 cpv. 2 e 3; art. 29; art. 61*

**Le donne traggono profitto dalla nuova legge sull'assicurazione malattia come tutti gli altri assicurati.**

- Il totale della popolazione trae profitto dalla revisione poiché l'assicurazione malattia si fonda su una base sana e equa. L'assicurazione malattia obbligatoria sociale prevede una buona assicurazione di base per tutti, che contiene anche determinate prestazioni preventive. Comprende prestazioni specifiche in caso di maternità e garantisce un numero elevato di controlli durante la gravidanza.
- Tali prestazioni non saranno solo a carico delle donne dato che nella nuova legge è **ancorata la parità dei premi per le donne e per gli uomini nell'assicurazione delle cure sanitarie**, la quale ha valore per le casse a partire dall'entrata in vigore dei decreti federali urgenti limitati nel 1993. Il principio della parità dei premi **favorisce le donne**. Senza tale principio e utilizzando i principi tecnico-assicurativi avrebbero dovuto pagare premi più elevati di quelli degli uomini.

### 3.8. Come si presenta la situazione per gli assicurati anziani e per quelli malati?

*Categorie interessate: assicurati anziani*

**La nuova legge permetterà di migliorare in particolare la situazione degli assicurati anziani e di quelli malati.**

- **Persone anziane:**  
esse trarranno vantaggio dall'introduzione del *premio unico per cassa* e dalla soppressione dei premi in funzione dell'età d'entrata. Ci si può persino aspettare una riduzione dei premi delle persone anziane che erano state riclassificate in gruppi d'età superiori secondo l'età d'entrata al momento dello scioglimento di casse malati o che erano affiliate a casse malati che contano attualmente nel loro effettivo un gran numero di anziani. Esse usufruiranno, o perlomeno una parte di loro, delle riduzioni dei premi in funzione della situazione economica. La soppressione delle lacune riguardo alle prestazioni favorirà soprattutto gli assicurati più anziani (soppressione del limite di durata nonché delle riserve d'assicurazione, promovimento delle cure spitex, ecc.).
- **Malati:**  
la principale innovazione che riguarda le persone malate, oltre alle nuove prestazioni cui avranno diritto, è l'introduzione dell'obbligo d'assicurazione che permette il libero passaggio integrale da un assicuratore all'altro. Le persone malate potranno quindi cambiare cassa senza rischiare di vedersi imporre riserve.

### 3.9. Perché i premi graduati in funzione dell'età come quelli proposti dalla cassa malati "Artisana" non sono "realisti"?

*Categorie interessate: persone anziane, giovani*

**Il rischio connesso con l'età – accompagnato da un rischio elevato di malattia – esiste per tutti gli assicurati.**

- Un supplemento di premio del 50 per cento per tutti gli assicurati a partire da 56 anni, come proposto nel 1991 dall'Artisana è ingiusto. Inoltre, sarebbe necessario un aumento delle riduzioni individuali dei premi per le persone anziane, soprattutto per i beneficiari di rendite di vecchiaia.
- Vi sono varie possibilità di graduazione dei premi tra le due varianti che consistono nel "premio unico per tutti" e nel "premio conforme ai rischi". La nuova legge prevede un premio unico al fine di garantire la solidarietà tra gli assicurati. Tuttavia, il premio unico può essere graduato secondo il cantone e la regione. La proposta avanzata dall'Artisana prevede una graduazione secondo 4 gruppi d'età con una variazione che è del 50 per cento. La formazione dei gruppi d'età porrà però qualche problema: il rischio di malattia è sicuramente più elevato durante la vecchiaia, ma il rischio di diventare anziano è lo stesso per tutti. La solidarietà dei giovani rappresenta quindi una prestazione preliminare per la loro vecchiaia. I giovani che non sono in grado di dare queste prestazioni di solidarietà nell'ambito di un premio unico saranno sgravati dalle riduzioni individuali dei premi previste nella nuova legge.
- L'Artisana stessa non parla di premi conformi ai rischi, bensì di una graduazione dei premi in funzione dell'età. La conformità ai rischi significherebbe che una persona di 75 anni dovrebbe pagare un premio circa cinque volte più elevato rispetto a quello di una persona di 25 anni.



**3.10. Come si presenta la situazione per i giovani e per le persone sane? Dovranno pagare affinché gli anziani (benestanti) possano vivere senza preoccupazioni?**

*Categorie interessate: giovani*

**Anche colui che è giovane oggi diventerà un giorno anziano e premi più elevati pagati negli anni in cui si è giovani significano premi più sopportabili durante la vecchiaia.**

- Il rischio di malattia aumenta con l'età. I costi derivanti da malattie aumentano fortemente con l'avanzare dell'età. Nel 1996, bisognerà considerare costi che si aggirano, in media, sui 900 franchi per un assicurato di 20 anni, sui 2500 franchi per un assicurato di 60 anni e sui 5000 franchi per un assicurato di 80 anni. Tuttavia, anche un assicurato di 20 anni può ammalarsi gravemente e un assicurato di 80 anni può essere ancora in gran forma. L'assicurazione malattia assicura tale rischio che accompagna ogni persona per tutta la sua vita. In fondo, i costi cagionati dai malati sono sempre pagati dai premi versati dalle persone sane.
- La nuova legge prevede in modo conseguente che, al più tardi a partire dai 25 anni, non sono più permesse graduazioni dei premi in funzione dell'età. La solidarietà esiste quindi non solo tra le persone sane e malate, bensì anche tra i giovani e gli anziani.
- Sarebbe naturalmente possibile graduare i premi in funzione dei costi secondo l'età, vale a dire introdurre premi conformi ai rischi. Quando si conoscono i dati relativi ai costi che aumentano con l'età, ci si può immaginare quanto ciò significherebbe per quanto concerne i premi. La rinuncia a premi conformi ai rischi non è solo nell'interesse delle persone anziane, bensì anche dei giovani. Quali sarebbero le conseguenze di premi

conformi ai rischi? Le persone anziane che devono vivere con la rendita di vecchiaia non potrebbero più pagare questi premi. Considerando che non esistono solo anziani benestanti, molti dovrebbero essere aiutati in un modo o nell'altro dallo Stato (rendite AVS più elevate, prestazioni complementari più elevate, maggiori spese per l'assistenza sociale). Chi pagherebbe? Le persone attive, ossia ancora i giovani.

- Come reagirebbero i giovani al premio conforme ai rischi? Gli incoscienti si rallegrerebbero poiché rimarrebbero loro maggiori mezzi a disposizione per altre cose. In realtà, essi pensano che, quando saranno anziani, potranno contare in un modo o nell'altro sulla solidarietà delle persone che, allora, saranno giovani. I prudenti prenderanno le precauzioni necessarie per fare fronte a un onere in materia di premi che aumenta durante la vecchiaia. Essi farebbero quindi individualmente quanto prevede la nuova legge come principio uguale per tutti, vale a dire riservare per il rischio di malattia negli anni in cui si è giovani più di quanto corrisponderebbe all'età.
- Il premio unico per i giovani e per gli anziani è parimenti nell'interesse dei giovani. Esso garantisce loro che il premio non aumenterà in modo insopportabile con l'età. Tale visione a lungo termine deve essere di regola raccomandata per la valutazione della nuova legge. A che cosa mi serve respingere la legge perché faccio forse parte di coloro che devono sopportare l'onere più pesante, mentre ne subirò il rovescio della medaglia durante la vecchiaia e in caso di malattia?

**3.11. E' esatto che i premi aumenteranno massicciamente – fino all'80 per cento – per gli assicurati che beneficiano di un'assicurazione collettiva?**

*Categorie interessate: assicurati collettivi, donne*

**In futuro, le assicurazioni collettive – tuttavia, senza premi più vantaggiosi per i "buoni rischi" – saranno anche possibili e finanziariamente sopportabili.**

- Attualmente, i premi degli assicurati collettivi sono più bassi di circa il 20 per cento. Non è escluso che un rialzo dei premi dell'80 per cento possa verificarsi in rari casi particolari. Tuttavia, tale percentuale non indica chiaramente che i premi collettivi sono attualmente molto bassi in valore assoluto. Nel 1992, il premio collettivo ammontava in media a 80 franchi. **Si deve tuttavia tenere conto del fatto che tali premi esigui hanno provocato perdite presso diverse casse.**
- Le agevolazioni attuali concesse agli assicurati beneficiari di un'assicurazione collettiva sono ingiustificate in quanto **le assicurazioni collettive sono accessibili solo a gruppi ben determinati.** Gli assicurati più giovani possono aderire ai contratti d'assicurazione collettiva, mentre le persone anziane devono rimanere nell'assicurazione individuale.
- Va sottolineato il fatto che già attualmente l'assicurazione collettiva non presenta solo vantaggi: gli assicurati subiscono frequentemente pregiudizi quando passano all'assicurazione individuale, ad esempio in caso di cambiamento d'azienda o di disoccupazione.
- Come ogni altro assicurato, l'assicurato collettivo potrà usufruire della riduzione dei premi se adempie le condizioni di reddito e di sostanza che saranno stabilite dal suo cantone di domicilio.

### 3.12. La popolazione di montagna fa parte dei "perdenti" nella nuova legge? Il sussidio suppletivo di montagna sarà manifestamente soppresso?

*Categorie interessate: popolazione di montagna*

**Le riduzioni individuali dei premi previste nella nuova legge compensano il sussidio suppletivo di montagna della legge vigente.**

- Il sistema di sussidiamento della nuova legge subisce un profondo cambiamento:
- Esso pone fine al principio dell'annaffiatoio con sussidi versati direttamente alle casse. Oggetto di numerose critiche, tale principio era però la conseguenza di un sistema di assicurazione facoltativo in cui tali sussidi garantivano la solidarietà tra persone sane e malate.
- L'introduzione dell'obbligo d'assicurazione permette di prevedere un sussidiamento più puntuale e una riduzione dei premi degli assicurati con reddito modesto. Essa sarà effettuata dai cantoni e finanziata da quest'ultimi nonché dalla Confederazione (circa 3 miliardi all'anno). Sono pertanto soppressi i sussidi federali versati alle casse, tra cui il sussidio suppletivo di montagna.
- Non bisogna sopravvalutare l'importanza dell'attuale sussidio suppletivo di montagna. Nelle regioni di montagna, esso rappresenta uno sgravio mensile di circa 2 franchi per assicurato (complessivamente 22 milioni di franchi), anche se il contadino di montagna e l'albergatore a 5 stelle saranno equiparati.

## 4. Prestazioni

#### 4.1 La nuova legge contiene un catalogo delle prestazioni ampliato rispetto all'attuale, cosa che comporterà un aumentano dei costi. Non è proprio ciò che si voleva espressamente evitare?

*Categorie interessate: anziani, fornitori di prestazioni, ospedali, casse*  
*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 24 - 31*

**La nuova legge non fa altro che colmare le lacune, divenute insostenibili dal punto di vista sociopolitico, nell'ambito delle prestazioni.**

- Si sente e si legge spesso che la nuova legge introduce un miglioramento delle prestazioni o l'estensione del catalogo delle prestazioni. Sarebbe invece più corretto sostenere che essa è volta a **colmare** diverse **lacune** tuttora esistenti nell'assicurazione di base. Sono due gli obiettivi che si intendono raggiungere:
  - l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve permettere a tutti gli assicurati di usufruire di un'assistenza medica completa e adeguata alle esigenze attuali (**nessuna medicina in due o in più classi**);
  - tutti gli assicuratori devono offrire lo stesso pacchetto di prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in modo da consentire agli assicurati di fare un chiaro confronto tra costo e prestazione e di scegliersi, grazie al libero passaggio integrale, l'assicuratore che offre le stesse prestazioni a premi meno elevati. Viene così promossa la concorrenza e creato un incentivo per il contenimento dei costi.
  
- La nuova legge completa di fatto il catalogo delle prestazioni mentre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si assumerà i costi per i bisogni fondamentali di tutta la popolazione. Le lacune antisociali tuttora esistenti saranno eliminate. Vanno citati in particolare i seguenti miglioramenti:
  - nessuna riserva d'assicurazione in caso di affiliazione ad una cassa o di cambiamento di cassa;
  - nessun limite di durata per i trattamenti stazionari in ospedale;
  - assunzione dei costi per le cure dispensate durante un soggiorno in una casa di cura, le cure semistazionarie e le cure medico-sanitarie a domicilio (spitex);

- assunzione dei costi per determinate cure dentarie nel caso di malattie gravi;
  - assunzione dei costi per determinate prestazioni nell'ambito della medicina preventiva.
- Ciò non significa però che vengano introdotte nuove spese, poiché i costi delle suddette prestazioni sono già assunti attualmente:
    - dalle assicurazioni complementari (p. es. per i costi delle cure dentarie),
    - dai pazienti stessi (p. es. per lo spitex)
    - oppure dai poteri pubblici (p. es. durata illimitata di trattamenti ospedalieri).

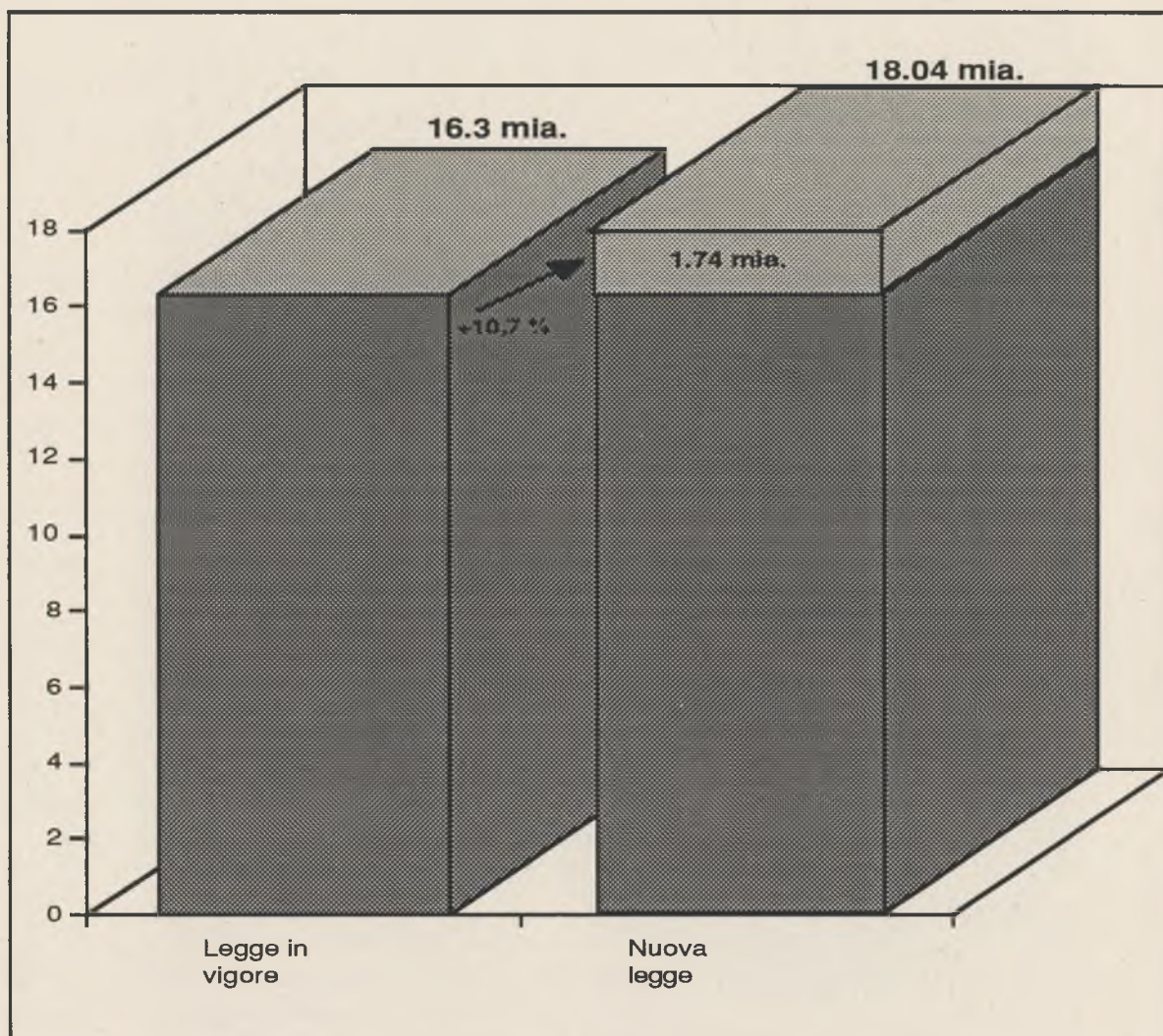
Nel 1996, i costi supplementari ammonteranno al 10,7 per cento pari a 1,74 miliardi di franchi. Questi costi supplementari non dovranno comunque essere interamente finanziati con aumenti dei premi poiché saranno concessi soltanto aumenti dei premi individuali e poiché la partecipazione alle spese sarà estesa anche agli ospedali.

- Si tratta fin qui soltanto di una parte delle ripercussioni attese. L'eliminazione delle lacune esistenti nell'assicurazione di base contribuisce d'altra parte anche al contenimento dei costi.

Esempio 1: il rimborso dei costi derivanti da cure medico-sanitarie in istituti semiospedalieri, a domicilio e in case di cura, così come l'introduzione della partecipazione da parte degli assicurati ai costi di degenza ospedaliera implicheranno una minor occupazione degli ospedali in cui si dispensano cure per malattie acute. Con la conseguente diminuzione del numero di letti riservati a pazienti acuti sarà possibile realizzare risparmi.

Esempio 2: la prevenzione contribuisce a evitare l'insorgenza di malattie oppure a curarle in modo più efficace. Si tratta quindi di un mezzo per sopprimere o per ridurre i costi delle cure.

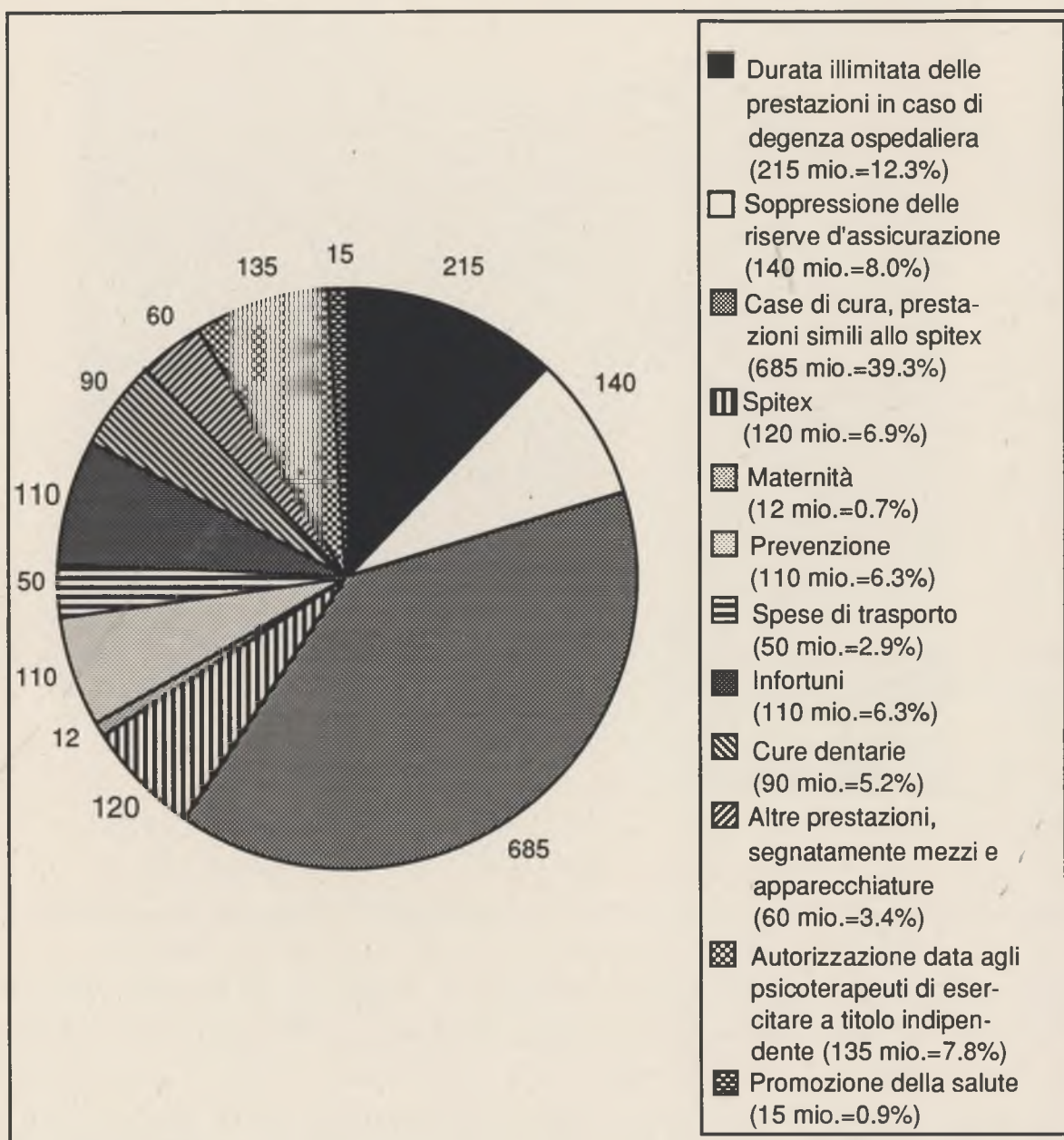
- Con l'offerta di prestazioni uniche nell'assicurazione di base sarà possibile fare veri e propri confronti tra i premi richiesti per le stesse prestazioni dalle diverse assicurazioni e, grazie al libero passaggio integrale, gli assicurati potranno scegliere l'assicuratore che offre le stesse prestazioni a premi meno elevati. Viene così a crearsi una maggiore concorrenza e un incentivo per un contenimento dei costi.

**Spese per l'assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione di base 1996; in franchi)**

Messa a confronto con la legge attualmente in vigore, la nuova legge prevede prestazioni supplementari nell'assicurazione **di base**. Si stima che la spesa relativa a queste prestazioni per il 1996 ammonterà a 1,74 miliardi di franchi. Ciò giustifica una parte degli aumenti dei premi dell'assicurazione di base. Per la maggior parte si tratta dell'assunzione, incontestabile dal punto di vista sociopolitico, da parte dell'assicurazione di base, delle spese risultanti da prestazioni fornite a persone anziane. In molti casi tali spese sono già oggi coperte dalle assicurazioni complementari. L'estensione del catalogo delle prestazioni nel settore delle cure medico-sanitarie concerne principalmente l'assistenza di base necessaria in caso di malattia (ad esempio la durata illimitata di cura per degenze ospedaliere e le prestazioni spitex).

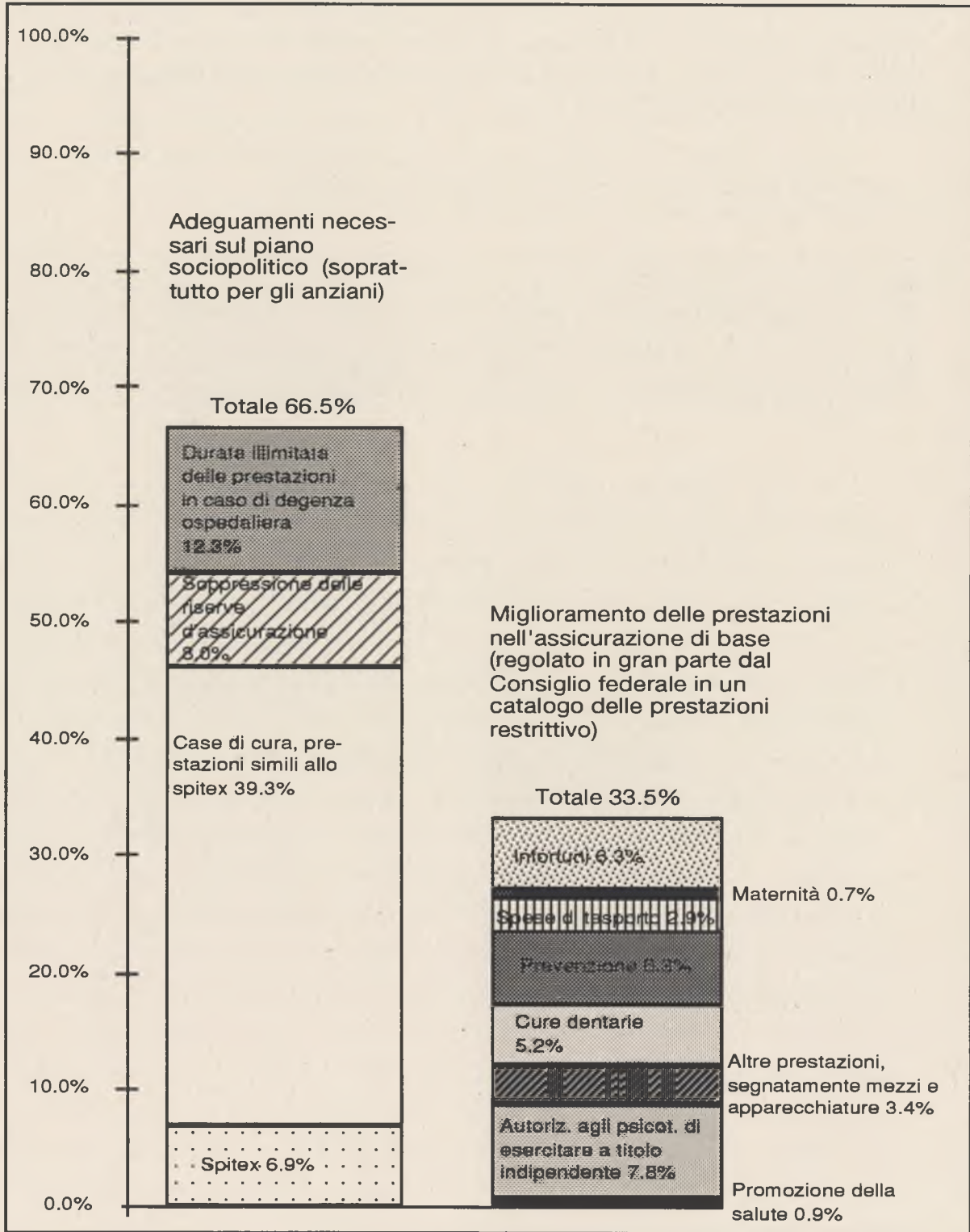


**Ripartizione, secondo la nuova legge, delle spese supplementari di 1,74 miliardi di franchi (in milioni di franchi)\***



\* Proiezione dei valori calcolati nel messaggio. Si presume un aumento dei costi nell'assicurazione di base del 7 per cento, corrispondente all'evoluzione media negli anni 1985 - 1992 (secondo la statistica sull'assicurazione malattia (UFAS), Berna 1993, p. 8).

**Novità nell'assicurazione di base**



**4.2 La nuova legge esclude chiaramente la medicina complementare come l'agopuntura, l'omeopatia, ecc. e giustifica tale decisione asserendo che l'assicurazione malattia non può assumersi i costi di tutti i trattamenti? Non viene dunque considerato il fatto che tali trattamenti complementari sono spesso meno costosi?**

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni  
Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 32, 33*

**La nuova legge ammette esplicitamente la medicina complementare, nella misura in cui essa si riveli efficace.**

- La nuova legge non esclude più dalle prestazioni prese a carico dall'assicurazione malattia i metodi applicati dalla medicina complementare. Quest'ultima è infatti considerata dalla legge allo stesso livello della medicina tradizionale e le sono dunque accordate delle **condizioni dei tutto paritarie**. Contrariamente al diritto in vigore, con la nuova legge non è più necessario che i metodi di trattamento siano scientifici, vale a dire riconosciuti di fatto dalla medicina tradizionale. Le casse coprono i costi delle prestazioni fornite dalla medicina tradizionale e da quella complementare, a condizione che esse siano efficaci, appropriate ed economiche. Nel caso in cui sussistano dubbi sull'efficacia, quest'ultima dev'essere comprovata secondo metodi scientifici. "Scientifico" significa "oggettivo" e "serio", ma non che debba trattarsi esclusivamente di metodi propri delle scienze naturali. E' sufficiente invece che l'efficacia sia comprovata empiricamente e statisticamente, vale a dire quando è provato che il metodo "è efficace", senza che sia necessario provare il "**perché** sia efficace". In questo senso, ad esempio, l'agopuntura viene ammessa come prestazione presa a carico dall'assicurazione. E' altresì possibile l'assunzione dei costi della omeopatia o della medicina antroposofica, se ne è stata comprovata l'efficacia. Ciò è stato affermato esplicitamente in Parlamento nel corso delle deliberazioni sulla legge. Il legislatore dovrà attenersi a tali affermazioni anche nel momento in cui si tratterà di decidere, nell'ambito dell'ordinanza, in merito all'obbligo di rimborso per prestazioni contestate.

- 
- Un'altra questione che si pone è quella di stabilire chi ha il diritto di fornire prestazioni sottoposte all'obbligo assicurativo. A tale riguardo la nuova legge, analogamente a quella attuale, prevede che solo i medici in possesso di un **diploma federale** hanno tale diritto. Questa disposizione è indispensabile per la tutela dei pazienti. Le prestazioni fornite dai cosiddetti medici naturisti non sono quindi coperte dall'assicurazione malattia.

**4.3 La nuova legge sopprime la limitazione della durata delle prestazioni assicurative. Contemporaneamente l'assicurazione malattia deve d'ora innanzi coprire obbligatoriamente i costi per le prestazioni spitex. Quali sono i vantaggi che tutto ciò procura all'assicurato, quali all'assicurazione malattia e quali agli altri interessati? La Svizzera ha forse bisogno di un' "assicurazione delle cure" ("Pflegeversicherung")?**

*Categorie interessate: anziani, famiglie, ospedali, fornitori di prestazioni  
Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 29, 39, 49, 50*

**La Svizzera non necessita di un' "assicurazione delle cure" poiché queste spese sono coperte dalla combinazione di diverse assicurazioni sociali e non dalla sola assicurazione malattia.**

- Per quanto concerne l'assicurazione malattia, la nuova legge migliora la situazione delle persone che necessitano di cure ospedaliere e dei malati cronici. Essa prevede una gamma completa di prestazioni che si possono completare a vicenda oppure sostituirsi e che corrispondono ai bisogni degli assicurati e fanno in modo che le istituzioni e le prestazioni dei servizi esistenti siano utilizzati in modo ottimale. Si possono menzionare al riguardo:
  - il trattamento di malattie acute in ospedale;
  - la riabilitazione medica in cliniche adeguate;
  - la cura, l'assistenza medica nonché la riabilitazione di malati cronici in case di cura;
  - il trattamento, la cura e l'assistenza in cliniche di giorno o di notte;
  - le cure medico-sanitarie a domicilio.
- Non sussiste nessuna limitazione temporale per questo tipo di prestazioni. In ogni caso è determinante il bisogno medico effettivo: se la degenza ospedaliera di un paziente viene ad esempio prolungata oltremisura, anche quando il suo stato di salute ne giustificherebbe il trasferimento in una casa di cura, il rimborso delle spese per il periodo in questione viene effettuato in base alle tariffe più convenienti della casa di cura e non a quelle dell'ospedale.

- 
- Rispetto alla legge in vigore, la nuova legge risponde in maniera molto più precisa ai bisogni della prassi con un ventaglio di prestazioni minuziosamente differenziate. La legge in vigore distingue in effetti solamente i trattamenti ambulatoriali dalle degenze ospedaliere e limita per queste ultime la copertura delle spese a 720 giorni (nell'arco di 900 giorni consecutivi).
  - I costi di cura di pazienti lungodegenti non sono presi a carico da un unico ramo delle assicurazioni sociali. Per le prestazioni di trattamenti e cure mediche in case di cura o a domicilio deve per principio intervenire l'assicurazione malattia. La nuova legge è volta proprio a colmare le lacune attualmente esistenti in questo ambito. Rientreranno eventualmente in linea di conto anche gli assegni per grandi invalidi. Per i costi di degenza e di vitto si ricorrerà anche alle entrate personali dei pazienti, in particolare alle rendite AVS/AI, comprese le prestazioni complementari, ed eventualmente alle rendite del secondo pilastro. Non bisogna dimenticare infine i sussidi versati dalla Confederazione, dai cantoni, dai comuni e dalle istituzioni private agli stabilimenti per anziani e per persone bisognose di cure nonché alle istituzioni che si occupano delle cure a domicilio.

**4.4 A quanto ammonteranno in futuro i costi nel settore della prevenzione e in quello della promozione della salute? Non è stata creata in questo campo una botte senza fondo?**

*Categorie interessate: giovani, donne, famiglie, casse, cantoni*  
*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 19 e seg., 26*

**Misure di prevenzione mirate come quelle previste dalla nuova legge sono efficaci e non costano molto.**

- Alcune casse coprono già oggi le spese derivanti da prestazioni preventive. La prevenzione di malattie con **misure di prevenzione individuali** (ad esempio esami della prostata per gli uomini oltre la cinquantina) e la **promozione della salute in generale** (ad esempio le campagne antitabacco e a favore della salute pubblica) hanno come obiettivo di evitare completamente la malattia o perlomeno di diagnosticarla al primo stadio. Possono in questo modo essere evitate malattie di lunga durata e le relative cure, contribuendo ad un contenimento dei costi. L'assunzione delle spese per determinate misure di prevenzione, che figureranno in un catalogo esaustivo delle prestazioni elaborato dal Consiglio federale, non rappresenta quindi una botte senza fondo, ma sostiene al contrario gli sforzi per contenere i costi. Paragonate ai costi legati alla salute pubblica, le spese per la prevenzione risultano inoltre molto modeste.
- La nuova legge prevede anche il sostegno di misure per la promozione della salute. Analogamente alla prassi adottata da anni nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni (prevenzione degli infortuni), un'istituzione incaricata dalle casse e dai cantoni avrà il compito di proporre, coordinare e valutare le misure da adottare per la promozione della salute. I contributi che l'assicurato deve versare per tale istituzione saranno fissati dal Consiglio federale e l'istituzione stessa sarà sottoposta alla sorveglianza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali. Viene così garantito un controllo globale. Parlare in questo contesto di "botte senza fondo" è quindi del tutto fuori posto.

**Costi supplementari per la prevenzione e per la promozione della salute (1996)**

	Costi supplementari (in milioni di fr.)	Percentuale rispetto ai costi globali nell'assicura- zione di base
Prevenzione	110	0,6
Promozione della salute	15	0,1



**4.5. Oggigiorno le casse malati offrono prestazioni speciali quali la ginnastica per la schiena, la consulenza alimentare, i corsi antistress, ecc. Alcune casse malati offrono anche riduzioni per la frequentazione di centri fitness. Che cosa dice la nuova legge a questo proposito? Quali sono i limiti imposti alle casse nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute?**

*Categorie interessate: assicurati, casse, fornitori di prestazioni  
Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 19 e seg., 26*

**Anche in futuro le attività sportive praticate nel tempo libero non dovranno essere finanziate dall'assicurazione sociale contro le malattie.**

- Contributi per un'attività quale la frequentazione di un centro fitness devono essere assolutamente esclusi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Diversamente vengono invece considerate le prestazioni come la ginnastica per la schiena, la consulenza alimentare e le terapie di rilassamento, le cui spese possono eventualmente essere sottoposte all'obbligo di assunzione da parte dell'assicurazione. E' indispensabile che la misura di prevenzione sia ordinata dal medico e che sia eseguita da persone adeguatamente qualificate e autorizzate ad operare a carico dell'assicurazione malattia. Sarà ancora da determinare in sede di ordinanza in quale misura la prevenzione medica sia considerata come prestazione obbligatoria dell'assicurazione malattia. Si può comunque presumere che faranno parte delle prestazioni riconosciute in particolare le analisi preventive e di controllo dei neonati, dei bambini e dei giovani, determinati esami relativi al cancro per donne e uomini nonché un esame interno globale per uomini e donne di età compresa tra i 40 e i 50 anni.

**4.6. Molti medici realizzano considerevoli guadagni secondari dispensando essi stessi i medicinali. La nuova legge prevede di porvi un freno?**

*Categorie interessate: fornitori di prestazioni, assicurati*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 37 cpv. 3*

**Secondo la nuova legge, la possibilità del medico di vendere direttamente i medicinali dipende dall'accesso del paziente ad una farmacia**

- Le condizioni per la vendita diretta dei medicinali da parte dei medici non verranno regolate a livello federale.  
Tale regolamentazione rimarrà di competenza dei **cantoni**.
- Un "freno" è comunque previsto dalla legge.  
Tale freno indica la direzione che dovranno seguire le legislazioni cantonali. Le legislazioni più recenti vanno del resto già in questa direzione.  
Nell'intento di salvaguardare i vantaggi che la dispensazione dei medicinali da parte dei medici procura ai malati, soprattutto alle persone anziane e agli handicappati, nella legge federale è stato introdotto il criterio dell'**accesso dei malati ad una farmacia**.  
I cantoni dovranno tener conto di tale criterio restrittivo al momento di regolamentare questo settore e gli aventi diritto di voto potranno verificare se la legislazione cantonale è conforme a questo obbligo.

## 5. Assicuratori

**5.1. Con la nuova legge non si crea una medicina in due classi visto che un numero sempre minore di persone vorrà o potrà permettersi un'assicurazione complementare (onerosa)? Cosa potranno offrire ancora di sensato le assicurazioni complementari?**

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento : art. 24-31; art. 12 cpv. 2 e 3*

**La nuova legge postula per una "medicina in classe unica": un'assistenza di base qualitativa e completa per tutti.**

- La **legge in vigore** applica effettivamente una "**medicina in tre classi**" (assicurati in camera comune, assicurati in camera semiprivata, assicurati in camera privata). Tuttavia, attualmente l'assistenza medica è quasi equivalente in tutte le classi. La **nuova legge** si fonda sull'idea di un'assistenza di base completa per tutti gli assicurati (**medicina in classe unica**) con possibili supplementi per le esigenze personali tramite le assicurazioni complementari (p.es. soggiorno più confortevole, spese dentarie, spese per gli occhiali).
- Uno dei vantaggi della nuova legge è proprio quello di garantire a tutti gli abitanti del paese e a condizioni finanziarie sopportabili la possibilità di ricevere un'assistenza sanitaria completa, opportuna e di alto livello. Grazie all'ampliamento del catalogo delle prestazioni, l'assistenza di base comprende un'offerta completa di prestazioni nell'ambito delle cure ambulatoriali, semiospedaliere e ospedaliere nonché la riabilitazione e la prevenzione, nella misura in cui sia provato che quest'ultima contribuisce a prevenire le malattie o permette di effettuare un trattamento precoce efficace. Il regime obbligatorio e il catalogo delle prestazioni provvedono affinché non ci sia una medicina in due classi.
- In futuro, le assicurazioni complementari saranno necessarie solo per la copertura di bisogni supplementari. Saranno richieste in particolare se qualcuno vorrà ottenere la copertura dei costi supplementari dovuti alla degenza in un reparto privato o semiprivato di un ospedale, l'assunzione completa delle spese dentarie, un rimborso più esteso delle cure balneari, degli occhiali, ecc.

**5.2. La fusione di grandi casse malati (Swisscare, Swica, Arcovita) avrà un'influenza maggiore sui costi sanitari di tutti i provvedimenti della LAMal?**

*Categorie interessate: assicurati, fornitori di prestazioni, assicuratori*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 46 cpv. 1-3, art. 61, art. 62*

**La nuova legge rinuncia ad effettuare interventi dirigistici sul mercato, promuove, tuttavia, la formazione di casse malati forti e indipendenti.**

- Attualmente, il mercato sanitario è fortemente contrassegnato da cartelli a livello dei fornitori di prestazioni. Il rapporto della commissione dei cartelli del 1993 ha chiaramente dimostrato tale affermazione. A tali condizioni, le casse malati hanno solo l'alternativa di associarsi per avere una maggiore influenza al momento delle trattative tariffarie. La tendenza a costituire "megacasse" – Swisscare con 2,35 milioni, Arcovita con 2,2 milioni o Swica con 0,57 milioni di assicurati – è quindi una tipica conseguenza del diritto attuale.
- Nella nuova legge, gli accordi di cartello tra i fornitori di prestazioni sono espressamente proibiti. Il libero passaggio integrale degli assicurati permette inoltre di ottenere una concorrenza reale tra le casse malati. Con il nuovo diritto, la necessità di creare "megacasse" non sarà più così elevata. Infatti, la nuova legge permette di influenzare i costi proprio grazie a una concorrenza innovativa tra coloro che offrono le prestazioni (convenzioni tariffarie particolari, forme d'assicurazione alternative).
- La tendenza a creare "megacasse" comporta un altro pericolo per gli assicurati. Se, nell'ambito dell'attuale diritto, si dovesse effettivamente giungere a una fusione di diverse casse in una "megacassa" (finora si tratta solo di una collaborazione fra casse che restano indipendenti dal punto di vista formale), gli assicurati anziani potrebbero essere svantaggiati. In caso di fusioni di casse, la nuova legge autorizza supplementi di premi per gli

assicurati anziani. La legge vigente autorizza un supplemento massimo del 100 per cento. Nell'ambito delle fusioni che sono state concluse in passato, i supplementi sono stati percepiti a partire dal 56° anno di età.

- Nella nuova legge non esiste più il pericolo di un supplemento di premi per gli assicurati anziani. Le casse devono infatti richiedere a tutti gli assicurati gli stessi premi a partire dal 25° anno d'età. Sono autorizzate graduazioni di premi solo a seconda dei cantoni e delle regioni. Vi saranno inoltre differenze di premi tra le casse.

Processo di concentrazione delle casse malati riconosciute:

<b>Anno</b>	<b>Numero delle casse riconosciute</b>
1930	1148
1940	1147
1950	1154
1960	1088
1970	815
1980	555
1985	449
1990	246
1991	228
1992	213

## Dati delle maggiori casse

Casse	Compen- sazione dei rischi in milioni di franchi	Ricavi totali in milioni di franchi		Modifi- cazione in %	Risultato in milioni di franchi		Assicurati in 1000		Modifi- cazione in %
		1992	1993		1992	1993	1992	1993	
Swisscare totale	<b>42.8</b>	4578.2	5250.1	14.7	-138.8	299.1	2401	2351	-2.1
-Helvetia	<b>39.5</b>	2807.6	3288.0	17.1	-127.5	240.6	1407	1356	-3.6
-Konkordia	<b>-1.4</b>	927.3	1007.6	8.7	1.7	27.4	525	526	0.2
-KFW	<b>4.7</b>	843.3	954.5	13.2	-13.0	31.1	469	469	0.0
Arcovita totale	<b>103.2</b>	4528.7	4925.1	8.8	-53.0	223.5	2275	2209	-2.9
-CSS	<b>25.5</b>	2022.9	2224.1	9.9	-6.8	92.6	1044	1020	-2.3
-Grütli	<b>37.0</b>	1176.6	1251.0	6.3	-29.5	61.2	585	561	-4.1
-KKB	<b>10.0</b>	833.2	926.5	11.2	-9.3	52.2	426	415	-2.6
-Evidenzia	<b>30.7</b>	496.0	523.5	5.5	-7.4	17.5	220	213	-3.2
Swica totale	<b>4.3</b>	940.9	1026.6	9.1	3.4	21.7	570	572	0.4
-Oska	<b>11.3</b>	409.9	445.8	8.8	-1.5	9.5	250	247	-1.2
-SBKK	<b>-7.6</b>	349.0	362.1	3.8	0.6	4.4	227	217	-4.4
-Zoku	<b>0.2</b>	177.6	211.3	19.0	4.1	7.2	90	103	14.4
-Panorama	<b>0.4</b>	4.4	7.4	68.2	0.2	0.6	3	5	66.7
Artisana	<b>-30.0</b>	303.9	532.4	75.2	4.4	42.3	204	323	58.3
KPT	<b>-15.3</b>	453.2	534.4	17.9	8.7	19.2	237	245	3.4
Intras	<b>-53.1</b>	405.9	462.2	13.9	8.5	1.6	260	264	1.5
Sanitas	<b>-44.0</b>	272.0	352.7	29.7	31.0	26.4	182	198	8.8

Fonte: Rapporti annuali 1992/1993

**5.3. Non si applica una protezione superflua con la compensazione dei rischi? Tale compensazione dei rischi apporta veramente qualcosa? Quali vantaggi comporta per gli assicurati?**

*Categorie interessate: assicurati, assicuratori*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 105*

**La compensazione dei rischi tra le casse malati permette una concorrenza leale, in particolare nella fase iniziale della nuova legge.**

- Al momento dell'entrata in vigore della nuova legge, le condizioni iniziali non sono uguali per tutti gli assicuratori. Le "casse a buon mercato" hanno molti assicurati giovani (buoni rischi), mentre le casse di famiglia devono sopportare l'onere degli assicurati anziani che causano parecchi costi (cattivi rischi). Nella fase iniziale della nuova legge – il legislatore ha limitato la compensazione a dieci anni – è quindi sensato stabilire una compensazione tra le casse. Il libero passaggio integrale deve in effetti avvantaggiare solo gli assicurati. Solo in questo modo si potrà avere una concorrenza leale. Dopo tale fase iniziale, la compensazione dei rischi sarà abbandonata per non favorire il mantenimento di strutture per le casse non economiche.
- Per capire meglio la compensazione dei rischi, si spiegano brevemente qui di seguito la finalità, il meccanismo e le prime esperienze effettuate nell'ambito del diritto d'emergenza:
  - Scopo: essa mira a compensare le differenze che esistono nella composizione degli effettivi delle casse, differenze da cui risultano premi molto diversi tra le casse.
  - Funzionamento: le casse che hanno un numero di persone anziane e di donne assicurate inferiore a quello medio dell'insieme delle casse devono versare tramite un ufficio di compensazione un contributo a quelle il cui effettivo di persone anziane e di donne assicurate supera questa media. Tale contributo permette alla cassa che lo riceve di diminuire i premi dell'insieme dei suoi membri visto che si tratta di un'entrata supplementare per la cassa. Le casse che beneficiano di tali contributi possono quindi essere più concorrenziali.



Gli assicurati che non possono cambiare cassa per ragioni legate al sistema di un'assicurazione facoltativa e i cui premi sono fissati in funzione dell'età d'entrata nella cassa (limitazione dell'età d'entrata-riserve) hanno costituito strutture di rischio pesanti in alcune casse. Tali assicurati beneficiano con la compensazione dei rischi dell'apporto degli assicurati "buoni rischi", ossia degli assicurati più giovani e di sesso maschile.

#### 5.4 In che modo la nuova legge si ripercuote sulle spese amministrative delle casse malati?

*Categorie interessate: assicurati*

*Disposizione della LAMal cui è fatto riferimento: art. 22*

**La LAMal implica una maggiore concorrenza tra le casse malati. Tale concorrenza si ripercuoterà positivamente sulle spese amministrative.**

- La limitazione delle spese amministrative è in primo luogo un dovere degli stessi assicuratori. Si tratta di una responsabilità affidata loro dalla legge. L'obbligo assicurativo cui è sottoposta tutta la popolazione del nostro paese fa in modo che non vi siano abusi in tale ambito. Ogni genere di abuso si ripercuoterebbe dapprima e immediatamente sull'importo dei premi e indirettamente sul diritto ai sussidi cantonali per la riduzione dei premi, comportando in tal modo un aumento dell'onere dei poteri pubblici.
- Gli assicuratori devono agire come ogni imprenditore preoccupato di vendere il suo prodotto, un prodotto particolare, ma in ogni caso un prodotto. Il libero passaggio integrale tra gli assicuratori, introdotto con l'obbligo assicurativo, necessita, per essere efficace e permettere la concorrenza tra gli assicuratori, di un'informazione del pubblico mediante gli strumenti di marketing e di relazioni pubbliche. Tale informazione deve tuttavia mantenersi entro limiti ragionevoli se non vuole andare contro gli interessi degli assicurati (premi più esigui).
- Gli assicurati saranno in definitiva i veri giudici in tale ambito visto che potranno d'ora in avanti, senza alcun rischio (soppressione, in particolare, delle riserve, del premio secondo l'età d'entrata nella cassa), passare da una cassa all'altra e scegliere quella che ha una politica d'informazione o di sostegno che gli è più congeniale.
- L'intervento della Confederazione è quindi previsto solo nel caso in cui un aumento delle spese amministrative superasse un limite ragionevole.

## 6. Cantoni

## 6.1. In base alla nuova legge, i Cantoni devono essere messi sotto tutela?

*Categorie interessate: cantoni*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 46-48, 51, 53-55, 65-66*

**La nuova legge non implica nuovi interventi nelle competenze cantonali.**

- La nuova legge contiene diverse prescrizioni che devono contribuire alla limitazione dei costi, continuando tuttavia a garantire lo standard di qualità nell'ambito della sanità. Ne fanno parte specialmente le tariffe e la pianificazione per un'assistenza ospedaliera adeguata al fabbisogno. Nella legge in vigore, i cantoni beneficiano già di competenze importanti al riguardo. In tal caso, la **competenza nell'ambito della legislazione relativa alla sanità** spetta in primo luogo **ai cantoni**, ripercuotendosi in particolare sull'esecuzione delle pianificazioni. Le **tariffe** e i prezzi per le prestazioni dell'assicurazione malattia devono essere fissati mediante convenzioni dai fornitori di prestazioni e dalle casse malati. Tali convenzioni, nella misura in cui non sono valide in tutta la Svizzera, devono essere **approvate dai governi cantonali** competenti. Se le parti tariffarie non riescono a trovare un accordo, l'autorità cantonale competente deve fissare le tariffe sia ai sensi della legge attuale, sia ai sensi della nuova legge. Inoltre esiste tuttora la possibilità di interporre ricorso al Consiglio federale contro le decisioni del governo cantonale.
- La **compilazione totale del bilancio** è espressamente menzionata nella nuova legge. Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero (ospedali e case di cura), il cantone è autorizzato a fissare un importo globale per il finanziamento (bilancio globale come strumento finanziario di gestione permanente). Se i costi aumentano in modo sproporzionato (fissazione di un limite massimo per quanto concerne le spese), gli assicuratori possono d'altro canto chiedere ai cantoni di applicare tale disposizione come provvedimento straordinario.

- Per quanto riguarda le convenzioni tariffarie valide sul relativo territorio cantonale, approvate quindi dai cantoni, quest'ultimi hanno inoltre la competenza di decretare, come **provvedimento straordinario**, un **blocco delle tariffe e dei prezzi** per tutte o per determinate prestazioni. Tale provvedimento può essere applicato se l'evoluzione media dei costi delle cure medico-sanitarie è due volte superiore all'evoluzione generale dei prezzi e dei salari.
- La **riduzione individuale dei premi** costituisce uno dei punti cruciali della nuova legge. I cantoni hanno il compito di determinare la procedura in materia di fissazione e di pagamento delle riduzioni dei premi ai propri membri. L'elaborazione di tale procedura è un compito dei cantoni. Non esistono prescrizioni della Confederazione in materia. Solo i sussidi della Confederazione ai cantoni saranno determinati in modo dettagliato. Ogni cantone ha quindi la possibilità di tener conto in modo appropriato dei sistemi attuali relativi alla riduzione dei premi e dei bisogni dei cittadini dei cantoni.

**6.2. I cantoni devono anche essere considerati come perdenti visto che possono essere costretti dalla Confederazione a ridurre i premi. A quanto ammonta l'onere amministrativo supplementare causato dal nuovo sistema di riduzione dei premi?**

*Categorie interessate: cantoni*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 65-66*

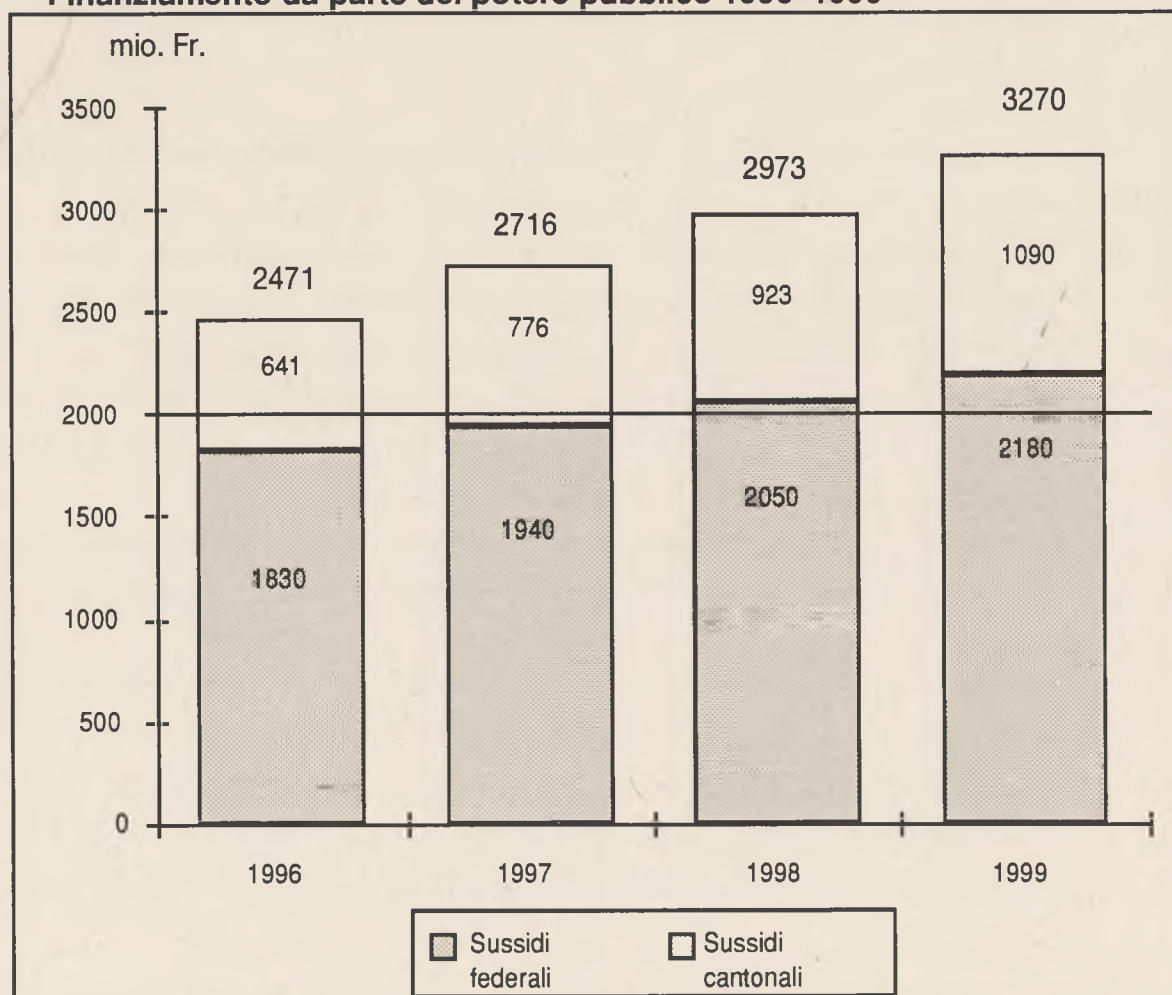
**La nuova legge non implica solo un onere supplementare per i cantoni, ma anche sgravi – per esempio nell'ambito delle prestazioni complementari (PC) e dell'aiuto sociale.**

- La nuova legge obbliga i cantoni a versare sussidi agli assicurati la cui capacità finanziaria rende difficile il pagamento dei premi all'assicurazione malattia.
- I cantoni versano **già** a titolo di sussidiamento generale dell'assicurazione malattia una somma superiore ai 600 milioni di franchi (compresi i sussidi dei comuni). L'importo totale dei sussidi che dovranno versare è di circa 1 miliardo di franchi all'anno. L'onere supplementare globale ammonta quindi a circa 400 milioni di franchi. Tale importo sarà raggiunto solo nel 1999 poiché fino a quel momento i cantoni possono contribuire in corrispondenza del 35% nel 1995 e progressivamente un po' di più ogni anno per raggiungere nel 1999 il 50% dei sussidi federali. Il contributo supplementare fornito dalla Confederazione in tale ambito si situa nello stesso ordine di grandezza (da 1,3 miliardi a 2 miliardi).
- **L'onere supplementare sarà assai diverso** visto che l'importo cantonale attribuito per la riduzione individuale dei premi in funzione del reddito è molto diverso da un cantone all'altro. La nuova legge impone un onere finanziario supplementare ai cantoni, ma li sgrava di un certo numero di altri oneri nell'ambito delle **prestazioni complementari e dell'aiuto sociale**.

I beneficiari di prestazioni complementari potranno ricevere maggiori sussidi per i loro premi dell'assicurazione malattia. Tali sussidi rappresenteranno una percentuale molto più modesta di quella attuale e non saranno quindi più dedotti dal calcolo del reddito che dà diritto alle prestazioni. I limiti di reddito (che corrispondono al fabbisogno vitale dell'assicurato) dovranno essere aumentati per tener conto dei premi dell'assicurazione malattia. Una parte dei premi che saranno sovvenzionati unitamente alla Confederazione continueranno a far parte dei budget d'assistenza sociale dei cantoni.

- Nella misura in cui la riduzione dei premi per gli assicurati meno abbienti è garantita, i cantoni con premi bassi hanno inoltre la possibilità di ridurre fino al 50 per cento i sussidi che devono fornire. L'argomento secondo cui i cantoni devono fornire riduzioni dei premi inutili non è per niente pertinente.

#### Finanziamento da parte del potere pubblico 1996-1999



- I sussidi federali ammontanti a 2 miliardi di franchi sono suddivisi durante i primi quattro anni che seguono l'entrata in vigore della legge in modo tale che i mezzi della Confederazione a disposizione permettano, malgrado il rincaro, di garantire un grado di sovvenzionamento possibilmente equivalente per gli assicurati durante questi quattro anni.

<b>Riduzione totale dei premi (1996)</b>	<b>2'470</b>
<b>Sussidi federali (1996)</b>	<b>1'830</b>
<b>Riduzione dei premi da parte dei cantoni secondo la LAMal (1996)</b>	<b>640</b>
<b>Sussidi forniti tuttora dai cantoni (1992)</b>	630
<b>Spese supplementari dovute alle riduzioni individuali dei premi</b>	10
<b>Sgravio nell'ambito delle PC sulla base delle riduzioni individuali dei premi</b>	-85
<b>Subtotale (escl. altre ripercussioni LAMal sui cantoni)</b>	<b>- 75</b>
* Amministrazione	41
* Finanziamento ospedaliero (potenziale di risparmio art. 49 LAMal)	-312
* Trattamenti extracantionali	70
<b>Bilancio (incl. altre ripercussioni LAMal sui cantoni)</b>	<b>- 276</b>

\*Fonte: valutazioni della Conferenza dei direttori cantonali della sanità e dalla Conferenza dei direttori cantonali delle finanze

- Se la riduzione individuale dei premi implica oneri supplementari per i cantoni, sarà possibile risparmiare nell'ambito delle prestazioni complementari. Uno sgravio nell'ambito dell'aiuto sociale non è preso in considerazione (privazione delle prestazioni assicurative, pagamento di premi irrecuperabili).



**6.3. L'introduzione della riduzione dei premi corrisponde effettivamente a un cambiamento di sistema? In tal caso, le casse malati e i cantoni dovranno completamente cambiare il loro sistema amministrativo e assumere numerosi funzionari supplementari?**

*Categorie interessate: cantoni, assicuratori*

*Disposizioni della LAMal cui è fatto riferimento: art. 65-66*

**La maggior parte dei cantoni possono basarsi sui sistemi di sussidiamento esistenti e non dovranno di conseguenza sopportare notevoli spese amministrative supplementari nell'ambito della nuova legge.**

- Il principio del sistema di sussidiamento è effettivamente nuovo a livello federale. Lo è anche per alcuni cantoni (UR, OW, GL, ZG, AI, GR, AG) che fino ad ora non conoscevano assolutamente o in modo assai limitato un sistema di riduzione dei premi in funzione del reddito degli assicurati. Altri cantoni (p. es. TI, NE, VD, ZH) conoscevano già un sistema di riduzione dei premi in funzione della capacità finanziaria degli assicurati. D'altronde, la Confederazione li ha già incoraggiati accordando (art. 4 del decreto federale del 13 dicembre 1991) un importo di 100 milioni di franchi, distribuito nel 1993, a coloro che andavano già in questa direzione o che hanno dato inizio a tale processo.
- L'introduzione di detto sistema avrà quindi **conseguenze diverse** da un cantone all'altro a dipendenza del fatto che questi abbiano o meno organizzato l'infrastruttura necessaria (informatica, locali, personale), la collaborazione tra gli organi interessati (casse malati, amministrazione fiscale cantonale) e le procedure di conseguimento (su richiesta o d'ufficio).

- 
- Visto che i cantoni hanno la libertà di scegliere il sistema di sussidiamento che desiderano (limiti d'attribuzione, importo dei sussidi, procedura di concessione), l'onere amministrativo varierà in funzione della scelta operata.
  - Il *Canton Ticino* attua un sistema di riduzione dei premi a seconda della capacità economica degli assicurati. Funziona con un effettivo di 8 *persone*. Il Cantone di Neuchâtel si situa sullo stesso piano con un sistema di riduzione molto affinato e impiegando 11 *persone* (indicazioni ottenute nel 1993).



### Elenco alfabetico delle parole chiave

Alternative alla LAMal	1.3./1.4.
Artisana	1.6./3.9.
Assicuratori privati	1.7.
Assicurazione collettiva	3.6./3.11.
Assicurazione di qualità	2.5.
Assicurazioni complementari	1.2./2.4./3.4./3.7./5.1.
Assicurati	
- in generale	2.1./2.5.-2.11./3.1.-3.5./4.2./4.5./5.1.-5.4.
- più anziani	1.1./2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./3.10./4.1./4.3.
- più giovani	1.1./3.9./3.10./4.4.
- collettivi	3.6./3.11.
Assicuratori	2.1.-2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.
Assistenza sociale	1.2./6.2.
Aumento dei premi	3.3./3.11.
Budget globale	2.9./6.1.
Cantoni	2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1.-6.3.
Carattere economico	2.5.
Casse "a buon mercato"	1.1./3.6.
Compensazione dei rischi	5.3.
Concorrenza	1.1./2.1./2.2./5.4.
Contenimento dei costi	2.1./3.4.
Costi della salute	2.12.
Costi delle cure medico-sanitarie, evoluzione fino al 1992	1.1.
Datori di lavoro	2.1.
Desolidarizzazione	2.3.
Diritto d'urgenza	1.1.
Dispensazione di medicinali da parte dei medici	4.6.
Divieto di creare cartelli	1.7./2.1./2.2./5.2.
Donne	3.7./3.11./4.4.

Estensione quantitativa	2.6.
Evoluzione dei prezzi	1.1.
Evoluzione dei salari	1.1.
Famiglie	3.6./4.3./4.4.
Finanziamento dell'assicurazione malattia	2.13./3.3.
Fornitori di prestazioni	2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1.-4.3./4.5./4.6./5.2.
HMO	2.8.
Iniziativa PSS/USS	1.4.
Libertà contrattuale	2.1.
Libero passaggio	1.1./1.7./2.4./3.8.
Medici	1.7./4.2./4.6.
Medicina complementare	4.2.
Medicina in due classi	4.1./5.1.
Medicina pubblica	1.6.
Misure straordinarie atte a contenere i costi	2.1./6.1.
Modelli di assicurazione alternativi	2.8.
Obbligo	2.3.
Ospedali	2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.
Partecipazione alle spese	2.7./2.11.
Pianificazione ospedaliera	2.10.
Premi	
. in generale	3.3.
. conformi al rischio	3.9./3.10.
Premi in funzione dell'età	3.9.
Premi in funzione dell'età d'entrata	2.3./3.6.
Premio pro capite	3.1.
Premio unico	3.2.
Prestazioni	3.3./4.1.
Prestazioni complementari	6.2.
Prevenzione	4.4./4.5.
Promozione della salute	2.7./4.4./4.5.

---

Responsabilità personale degli assicurati	2.1./2.7.
Riduzione dei premi	3.1./3.4./6.2./6.3.
Spese amministrative	5.4./6.3.
Spitex	4.3.
Storia del progetto LAMal	1.5.
Sussidi	3.5.
Sussidi suppletivi di montagna	3.12

**Elenco delle categorie interessate**

Assicurati	
- in generale	2.1./2.5.-2.11./3.1.-3.5./4.2./4.5./5.1.-5.4.
- più anziani	2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./4.1./4.3.
- più giovani	3.9./3.10./4.4.
- collettivi	3.6./3.11.
Assicuratori	2.1.-2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.
Cantoni	2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1.-6.3.
Datori di lavoro	2.1.
Donne	3.7./3.11./4.4.
Famiglie	3.6./4.3./4.4.
Fornitori di prestazioni	2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1.-4.3./4.5./4.6./5.2.
Ospedali	2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.
Popolazione di montagna	3.12.

## Registro della legge

art.		art.	
3 e segg.	2.3.	50	4.3.
7	2.4./3.7.	51	2.9./6.1.
12 cpv. 2+3	3.7./5.1.	53	6.1.
19	4.4./4.5.	54	6.1.
20	4.4./4.5.	55	6.1.
22	5.4.	56	2.5.
24 e segg.	3.3./4.1./5.1.	58	2.5
26	4.4./4.5.	61	3.1./3.2./3.7./5.2.
29	3.7./4.3.	62	2.8./5.2.
30	3.7.	64	2.11.
32	4.2.	65	3.4./6.1./6.2./6.3.
33	4.2.	66	3.4./6.1./6.2./6.3.
37 cpv. 3	4.6.	105	5.3.
39 cpv. 1 Pett. d	2.10./4.3.	106 cpv. 1	3.5.
42 cpv. 3	2.6.		
43	2.6.		
46 cpv. 1-3	2.2./5.2./6.1.		
47	6.1.		
48	6.1.		
49	2.6./4.3.		



## D Rapport complémentaire: Réductions individuelle des primes

### Table des matières

Les caractéristiques de la nouvelle réglementation	p. 97
Quel montant maximal est à disposition des cantons?	p. 98
Pourquoi est-il difficile d'émettre des assertions exactes concernant les répercussions des réductions de primes?	p. 100
Qui paie quelles primes mensuelles par ménage?	p. 102
Types de ménages: 2 adultes 2 enfants 2 adultes 4 enfants 1 adulte	
Comment pourrait être mise en pratique la réduction des primes? L'exemple du canton du Tessin	p. 105
<b>Annexes</b>	
Répartition des revenus imposables des différents types de ménages dans le canton de Neuchâtel (figure)	p. 107
Situation au niveau des primes pour un revenu imposable de 40'000 francs (figures)	p. 108

---

### Les caractéristiques de la nouvelle réglementation

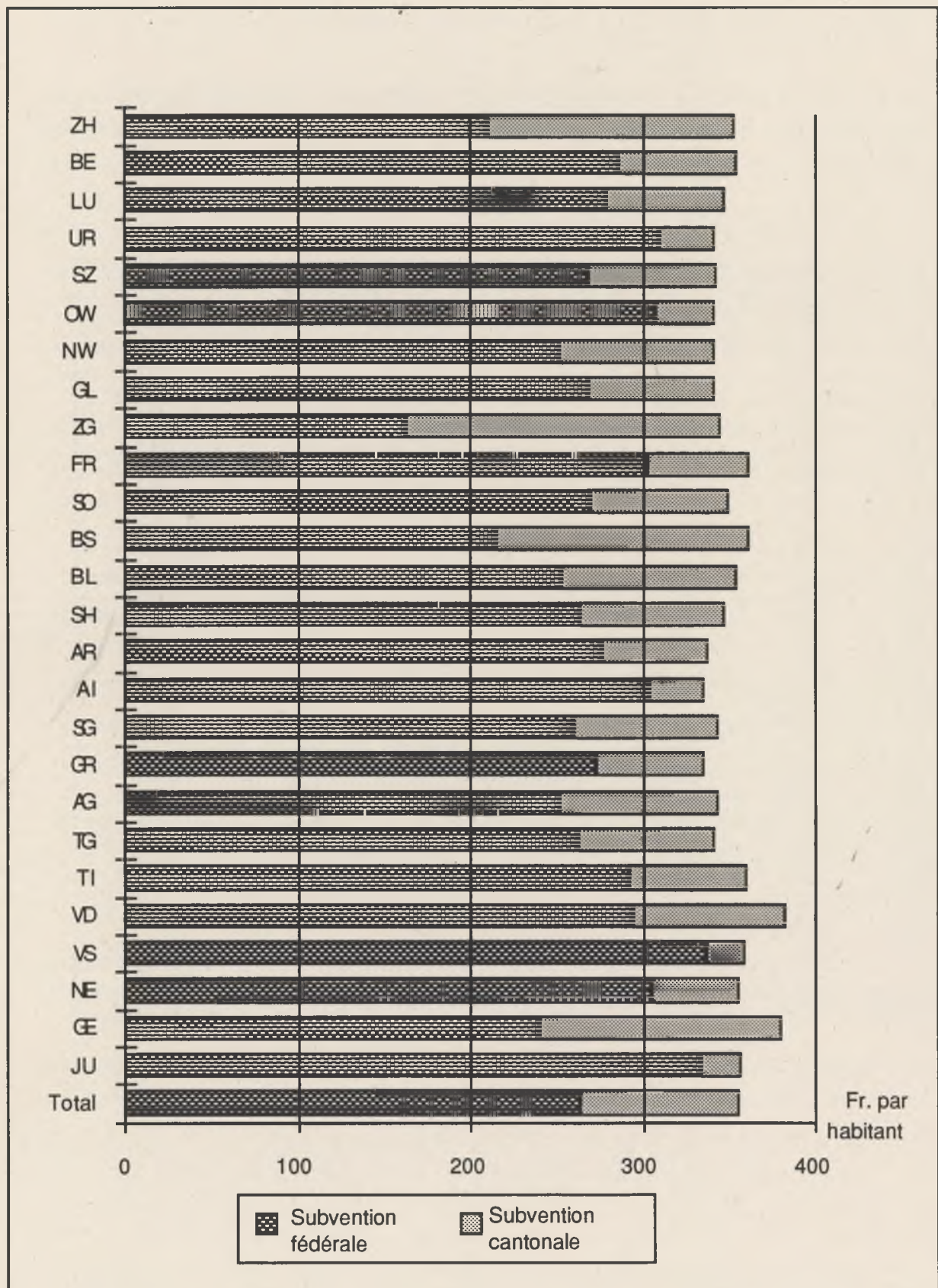
- Réductions individuelles des primes pour les personnes et ménages dans une situation économique modeste en lieu et place de subventions distribuées aux caisses selon le principe de l'arrosoir.
- Globalement, les cantons fournissent au moins la moitié de la subvention fédérale.
- La subvention fédérale et cantonale maximale est augmentée par étapes (cf. question 6.2).
- La clé de répartition des subventions fédérales est fixée en fonction de la population résidente, de la capacité financière et éventuellement des primes.
- Les cantons fixent eux-mêmes la procédure en matière de détermination et de paiement des réductions de primes.
- Dans la mesure où la réduction des primes pour des assurés de condition économique modeste est garantie, les cantons à primes peu élevées peuvent réduire leur contribution jusqu'à concurrence de 50 pour-cent.
- Les subventions fédérales qui ne sont pas sollicitées par les cantons demeurent dans la caisse fédérale et ne font pas l'objet d'une répartition.
- Comme il en a été décidé par le souverain, les dépenses supplémentaires de la Confédération sont principalement financées par la taxe sur la valeur ajoutée.
- Les cantons contribuent aujourd'hui déjà (1992) aux réductions de primes pour un montant s'élevant à environ 630 millions de francs. Au niveau des réductions de primes, la nouvelle loi constitue pour eux une charge supplémentaire. Leurs charges sont cependant allégées au niveau des prestations complémentaires et de l'aide sociale.
- La dépense administrative n'est pas très importante (cf. question 6.3.)

**Quel montant maximal est à disposition des cantons?**

Selon les calculs de l'administration fédérale des finances, les cantons pourraient disposer des contributions maximales suivantes (Confédération et canton)<sup>3</sup>:

Cantons	Subvention fédérale absolue en mio.Fr.	Subvention cantonale absolue en mio.Fr.	Total en mio.Fr.	Subvention fédérale en Fr. par habitant	Subvention cantonale en Fr. par habitant	Total en Fr. par habitant
ZH	248	168	416	210	144	354
BE	272	65	337	286	69	355
LU	93	22	115	279	68	347
UR	11	1	12	310	32	342
SZ	31	9	40	268	75	343
OW	9	1	10	307	35	342
NW	9	3	12	252	90	342
GL	10	3	13	268	74	342
ZG	14	16	30	163	182	345
FR	65	13	78	303	59	362
SO	63	19	82	269	81	350
BS	43	29	72	215	147	362
BL	62	25	87	253	102	355
SH	19	6	25	263	84	347
AR	15	3	18	276	62	338
AI	4	1	5	304	32	336
SG	113	36	149	260	84	344
GR	50	12	62	273	63	336
AG	129	47	176	252	92	344
TG	56	17	73	262	80	342
TI	84	20	104	292	68	360
VD	178	54	232	294	89	383
VS	87	6	93	337	22	359
NE	50	8	58	305	51	356
GE	92	55	147	240	141	381
JU	22	2	24	333	24	357
<b>Total</b>	<b>1830</b>	<b>640</b>	<b>2470</b>	<b>264</b>	<b>92</b>	<b>356</b>

<sup>3</sup>Selon la variante 2A = pondération moyenne de la capacité financière et pondération faible du critère prime.



---

**Pourquoi est-il difficile d'émettre des assertions concrètes concernant les répercussions des réductions de primes?**

- Dans l'ancienne loi, la situation en matière de primes pour chaque assuré est différente selon la caisse, l'âge d'entrée de l'assuré et le type d'assurance choisi.
- Les primes ne sont pas saisies au niveau statistique.
- Les cantons déterminent le système de réduction des primes et définissent ainsi également quels sont les personnes et les ménages de condition économique modeste.
- Les revenus imposables sont saisis de manière uniforme uniquement dans le cadre de la statistique des impôts fédéraux directs. Les catégories non soumises à l'impôt fédéral - personnes seules avec un revenu au dessous de 14'000 francs, personnes mariées avec un revenu au dessous de 23'300 francs - ne sont pas saisies au niveau statistique.
- Les statistiques fiscales cantonales ne sont pas uniformes et ne peuvent par conséquent pas être exploitées de manière uniforme.
- La Suisse comprend 26 lois fiscales, ceci rendant toute comparaison problématique (p.e. du fait de déductions différentes).
- La clé de répartition pour les subventions fédérales n'est pas encore définitivement fixée.
- La situation lors de l'entrée en vigueur de la loi (1er janvier 1996) repose sur des pronostics et a été calculée sur la base d'un indice des primes ainsi que d'estimations au niveau des coûts.
- Les estimations de coûts reposent sur des hypothèses du fait que le catalogue des prestations sera déterminé seulement dans l'ordonnance relative à la nouvelle loi.

- Il est difficile d'estimer les répercussions de la nouvelle loi dans la mesure où il s'agit d'une réorganisation du système. Ce ne sont pas les répercussions au premier jour de l'entrée en vigueur qui sont importantes mais bien la sauvegarde du système à moyen et long terme.

Malgré ces difficultés, l'Office fédéral des assurances sociales a tenté de présenter la situation possible au niveau des primes dans les différents cantons<sup>4</sup>.

**A considérer lors de l'interprétation:**

- Un revenu annuel imposable de 40'000 francs correspond environ au revenu mensuel moyen OFIAMT de 4'778 francs.
- Par rapport au total des contribuables, la part des contribuables bénéficiant d'un revenu imposable se situant au-dessous de 35'000 francs se situe, selon les cantons, entre 34 et 61 pour-cent.

---

<sup>4</sup>Cf. également le graphique concernant la répartition des revenus imposables dans le canton de Neuchâtel (exemple) ainsi que la situation en matière de primes pour les différents types de ménage pour un revenu de 40'000 francs.

**Qui paie quelles primes mensuelles?  
Ménage avec 2 adultes et 2 enfants**

**Cantons avec des primes relativement basses** (limite de subventionnement p.e. 6%)

AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	326	326	326
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	200	250
Différence en pour-cent	-69.4	-38.7	-23.4

**Cantons avec des primes moyennes** (limite de subventionnement p.e. 11%)

BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	460	460	460
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	367	458
Différence en pour-cent	-60.1	-20.2	-0.3

**Cantons avec des primes relativement élevées** (limite de subventionnement p.e. 16%)

GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	560	560	560
Nouvelle prime par ménage en fr.	267	533	667
Différence en pour-cent	-52.4	-4.8	19.1

**Qui paie quelles primes mensuelles?  
Ménages avec 2 adultes et 4 enfants**

**Cantons avec des primes relativement basses** (limite de subventionnement p.e. 6%)

AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	409	409	409
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	200	250
Différence en pour-cent	-75.5	-51.1	-38.9

**Cantons avec des primes moyennes** (limite de subventionnement p.e. 11%)

BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	576	576	576
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	367	458
Différence en pour-cent	-68.2	-36.3	-20.4

**Cantons avec des primes relativement élevées** (limite de subventionnement p.e. 16%)

GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	702	702	702
Nouvelle prime par ménage en fr.	267	533	667
Différence en pour-cent	-62.0	-24.0	-5.0



**Qui paie quelles primes mensuelles?****Ménages avec 1 adulte****Cantons avec des primes relativement basses** (limite de subventionnement p.e. 6 %)

AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	122	122
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	142
Différence en pour-cent	-18.0	16.6

**Cantons avec des primes moyennes** (limite de subventionnement p.e. 11%)

BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	172	172
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	200
Différence en pour-cent	6.8	16.6

**Cantons avec des primes relativement élevées** (limite de subventionnement p.e. 16%)

GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	209	209
Nouvelle prime par ménage en fr.	244	244
Différence en pour-cent	16.6	16.6

## **Comment pourrait être mise en pratique la réduction des primes?**

### **Exemple du canton du Tessin**

- Par une loi du 28 mai 1986 (entrée en vigueur le 1.1.87), le canton du Tessin a déclaré l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population. Par la même occasion, il a introduit un système de réduction de primes qui se fonde sur les principes suivants:
- Les primes sont subventionnées par le canton lorsque le revenu imposable de l'assuré se situe au-dessous d'une certaine limite. Le droit à cette subvention existe lorsque le revenu n'atteint pas 16'000 francs pour une personne seule et 26'000 francs pour une famille.

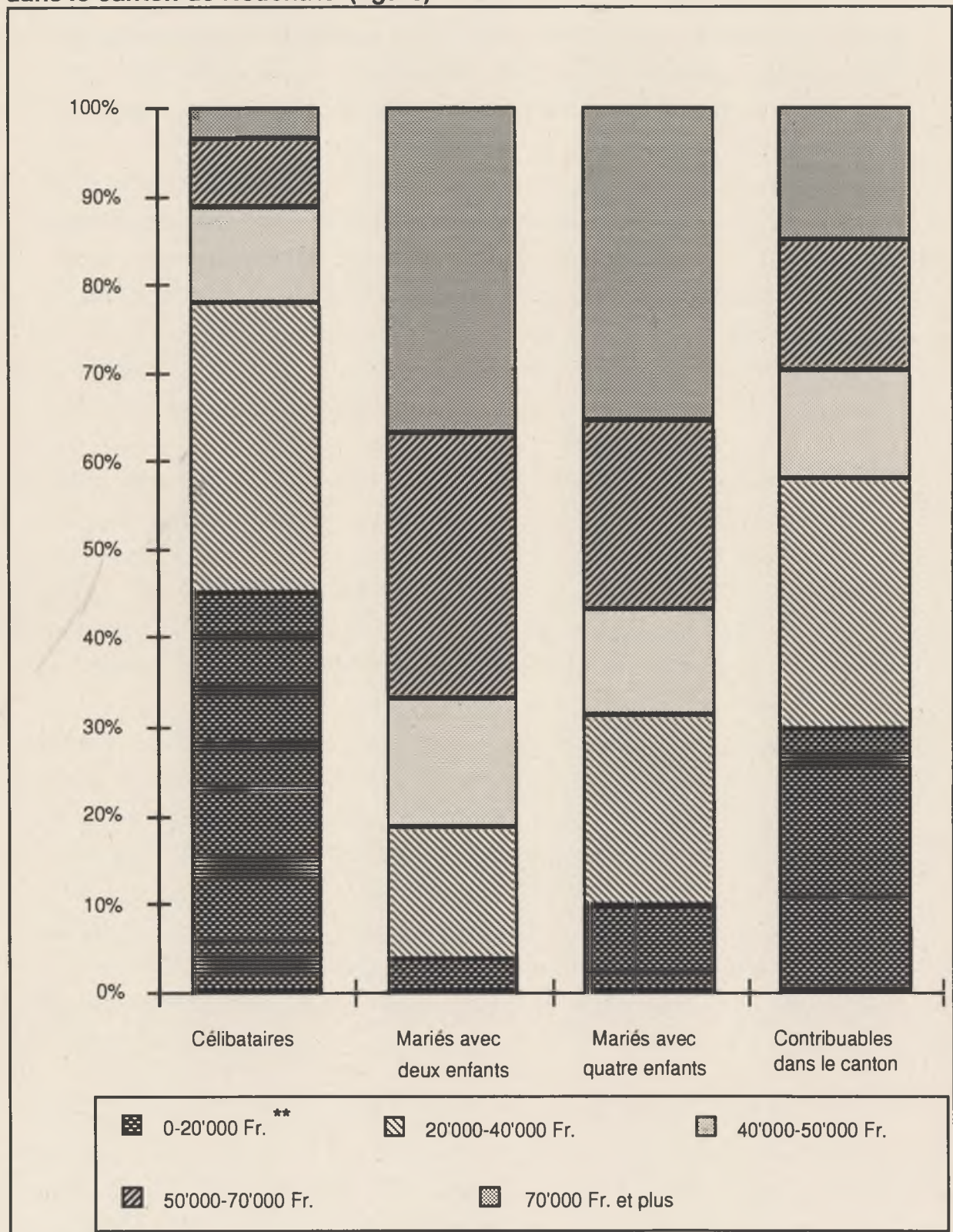
Le niveau de la contribution cantonale est calculé de la manière suivante:

- L'assuré paie lui-même une part de la prime, celle-ci étant fonction du revenu imposable (quote-part minimale). Cette part s'élève à 7 pour-cent du revenu pour les adultes célibataires, à 4,5 pour-cent pour les membres adultes de la famille et à 2 pour-cent pour les enfants. Il s'agit ainsi d'une contribution minimale qui est fixée proportionnellement au revenu.
- Sur la base de la somme globale des primes perçue par les caisses dans le canton du Tessin, le canton détermine chaque année une prime moyenne pondérée. Celle-ci est utilisée comme base pour la fixation du niveau de la subvention. Elle constitue la limite supérieure pour la prise en charge par le canton. Pour l'année 1994, cette limite a été fixée à Fr. 1'760.- pour les adultes et à Fr. 880.- pour les enfants. Au cas où la caisse exige un montant plus élevé d'un assuré ayant droit à une réduction de primes, l'assuré paierait alors lui-même la différence entre la prime moyenne pondérée et la prime de sa caisse.

Si la caisse exige par exemple Fr. 1'900 pour l'année 1994, l'assuré paiera alors lui-même Fr. 140.- en plus de sa contribution minimale. Il est ainsi profitable pour lui d'appartenir à une caisse dont les cotisations ne sont pas plus élevées que la prime moyenne pondérée.

- 
- Lorsqu'ils obtiennent une réduction de primes ou lorsqu'ils bénéficient d'un revenu au-dessous de Fr. 35'000, les familles sont en outre exemptées du paiement de la prime pour le deuxième enfant. Toutes les familles sont exemptées du paiement des primes pour le troisième enfant ainsi que pour les enfants suivants.
  - En 1992, 33 pour-cent de la population a obtenu une réduction de primes de la part du canton; 66 millions de francs environ ont été affectés à cette tâche en 1993. Sur la base d'estimations, 104 millions de francs seront à disposition dans le cadre de la nouvelle loi.

### Répartition des revenus imposables des différents types de ménages dans le canton de Neuchâtel (figure) \*



\* Source: Office fédéral des assurances sociales selon des données du Département des finances et des affaires sociales du canton de Neuchâtel (taxation 1993)

\*\* Les apprentis et étudiants âgés de plus de 17 ans sans revenu imposable sont également compris dans les revenus jusqu'à 20'000 francs.

## Primes mensuelles: différences en pour-cent

Type de ménage: 1 adulte  
 Revenu imposable: Fr. 40'000.-



Prime



Caisses-maladie

~ 17%<sup>4</sup>

~ 17%

~ 17%

<sup>1</sup> AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

<sup>2</sup> BE, ZH, SO, NE, BL, JU

<sup>3</sup> GE, VD, FR, VS, TI, BS

<sup>4</sup> L'augmentation de primes est identique dans les trois cantons du fait que, dans les trois cantons, un ménage composé d'un assuré adulte n'obtient aucune subvention pour la réduction individuelle des primes.

## Primes mensuelles: différences en pour-cent

Type de ménage: 2 adultes, 2 enfants  
 Revenu imposable: Fr. 40'000.-

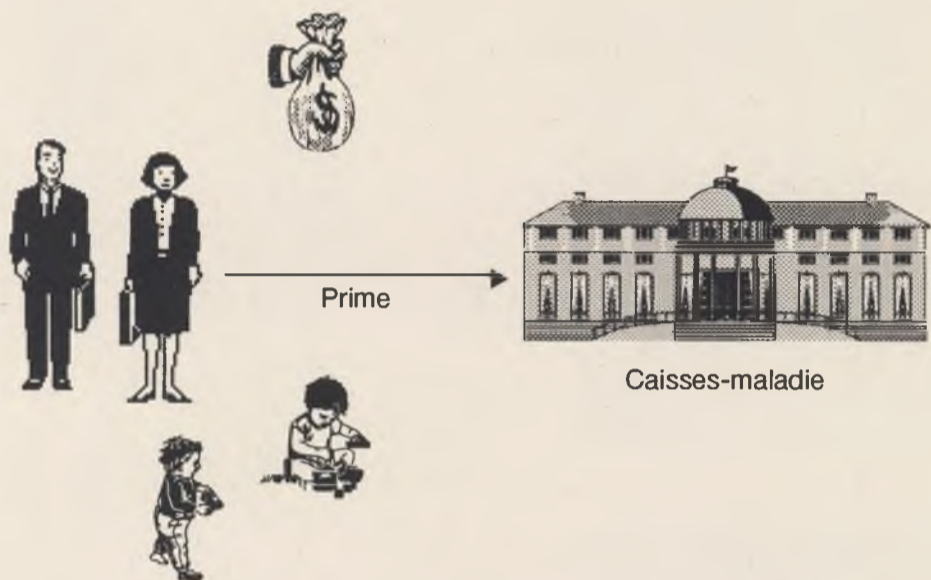
Cantons avec des primes  
relativement basses<sup>1</sup>



Cantons avec des  
primes moyennes<sup>2</sup>



Cantons avec des  
primes rela-  
tivement élevées<sup>3</sup>



~ -39%

~ -20%

~ -5%

<sup>1</sup> AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

<sup>2</sup> BE, ZH, SO, NE, BL, JU

<sup>3</sup> GE, VD, FR, VS, TI, BS

## Primes mensuelles: différence en pour-cent

Type de ménage: 2 adultes, 4 enfants  
 Revenu imposable: Fr. 40'000.-

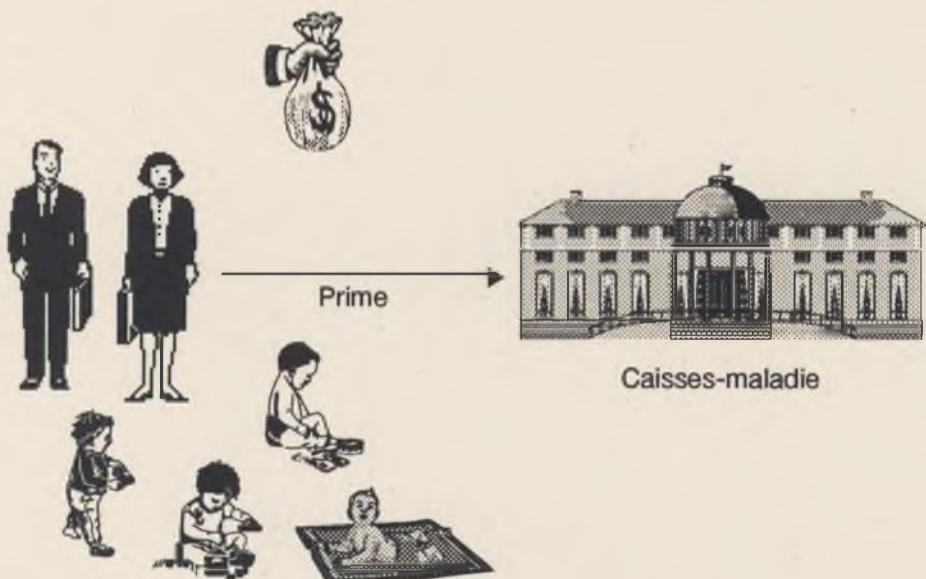
Cantons avec des primes  
relativement basses<sup>1</sup>



Cantons avec des  
primes moyennes<sup>2</sup>



Cantons avec des  
primes rela-  
tivement élevées<sup>3</sup>



~ -51%

~ -36%

~ -24%

<sup>1</sup> AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

<sup>2</sup> BE, ZH, SO, NE, BL, JU

<sup>3</sup> GE, VD, FR, VS, TI, BS

## Allegato 1: Revisione della LAMI: una storia sofferta

L'attuale legge sull'assicurazione malattia risale all'anno 1911 ed è stata sottoposta ad una revisione parziale degna di nota un'unica volta, nel 1964. I tentativi di adeguare la legge alle esigenze attuali sono stati numerosi e infruttuosi. Dal 1969 al 1974 si è mirato soprattutto a riformare fondamentalmente l'assicurazione malattia. Dal 1976 al 1987 si è data la priorità alle revisioni parziali, a tappe sempre più brevi.

Appena cinque anni dopo la revisione parziale del 1964, consistente soprattutto in un miglioramento delle prestazioni e in un aumento delle sovvenzioni da parte della Confederazione, una commissione peritale inizia ad occuparsi della revisione totale. Dai lavori risulta la controproposta all'iniziativa del Partito socialista svizzero "Per l'istituzione di un'assicurazione sociale contro le malattie". Nel 1974, tuttavia, Popolo e Cantoni respingono entrambi i progetti. Tredici anni più tardi fallisce anche il cosiddetto programma d'emergenza che comprende un'assicurazione maternità finanziata con una percentuale prelevata dagli stipendi. Nel 1992 il corpo elettorale respinge l'iniziativa delle Casse malati "per un'assicurazione malattia finanziariamente sopportabile".

### Date fondamentali della revisione dell'assicurazione malattia:

- 1914** Entra in vigore la legge federale sull'assicurazione malattia (LAMI) del 13 giugno 1911. Si tratta di una **legge sulle sovvenzioni** in cui sono definite le condizioni quadro che le casse malati devono soddisfare per potere beneficiare dei sussidi federali.
- 1921/1947/  
1952** Diverse commissioni peritali esaminano alcuni progetti di revisione. **Non si giunge tuttavia ad alcuna revisione.**
- 1964** Il Parlamento vara **la sola revisione della LAMI** finora degna di nota. Essa facilita l'affiliazione alle casse malati, migliora le prestazioni e aumenta i sussidi federali.
- 1969** La **commissione peritale** inizia i lavori "per un nuovo ordinamento dell'assicurazione malattia".
- 1970** Il Partito socialista svizzero lancia l'**iniziativa "per l'istituzione di un'assicurazione sociale contro le malattie"**.

- 1972** La commissione peritale '70 presenta il "**modello di Flims**" che contempla un'assicurazione ospedaliera obbligatoria e finanziata tramite l'aumento dei contributi AVS, l'assicurazione facoltativa per le altre cure mediche e la creazione di un'assicurazione obbligatoria d'indennità giornaliera per le persone che lavorano.
- 1973** Il Consiglio federale adotta il messaggio sull'iniziativa del PSS del 1970 e il controprogetto relativo. Quest'ultimo prevede **l'assicurazione obbligatoria per grandi rischi** (cure mediche in stabilimenti di cura), finanziata con una percentuale dello stipendio.
- 1974** Le Camere federali sopprimono l'assicurazione obbligatoria delle cure medicofarmaceutiche.
- Il Popolo e i Cantoni respingono** sia l'iniziativa del PSS sia il controprogetto delle Camere federali.
- 1976** La commissione peritale riprende i lavori "per una **revisione parziale dell'assicurazione malattia**".
- 1981** Messaggio del Consiglio federale sulla **revisione parziale dell'assicurazione malattia e maternità**: mantiene facoltativa l'assicurazione delle cure medicofarmaceutiche e colma alcune lacune (Spitex, soppressione del limite di durata per le prestazioni ospedaliere). Il messaggio prevede inoltre misure di contenimento dei costi e l'assicurazione obbligatoria d'indennità giornaliera di maternità per i lavoratori dipendenti. Il finanziamento sarebbe assicurato dal prelievo di una percentuale dello stipendio.
- 1985** Le casse malati lanciano l'**iniziativa "per un'assicurazione malattia finanziariamente sopportabile"** che prevede l'aumento massiccio dei sussidi federali per ridurre i premi.
- 1986** Il PSS e l'Unione sindacale svizzera depositano l'**iniziativa "per una sana assicurazione malattia"**. Essa prevede un'assicurazione malattia obbligatoria e l'assicurazione di un'indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti il cui finanziamento è garantito dal prelievo di una percentuale sul salario.
- 1987** **Il programma d'emergenza LAMI è chiaramente respinto dalla votazione popolare.** Poco più tardi il Consiglio federale decide di procedere ad una profonda revisione della legge sull'assicurazione malattia.
- 1991** Messaggio del Consiglio federale alle Camere per una revisione totale dell'assicurazione malattia. Quale provvedimento urgente, un **decreto federale urgente** frena l'aumento dei costi sfrenato.



- 
- 1992** L'iniziativa delle casse malati è nettamente respinta nella votazione popolare.
- 1993** **Il corpo elettorale accetta** il Decreto federale **urgente** concernente i provvedimenti temporanei contro l'aumento dei costi nell'assicurazione malattia. Esso contempla il blocco delle tariffe nel settore ambulatoriale e il contenimento dei costi nel settore ospedaliero. Il decreto è valido sino al 31 dicembre 1994.
- 1994** Il 18 marzo, le Camere federali adottano la revisione totale della LAMI che è approvata dal Consiglio nazionale con 124 voti contro 38 e dal Consiglio degli Stati con 35 voti contro 1.

## Allegato 2: Modello di esposto

### Medicina di qualità accessibile a tutti

L'assicurazione malattia rischia di diventare un **bene di lusso**. Nel nostro sistema di assicurazione malattia qualcosa non funziona, quando le persone anziane non possono più pagare i premi delle casse malati con la loro rendita di vecchiaia, quando le famiglie con figli raggiungono i limiti della loro capacità economica a causa dei costi sanitari eccessivi, quando i malati cronici che hanno sempre pagato con puntualità i premi della cassa malati sono improvvisamente privati delle prestazioni assicurative.

I **costi del nostro sistema sanitario** aumentano da anni più in fretta dell'indice nazionale dei prezzi al consumo e dei salari. Tra il 1966 e il 1992, i costi delle cure mediche e farmaceutiche sono aumentati in media del **10 per cento** ogni anno. Nello stesso lasso di tempo, l'evoluzione dei prezzi ammontava solo al 4 per cento. Tra il 1985 e il 1992, l'assicurazione di base ha fatto figurare un tasso d'aumento annuo del 7 per cento circa.

L'"esplosione dei costi" è stata bloccata grazie a un diritto d'emergenza, ossia il decreto urgente del Consiglio federale del 1991 e del 1992. Si deve ridurre la pressione se non si vuole che la pentola scoppi. La **legge sull'assicurazione malattia** – in vigore dal 1911 – non può più risolvere i problemi attuali. Per tale motivo, la Confederazione ha presentato, già nel 1969, un progetto di revisione. Tuttavia, gli aventi diritto di voto hanno rifiutato ben due volte, nel 1974 e nel 1987, i relativi progetti.

Nel frattempo, i problemi sono divenuti più acuti. All'interno dell'assicurazione malattia esiste una **vera e propria necessità di agire!** L'aumento dei costi nel settore sanitario diventa sempre più oneroso per i bilanci pubblici e privati – esso comporta anche una desolidarizzazione. Un numero sempre più elevato di cittadini non si può più permettere di avere una buona assicurazione malattia e quindi nemmeno una buona previdenza in tale ambito. L'onere dei premi è diventato troppo elevato e provoca una mancanza della protezione assicurativa proprio all'interno degli strati sociali dove è più necessaria.

In seguito a quanto summenzionato cresce l'**onere per l'assistenza sociale** a livello comunale e cantonale, per le prestazioni complementari all'AVS e per altri istituti collettivi sociali. Ciò rischierebbe di condurre a delle rotture – anche in seguito alla scarsità delle finanze del potere pubblico. Il Consiglio federale e il Parlamento oppongono a tale evoluzione la nuova legge sull'assicurazione malattia (LAMal). **La revisione totale della LAMI (legge in vigore) garantisce un'assistenza medica qualitativamente buona e completa, accessibile a tutti dal punto di vista finanziario.**

**Con la LAMal, il Consiglio federale e il Parlamento vogliono raggiungere i 3 obiettivi seguenti:**

1. Colmare le lacune nell'assicurazione di base.
2. Contenere l'aumento dei costi.
3. Colmare le lacune nell'ambito della solidarietà e frenare la desolidarizzazione.

**1. Colmare le lacune nell'assicurazione di base**

Da anni, le lacune nell'assicurazione malattia, nell'assicurazione di base, sono divenute evidenti: hanno addirittura contribuito, in parte, ad aumentare i costi anche se effettivamente volevano o dovevano ottenere il contrario. Di conseguenza, le **cure a domicilio** non erano attrattive per molti assicurati, essendo più care di un soggiorno in ospedale. Le casse malati hanno infatti preso a carico, per le prestazioni Spitex – meno care – nell'assicurazione di base, solo una parte delle spese, mentre i soggiorni in ospedale – più cari – venivano rimborsati completamente. La LAMal pone termine a tali contraddizioni, colmando tutte le lacune nell'assicurazione di base che finora potevano essere coperte solo per mezzo di assicurazioni complementari private.

Le casse malati copriranno ulteriormente – senza dover ricorrere a un'assicurazione complementare – i costi delle prestazioni **Spitex**, ossia delle cure medico-sanitarie a domicilio. L'obbligo di prestazione dell'assicurazione malattia in caso di un soggiorno in ospedale o in una casa di cura non avrà più limite di durata. Finora le casse hanno preso a carico al massimo 720 giorni di cura su 900, vale a dire che i malati cronici, se non disponevano di un'assicurazione complementare privata, erano privati delle prestazioni assicurative dopo 720 giorni e dovevano pagare personalmente il resto delle spese mediche e farmaceutiche.

Di conseguenza le casse devono finanziare anche i **provvedimenti di prevenzione** quali la ricerca di previdenza. Devono inoltre partecipare al pagamento delle spese per il trasporto di malati e – a determinate condizioni – per metodi di cura alternativi.

**Cambiamento di cassa libero**

Con il cosiddetto libero passaggio integrale, la LAMal contribuisce in modo decisivo alla deregolamentazione: gli assicurati possono cambiare cassa malati in ogni momento e senza subire conseguenze negative. Oggigiorno, infatti, chi vuole, a una certa età e in caso di malattia, – liberamente o obbligatoriamente – essere assicurato presso un'altra cassa malati, deve considerare due svantaggi assai importanti:

- I premi sono più elevati.
- Se l'assicurato è malato o rischia di divenirlo, la nuova cassa può esigere una riserva assicurativa. Tale situazione colpisce specialmente gli assicurati con più di 45 anni. Per tali assicurati è praticamente impossibile cambiare cassa in base alla regolamentazione legale in vigore, specialmente nel caso in cui soffrono di disturbi alla salute. Una paziente con disturbi cardiaci, per esempio, non poteva finora lasciare la cassa scelta poiché la nuova assicurazione l'avrebbe accettata solo con una cosiddetta riserva riguardo alla sua malattia cardiaca. Essa dovrebbe quindi pagare personalmente le spese sanitarie in relazione con la malattia di cui soffre.

In futuro, chi cambierà – **in base alla LAMal** – cassa malati, non sarà più svantaggiato:

- La nuova legge impedisce di ricorrere a **riserve assicurative**. Ogni cassa deve accettare tutti gli assicurati senza eccezioni.
- Il premio unico per ogni cassa impedisce che un cambiamento di cassa comporti ulteriori spese. Gli assicurati possono spostarsi liberamente sul mercato e decidere **per l'offerente più conveniente** senza riportare svantaggi.

Tali modificazioni – sono state menzionate solo le più importanti – copriranno in futuro **senza lacune il fabbisogno di base** nell'assicurazione malattia **per tutti i cittadini**. I miglioramenti delle prestazioni saranno riscontrabili a livello dei premi, anche se minimamente. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS prevede un aumento del livello medio dei premi del **4,5 per cento circa**. Si deve tuttavia considerare che molti assicurati potranno però risparmiare nell'ambito delle assicurazioni complementari private.

## 2. Contenere l'aumento dei costi

La desolidarizzazione nell'assicurazione malattia potrà essere arrestata solo se si riuscirà a contenere l'aumento dei costi. La LAMal prevede perciò un **ampio ventaglio di provvedimenti**. La loro coordinazione dovrebbe aiutare a raggiungere lo scopo. Sono inoltre importanti la responsabilità individuale degli interessati nonché degli assicurati e una concorrenza leale e moderata. Le grandi casse malati dimostrano che le proposte non sono solo pura teoria poiché prevedono **risparmi dell'8-10 per cento**.

La LAMal apporta **più concorrenza** sia per i fornitori di prestazioni – medici e ospedali – sia per le assicurazioni. L'**interdizione di formare cartelli** assume un'importanza fondamentale. Gli accordi atti a limitare la concorrenza tuttora molto diffusi saranno proibiti. Attualmente, la società dei medici, per esempio, impedisce ai suoi membri di concludere contratti individuali con le casse malati o di utilizzare tariffe inferiori a quelle già esistenti. Tali cartelli stimolano la crescita dei costi, non saranno quindi più autorizzati a partire dal 1° gennaio 1996, data in cui è prevista l'entrata in vigore della nuova legge.

Le stesse casse sono motivate ad avere un'amministrazione più economica poiché gli assicurati in futuro possono **cambiare assicurazione malattia in ogni momento e senza limitazioni**. Il premio unico per la nuova e completa assicurazione di base permette a ogni membro della cassa di scegliere senza difficoltà la cassa più conveniente. Finora per le persone aventi più di 45 anni era praticamente impossibile cambiare cassa a causa della struttura dei premi. Il cambiamento di cassa avrebbe infatti comportato premi più elevati. Le persone colpite da tale pratica erano gli assicurati che negli ultimi anni erano obbligati a cambiare cassa in età avanzata, per esempio in seguito a fusioni.

Le casse malati avranno invece una maggiore **libertà di scelta** per quanto concerne l'elaborazione delle convenzioni tariffarie, di modo che la concorrenza dalla parte degli offerenti (ospedali e medici) sarà rafforzata.

Tuttavia, anche gli assicurati sono tenuti, grazie alla nuova legge, ad essere più responsabili per quanto riguarda i costi. La legge prevede per loro, ad eccezione dei casi di maternità, una **partecipazione alle spese**. Chi vorrebbe diminuire i premi dell'assicurazione di base, ha la possibilità di chiedere facoltativamente una partecipazione ai costi più elevata. La nuova legge prevede espressamente forme d'assicurazione alternative (p.es. HMO/"casse della salute"). Anche in tal caso gli assicurati possono approfittare di premi più esigui. Al fine di non incoraggiare la formazione di una nuova specie di "casse a buon mercato", tali riduzioni dei premi non possono essere intraprese a carico della comunità degli assicurati.

## **Il regime obbligatorio**

Il nuovo regime obbligatorio è **il vero e proprio fondamento** della legge sull'assicurazione malattia. Esso crea i presupposti per poter raggiungere gli obiettivi principali della revisione. Solo grazie alla partecipazione comune di tutti i cittadini all'assicurazione malattia si può avere la desiderata solidarietà. Solo grazie al regime obbligatorio è possibile mettere in pratica il libero passaggio integrale per gli assicurati e, di conseguenza, una concorrenza atta a diminuire i costi del sistema sanitario diventa realtà.

Tuttora, il 99 per cento delle persone che vivono in Svizzera sono affiliati a un'assicurazione malattia. Il regime obbligatorio non apporterà perciò modificazioni rilevanti in proposito. Di conseguenza, i costi relativi a tale cambiamento saranno limitati. In base a un calcolo eseguito dai direttori cantonali della sanità e delle finanze, i **costi supplementari ammonteranno**

solo allo **0,2 per cento** delle spese totali dell'assicurazione di base. Si tratta di 40 milioni di franchi. Il sistema sanitario svizzero costa circa 30 miliardi di franchi all'anno.

### 3. Colmare le lacune nell'ambito della solidarietà

La nuova legge sull'assicurazione malattia prevede una serie di provvedimenti al fine di colmare le lacune dovute alla solidarietà createsi negli ultimi anni. Il premio si trova al centro dell'interesse. I premi delle casse malati relativi all'assicurazione di base dovranno essere **uguali per tutti gli assicurati all'interno della stessa cassa e della stessa regione**, indipendentemente dal fatto che si sia uomo o donna oppure vecchi o giovani. Chi è giovane e sano non deve più "approfittare" di premi esigui negli anni migliori per poi lasciarsi pagare, a una certa età, dal potere pubblico le spese di malattia nel frattempo elevate. In altre parole, il "premio a vita" è distribuito in modo più uniforme, poiché coloro che hanno "risparmiato" premi nella gioventù grazie alle lacune del sistema assicurativo in vigore, saranno "puniti", una volta divenuti anziani, con fatture delle casse malati molto elevate.

In seguito ai premi unici **non saranno più ammesse** le cosiddette "**casse a buon mercato**". Tali casse malati sono state create negli anni addietro per assicurare i cosiddetti "buoni rischi" (si tratta principalmente di uomini giovani) a condizioni favorevoli, mentre nelle altre casse risultava un numero sempre più elevato di membri anziani. Quest'ultime hanno dovuto aumentare i premi al di sopra della media diventando sempre meno attrattive per eventuali nuovi membri. A tali condizioni, la solidarietà tra giovani e anziani nell'assicurazione malattia rischia di scomparire completamente.

Dato che, malgrado i premi unici, le strutture di affiliazione delle casse malati attualmente divergono ancora fortemente, la nuova legge prevede una **compensazione dei rischi** sull'arco di dieci anni. Le casse con un numero superiore alla media di affiliati "a basso rischio" alimenteranno un fondo di compensazione al quale potranno attingere le casse con un numero predominante di affiliati più anziani. Gli esperti sono tuttavia convinti che tale fondo di compensazione sarà superfluo già tra qualche anno poiché la ristrutturazione all'interno delle casse porterà a effettivi dei membri equilibrati dal punto di vista dell'età e del sesso. Quale confronto si può osservare che, in Svizzera, nel 1950 1154 casse malati cercavano di ottenere membri, mentre nel 1992 erano solo 213, inoltre da allora sono avvenute ulteriori fusioni.

La compensazione dei rischi tra le casse malati è disposta in modo tale nella legge che non mantiene lo stesso effetto strutturale per le casse. Non ci saranno più, di conseguenza, casse amministrate male o casse con un'amministrazione troppo cara. Resta, tuttavia, l'incentivo a risparmiare sui costi di modo che i fondi tornino a profitto degli assicurati **sotto forma di riduzioni dei premi** e non si disperdano all'interno della cassa.

Un'ulteriore importante novità della LAMal sono i **sussidi mirati**. I sussidi della Confederazione e dei cantoni sono stati finora distribuiti secondo il "principio dell'annaffiatoio": tutti gli assicurati hanno approfittato, indipendentemente dal loro reddito o dalla loro sostanza, delle riduzioni dei premi statali. Ora, il potere pubblico aiuterà quelle persone che avranno veramente bisogno. I fondi a disposizione dovranno essere impiegati in modo **mirato** e quindi **efficace**. Le persone con un reddito esiguo, le famiglie con figli e le persone anziane potranno beneficiare in futuro, grazie a tale sistema, di riduzioni dirette dei premi.

### **Chi trae vantaggio dalla nuova legge?**

Tutti gli assicurati che finora hanno potuto approfittare dell'insufficiente legge in vigore dovranno adattarsi a pagare di più. Saranno tuttavia ripagati, come del resto tutti gli altri cittadini, poiché con la LAMal l'aumento dei costi del sistema sanitario sarà contenuto. Ciò si ripercuoterà a medio termine positivamente sui loro premi individuali. Inoltre tutti gli assicurati hanno a disposizione possibilità alternative quali la HMO ("cassa della salute") o una partecipazione alle spese elevata, se vogliono far sì che i premi siano più esigui.

La nuova legge apporta **uno sgravio** ad esempio per i cantoni. Quest'ultimi dovranno utilizzare meno fondi per le prestazioni complementari all'AVS e per l'assistenza sociale. Tuttavia, a tali risparmi si oppongono eventualmente spese per i sussidi diretti (le riduzioni dei premi). Sono comunque sgravate le casse di previdenza dei comuni. Faranno parte dei "vincitori" della nuova legge sull'assicurazione malattia quei medici e quegli ospedali che offriranno prestazioni medico-sanitarie qualitativamente buone a prezzi concorrenziali.

Tra gli **assicurati** che subiranno positivamente le conseguenze della revisione vi saranno specialmente le persone con redditi bassi, le persone anziane e le famiglie con figli (che corrispondono alle categorie svantaggiate nella vecchia legge). Tali assicurati saranno enormemente sgravati.

Infine, comunque, tutte le parti in causa (assicurati, casse, medici, ospedali e potere pubblico) trarranno vantaggio dal fatto che l'assicurazione malattia sociale riacquisterà a pieno titolo il suo attributo di "sociale" e dal fatto che i costi della salute e della malattia saranno e rimarranno accessibili a tutti.

### **La terza via**

La legge sull'assicurazione malattia completamente revisionata presenta, date le circostanze, **una soluzione ottimale** che costituisce un compromesso tra i diversi interessi di tutte le parti in causa. La LAMal è il tentativo fortunato di seguire una nuova via di mezzo tra la libertà assoluta delle forze di mercato e l'imposizione statale. Lo stato interverrà solo in caso di necessità e porrà le condizioni di base.

Nel caso di un **rifiuto** del progetto di legge, nel prossimo futuro non vi sarà a disposizione nessun altro strumento efficace per risolvere gli urgenti problemi che riguardano l'assicurazione malattia. L'aumento dei costi e con esso la desolidarizzazione proseguiranno la loro avanzata e avranno conseguenze negative dal punto di vista finanziario, sociale e, non da ultimo, politico.



Queste e ulteriori innovazioni coprono **completamente**, nell'ambito dell'assicurazione malattia, le **necessità di base** di ogni cittadino. E' vero che tali innovazioni faranno aumentare il volume dei premi del 4,5%, ma bisogna considerare il fatto che molti assicurati avranno in compenso la possibilità di risparmiare nell'ambito delle assicurazioni complementari private.

## 2. Contenere l'aumento dei costi

La desolidarizzazione nell'assicurazione malattia può essere arrestata solo nel momento in cui si riuscirà a contenere l'aumento dei costi. Nella LAMal si trovano in primo piano la **responsabilità personale** delle parti in causa, non da ultimo quella degli assicurati, e una leale **concorrenza** tra i fornitori di prestazioni (medici, ospedali) e tra le casse. A partire dal 1° gennaio 1996 - data per la quale è prevista l'entrata in vigore della nuova legge - non saranno più ammessi accordi e cartelli che possono limitare tale concorrenza. Le **casse** sono tenute ad avere un'amministrazione più economica in quanto gli assicurati hanno il diritto in ogni momento di optare per un'assicurazione che offre loro le stesse prestazioni a costi minori. La nuova legge offre agli stessi **assicurati** più responsabilità. Essi potrebbero infatti influenzare personalmente i propri premi scegliendo il sistema assicurativo che meglio si addice loro. Ad esempio attraverso la HMO ("Cassa della salute") o attraverso una maggiore partecipazione alle spese.

Il nuovo **regime obbligatorio dell'assicurazione** costituisce il vero fondamento della nuova legge sull'assicurazione malattia e crea le premesse per poter raggiungere gli obiettivi fissati dalla revisione. A tal fine, detto regime obbligatorio pone per prima cosa le basi per il libero passaggio integrale in caso di cambiamento di cassa. La solidarietà è possibile solo se sussiste una piena collaborazione tra tutte le parti in causa.

## 3. Colmare le lacune nell'ambito della solidarietà

In futuro i premi delle casse malati per l'assicurazione di base saranno **uguali per tutti gli assicurati all'interno della stessa cassa e della stessa regione**. Non saranno più ammesse le cosiddette "casse a buon mercato" che assicurano esclusivamente persone considerate "a basso rischio" (principalmente uomini giovani) a condizioni economicamente vantaggiose. Siccome le strutture di affiliazione delle casse malati attualmente divergono ancora fortemente, la nuova legge prevede una **compensazione dei rischi** sull'arco di dieci anni. Le casse con un numero superiore alla media di affiliati "a basso rischio" alimenteranno un fondo di compensazione al quale potranno attingere le casse con un numero predominante di affiliati più anziani.

Una ulteriore innovazione della LAMal consiste nell'introduzione di **sovvenzioni mirate**. Tali sovvenzioni sono state finora distribuite secondo il cosiddetto "principio dell'annaffiatoio". D'ora innanzi invece il potere pubblico concederà degli aiuti solo là dove sono veramente necessari. Saranno in particolare le persone e le famiglie con redditi modesti a beneficiare di riduzioni dirette dei premi.

### **Chi trae vantaggio dalla nuova legge?**

La nuova legge permetterà uno **sgravio economico** per le prestazioni complementari all'AVS e per le casse di assistenza sociale dei cantoni e dei comuni. Faranno parte dei "vincitori" della nuova legge sull'assicurazione malattia quei medici e quegli ospedali che offriranno prestazioni medico-sanitarie qualitativamente buone a prezzi concorrenziali. Tra gli **assicurati** che saranno enormemente sgravati dal punto di vista economico vi saranno specialmente le persone con redditi bassi e le famiglie con figli (che corrispondono alle categorie svantaggiate nella vecchia legge).

Infine comunque tutte le parti in causa (assicurati, casse, medici, ospedali e potere pubblico) trarranno vantaggio dal fatto che l'assicurazione malattia sociale riacquisterà a pieno titolo il suo attributo di "sociale" e dal fatto che i costi della salute e della malattia rimarranno accessibili a tutti.

La legge sull'assicurazione malattia completamente revisionata presenta, date le circostanze, **una soluzione ottimale** che costituisce un compromesso tra i diversi interessi di tutte le parti in causa. Nel caso di un **rifiuto** del progetto di legge (sarebbe il terzo rifiuto dopo quelli del 1974 e del 1987), nel prossimo futuro non vi sarà a disposizione nessun altro strumento efficace per risolvere gli urgenti problemi che riguardano l'assicurazione malattia. L'aumento dei costi e con esso la desolidarizzazione proseguiranno la loro avanzata e avranno conseguenze negative dal punto di vista finanziario, sociale e, non da ultimo, politico.

DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO

**Discorso del consigliere federale,  
on. Ruth Dreifuss,  
in occasione del seminario per la stampa  
del 5 settembre 1994**

Signore e signori,

Il 4 dicembre voteremo la riforma dell'assicurazione malattia. La riforma risponde ad una necessità urgente. La nuova legge da noi proposta costituisce una soluzione equilibrata e, nel contempo, liberale, federalista e sociale.

1

E' **liberale** poiché garantisce la libera scelta dell'assicuratore e la libertà terapeutica.

11

Ognuno potrà **scegliere liberamente da chi assicurarsi**. Anche le persone anziane o malate potranno optare per un assicuratore meno caro. Questo dovrà accettarle senza avanzare riserve assicurative, né domandare un premio più alto o chiedere premi diversi per uomini e donne. A tali condizioni, non bisogna stupirsi se le casse cosiddette "a basso premio" si oppongono alla nuova legge.

Inoltre, nel quadro dell'assicurazione obbligatoria, ognuno potrà optare per una forma assicurativa "alternativa", come, ad esempio, quale il sistema HMO.

D'altro lato, anche le compagnie private potranno fare parte dell'assicurazione malattia sociale, alle stesse condizioni delle casse malati.

12

I pazienti continueranno a potere **scegliere liberamente il medico** e i medici continueranno ad **esercitare liberamente la loro professione**.

I medici saranno ancora più autonomi di oggi, in quanto non saranno più vincolati a convenzioni tariffarie concluse dalle loro organizzazioni e potranno stabilire convenzioni separate con gli assicuratori.

La nuova legge, del resto, confida nella concorrenza e nella negoziazione. Prevede l'intervento dello Stato solo in via eccezionale e per un lasso di tempo limitato.

Non ha quindi senso agitare lo spettro della statalizzazione della medicina, come stanno facendo alcuni oppositori.

13

Come vedete, l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria non implica un sistema rigido, statale e burocratico. Essa, invece, è necessaria se si vuole realizzare una vera assicurazione sociale, libera dai maggiori inconvenienti dell'assicurazione facoltativa.

2

In secondo luogo, la nuova legge è federalista e rispetta le diversità cantonali.

21

Pur incitando a sviluppare la pianificazione, la **politica ospedaliera** resta di competenza cantonale.

22

Ma soprattutto è lasciata ai cantoni la scelta dei mezzi per alleggerire con le sovvenzioni i premi delle persone che vivono in condizioni economiche modeste. Poiché i due terzi delle sovvenzioni saranno finanziari dalle casse federali, è giusto sottolineare la discrezione dimostrata dalla Confederazione in questo frangente.

Sono convinta che anche i cantoni apparentemente al riparo dall'aumento dei premi saranno presto o tardi confrontati con questo problema. Se si manterrà la legislazione attuale, il potere pubblico potrebbe allora dover pagare molto cara la sua soluzione.

3

Infine, la nuova legge è sociale sia riguardo al finanziamento, sia riguardo alle prestazioni.

31

Dal punto di vista dei **premi**, pone termine alle ingiustizie del regime attuale. E' finita la "caccia ai buoni rischi" praticata da alcune casse a detrimento delle persone anziane, delle donne e dei malati!

I premi continueranno ad essere stabiliti pro capite, preservando l'autonomia degli assicuratori. Ma le sovvenzioni saranno aumentate (fino a 3 miliardi invece di 2 mia.) e devolte interamente alla riduzione dei premi, secondo la situazione economica delle persone assicurate. Ne beneficeranno soprattutto le persone di condizione modesta, gli anziani e le famiglie con bambini.

Gli ambienti che hanno interesse al mantenimento dello status quo hanno deciso di diffondere la paura. Pretendono che la nuova legge provochi un'esplosione dei costi per tutti. In verità essa permetterà di abbassare o di stabilizzare i premi delle persone e delle famiglie per cui la quota dell'assicurazione malattia è parte importante del budget. A tale scopo, la Confederazione ha deciso di aumentare le sovvenzioni, in un periodo in cui, in altri campi, non si parla che di riduzioni.

32

Riguardo alle **prestazioni**, occorre rendersi conto che, secondo la legge attuale, l'assicurazione di base non contempla tutte le prestazioni ritenute necessarie. Per ottenere una copertura assicurativa completa, coloro che ne hanno i mezzi possono ricorrere alle assicurazioni complementari. La nuova legge, invece, garantisce una copertura completa per tutti, finanziata da tutti.

E' sbagliato, quindi, sostenere, come a volte avviene, che la nuova legge introduce una medicina di classe. Essa offre, invece, a tutta la popolazione una medicina di alta qualità.

Vorrei aggiungere che la nuova legge apre la porta alle medicine parallele. In alcuni ambienti tale apertura è giudicata insufficiente al punto da mettere in dubbio tutti i progressi insiti nella riforma, nonostante essa rappresenti un passo decisivo nella loro direzione. Ho una certa difficoltà a comprendere questo tipo d'intransigenza.

Riguardo al costo delle nuove prestazioni, lo si può ritenere molto ragionevole considerando i vantaggi che esso comporta. Le cifre presentate dagli oppositori sono eccessive e ignoro il modo in cui vi siano giunti. Secondo i nostri calcoli, le nuove prestazioni sono costituiscono circa il 10 per cento delle spese attuali. Ma ricordo che le spese saranno ripartite in un modo più armonico dell'attuale e che saranno aumentate e distribuite meglio le sovvenzioni.

33

La nuova legge è sociale anche nella misura in cui vuole **contenere i costi della salute** che si ripercuotono sui premi.

A tale riguardo è sbagliato sostenerla insufficiente a tale scopo: le misure proposte sono state rafforzate nel corso dei lavori parlamentari e, soprattutto in seguito all'intervento della Commissione dei cartelli che ha chiesto di aumentare la concorrenza.

In tal modo, riguardo all'offerta, i cartelli saranno rotti, mentre la concorrenza tra medici, tra ospedali, ecc. eserciterà un effetto moderatore sul prezzo delle prestazioni.

Riguardo alla domanda, le persone assicurate continueranno ad essere responsabilizzate tramite la partecipazione ai costi. Inoltre potranno scegliere una forma assicurativa che riduce i costi. Ma soprattutto, esse potranno scegliere liberamente il loro assicuratore: nella concorrenza instauratasi tra i diversi assicuratori, saranno meno cari coloro che sapranno controllare meglio i costi.

4

**Concludendo;** dirò che, dopo vent'anni di fallimenti successivi, la legge da noi proposta rappresenta l'ultima possibilità di attuare una soluzione equilibrata.

41

L'attuale sistema non può durare. I suoi difetti di costruzione provocano a lungo termine un aumento dei premi insopportabile per una fascia sempre più ampia di popolazione ed un peso crescente per i poteri pubblici. Continuare ad agire tramite decreti urgenti non risolverà i problemi che ci attendono a lungo termine.

42

Quale altra soluzione propongono gli oppositori? Annunciando di volerla rendere pubblica solo dopo il voto, destano perplessità e inquietudine. Perplessità perché chiedono al popolo di votare "no" ad occhi chiusi, un modo curioso di mostrare il modo in cui lo considerano. . Inquietudine quando si conoscono le loro intenzioni, consistenti nell'aumentare i premi man mano che l'età aumenta: un sistema antisociale, che costerà ancora più della legge ora in vigore, sia agli assicurati, sia ai poteri pubblici.

43

Per porre termine agli affetti perversi dell'attuale regime e bloccare le velleità antisociali e costose, per raggiungere un sistema moderno, giusto e razionale, raccomando vivamente di approvare la nuova legge sull'assicurazione malattia il prossimo 4 dicembre.

## ***Tema: Contenimento dei costi***

***Seminario per la stampa del 5 settembre 1994***

### **Esposto dei Signor *Walter Seiler*, direttore dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

Signora Consigliera federale  
Signore e Signori giornalisti parlamentari

- Permettetemi di esprimere alcune parole introduttive prima di informarvi sulle misure di contenimento dei costi comprese nella nuova legge sull'assicurazione malattia. Non mi esprimo davanti a voi per difendere gli interessi dei membri della nostra società che, per riprendere il "vocabolario" degli oppositori alla legge, sono "in buona salute e abili". Voglio piuttosto sottolineare che l'assicurazione malattia sociale costituisce l'elemento della nostra rete di sicurezza sociale che deve essere presente in primo luogo per le persone ammalate, deboli e anziane della nostra società. Questo ruolo non è più svolto attualmente! --
- La vecchia legge non può essere considerata più a lungo come un'assicurazione sociale. Conoscete certamente l'evoluzione che ha portato negli ultimi anni a prendere delle misure di diritto urgente. Vi cito unicamente qualche parola chiave in materia - esplosione dei premi, caccia ai giovani assicurati, chiusura di casse. Certamente non desideriamo ricorrere in modo eccessivo alla nozione di solidarietà nella nostra società. Pensiamo comunque che le persone giovani e forti che sono "in buona salute e abili" devono fornire il loro contributo. Pure loro potranno approfittare della riforma dell'assicurazione malattia. Non vogliamo una società "a due velocità" - in modo particolare non nel campo dell'assicurazione malattia!
- Con la vecchia legge, la salute rischia di diventare un bene di lusso per certe parti della nostra popolazione. Vogliamo veramente questo? Gli anziani e le famiglie con bambini possono spesso pagare i loro premi soltanto a costo di restrizioni e sacrifici personali importanti. Una situazione insopportabile contro la quale possiamo lottare soltanto con l'introduzione della nuova legge.
- Malgrado un rallentamento momentaneo della loro evoluzione, i costi e di conseguenza anche i premi aumentano fortemente da un certo numero di anni. Da più di 20 anni, i costi aumentano più fortemente che l'economia in generale. I premi esplodono in modo sproporzionato in rapporto all'evoluzione dei salari e all'evoluzione generale dei prezzi. Tra il 1966 e il 1992, si è riscontrato un aumento medio dei costi del 10 per cento. Nel campo dell'assicurazione di base, i costi sono pure aumentati annualmente del 7 per cento tra il 1985 e il 1992.



- Obbietterete che le  *misure urgenti*  (blocco delle tariffe e dei premi) prese nel 1991 esercitano la loro influenza. Avete ragione: Secondo le attuali dichiarazioni delle casse, i premi dell'assicurazione di base non aumenteranno nel 1995. Alcune casse hanno perfino annunciato rimborsi agli assicurati (per esempio 60 franchi per la Grütli).
- Sarebbe tuttavia inesatto considerare questo acquietamento della situazione come una soluzione ai diversi problemi. Le misure di diritto urgente sono dei  *provvedimenti efficaci solo a corto termine*  che pongono soltanto un coperchio sulla pentola bollente dei costi. Il sistema rimane immutato e risale - come sapete - all'anno 1911. Oggi abbiamo bisogno di una riforma totale. Il sistema dell'assicurazione malattia deve essere riformato, altrimenti assisteremo di nuovo ad aumenti dei premi del 10-15 per cento all'anno.
- La  *nuova legge*  - ne siamo convinti - offre un approvvigionamento medico di buon livello qualitativo, i cui costi trovano di nuovo posto nel budget dell'economia domestica di tutte le cittadine e di tutti i cittadini di questo paese. Con la riforma del sistema, questo obiettivo è garantito da un'ampia paletta di misure di contenimento dei costi. Le grosse casse prevedono pure possibili economie fino al 10 per cento all'anno.
- *Uno degli obiettivi più importanti della nuova legge è il contenimento dei costi.*  Gli oppositori affermano che la nuova legge implica prima di tutto dei premi più elevati per la maggior parte degli assicurati. Ciò non è esatto. E' per contro corretto affermare che la nuova definizione del catalogo delle prestazioni avrà come conseguenza un aumento unico dei costi stimato al 10 per cento. Tuttavia alcune lacune di politica sociale saranno con questo eliminate, ciò che contribuirà in fin dei conti anche al contenimento dei costi (per esempio un ricorso più importante alla cura a domicilio (Spitex), nessun collocamento di malati cronici in ospedali acuti, prevenzione). Questi costi devono inoltre già essere presi a carico attualmente. Nella seconda parte della presentazione, i Signori Moser e Voegeli vi orienteranno ancora in modo più preciso sulla soppressione assolutamente necessaria dal punto di vista socio-politico di certe lacune in materia di prestazioni come pure sul finanziamento.
- Nella nuova legge,  *i fattori che favoriscono la concorrenza*  si situano molto chiaramente in primo piano. La nuova legge apporta il più possibile di concorrenza - concorrenza leale! - e la solidarietà necessaria!

Come illustrazione, desidero commentarvi  *due strumenti di concorrenza* :

1. Grazie all'introduzione dell'obbligo di assicurarsi, è possibile il  *libero passaggio integrale per tutti gli assicurati* , indipendentemente dalle condizioni di salute, dall'età, dal reddito o da altri fattori. Gli assicurati che non sono più soddisfatti della loro cassa - il premio è per esempio troppo elevato, non è proposta alcuna assicurazione complementare attrattiva, i costi amministrativi sono troppo elevati, non è offerto nessun modello assicurativo alternativo, gli assicurati sono mal informati e mal assistiti o qualsiasi altra ragione - hanno la possibilità

di cambiare cassa senza dover subire - come attualmente - enormi inconvenienti. Non bisogna neppure dimenticare gli assicurati costretti a cambiare cassa in seguito alla chiusura o alla fusione di casse e che si trovano attualmente in una posizione particolarmente difficile. La possibilità di cambiare liberamente cassa porterà ad una maggiore concorrenza tra di esse. *Obietterete che la concorrenza tra le casse esiste già attualmente.* Avete ragione solo in parte poiché le casse hanno esercitato nel corso degli ultimi anni principalmente attività come la caccia ai giovani assicurati. Con la nuova legge, la concorrenza attraverso la selezione dei rischi è esclusa. Viene trasformata in una *concorrenza leale* che si fonda su prestazioni effettive come una buona direzione a livello dei costi, la conclusione di tariffe più convenienti e una politica più innovativa.

2. Un altro elemento importante della concorrenza è introdotto nella nuova legge con l'esplicito divieto dei cartelli. La nuova legge tiene così conto delle idee della Commissione dei cartelli che appoggia la nuova legge fondandosi anche su ragioni di diritto dei cartelli. I medici sono oggi costretti a stabilire la loro fatturazione secondo le tariffe delle loro associazioni. Le associazioni cantonali dei medici proibiscono infatti ai loro membri di concludere delle convenzioni particolari con le casse malati o di proporre per esempio l'applicazione volontaria più a buon mercato di tariffe stabilite. Con la nuova legge ciò sarà reso impossibile. Oltre alle convenzioni a livello delle federazioni che esisteranno ancora in avvenire con la nuova legge, saranno pure rese possibili delle convenzioni particolari con dei fornitori di prestazioni individuali o dei gruppi di fornitori di prestazioni. Un gruppo di medici potrebbe per esempio stabilire con una o più casse una tariffa basata sul tempo. Il corpo medico sarebbe così remunerato per unità di tempo e non più per ogni singola prestazione dichiarata, come è il caso attualmente. Questo permetterebbe alle casse un controllo più semplice delle ore fatturate. Non è che un esempio; ci sono ancora altre possibilità. Gli assicurati possono pure contribuire al contenimento dei costi: per esempio se sono disposti a titolo volontario a limitare la loro libertà di scelta del medico e a farsi curare in un centro di salute (HMO); oppure se si impegnano a rivolgersi sempre in primo luogo al medico di famiglia per il trattamento iniziale (sistema del medico di famiglia, rispettivamente modello Gatekeeper). Vedete che con la nuova legge sono aperte molte possibilità interessanti per i partner tariffari. La via è libera per una politica tariffaria delle casse attiva e innovativa come pure per una concorrenza tra fornitori di prestazioni. Gli assicurati approfitteranno di questo tipo di politica.
- Nel caso in cui, contro le aspettative, gli strumenti atti a favorire la concorrenza fossero troppo poco utilizzati dai partner della sanità, la nuova legge prevede alcune possibilità d'intervento statale. Nella migliore tradizione federalistica, la nuova legge mette pure a disposizione dei cantoni alcuni strumenti straordinari. Nel caso di forti evoluzioni dei costi negli ospedali e case di cura, gli assicuratori possono domandare al rispettivo cantone d'introdurre un budget globale. C'è inoltre un'altra possibilità. I cantoni possono fissare le tariffe per l'insieme o per alcune prestazioni nel caso in cui l'aumento dei costi rappresenti il doppio dell'evoluzione generale dei prezzi e dei salari. Questo fino a quando la situazione non si sia di nuovo calmata.

- Fino a che punto la *concorrenza guidata da strumenti socio-politici* nel campo della sanità contribuirà al contenimento dei costi dipende essenzialmente da *tutte* le parti interessate di questo settore.
- La libertà di cambiare cassa data agli assicurati avrà inoltre un ruolo particolare. Essa permetterà agli assicurati di poter scegliere e di avere quindi la possibilità di dirigersi verso la cassa malati che offre il premio più interessante come pure la miglior prestazione di servizi. Questo inciterà le casse malati a concludere delle convenzioni tariffarie fondate sui principi dell'economia d'impresa ma ugualmente sopportabili dal punto di vista dell'economia politica. Si tenderà così alla fornitura di prestazioni economiche.

## ***Tema: ripercussioni nell'ambito finanziario***

***Seminario per la stampa del 5 settembre 1994***

**Esposto del Signor Markus Moser, vicedirettore dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, capo della Divisione principale assicurazione malattia**

Anche in futuro l'assicurazione malattia sarà finanziata attraverso:

- i premi pro capite per ogni assicurato (niente premi percentuali in base al salario)
- i sussidi da parte della Confederazione e dei cantoni
- la partecipazione alle spese da parte dei pazienti.

### **I cambiamenti più importanti:**

#### **1. Premi degli assicurati**

La nuova legge prevede che in una stessa assicurazione vi saranno differenze di premi soltanto da un cantone all'altro (eventualmente tra regioni all'interno di un cantone) e graduazioni di premi solo per bambini e giovani. Vengono dunque soppressi in particolare la graduazione dei premi a seconda dell'età di entrata nella cassa malati ed i premi più vantaggiosi offerti dalle assicurazioni collettive. Tale soppressione si giustifica in quanto questi due ultimi sistemi conducono attualmente alla desolidarizzazione nell'ambito dell'assicurazione malattia svantaggiando gli assicurati più anziani e quelli malati.

#### **2. Sussidi da parte della Confederazione e dei cantoni**

I sussidi dispensati dalla Confederazione non saranno più destinati alle casse malati e non contribuiranno quindi più ad una generale diminuzione dei premi (il cosiddetto principio "dell'annaffiatoio"), ma saranno destinati ai cantoni, i quali avranno il compito di diminuire miratamente i premi a seconda della situazione economica degli assicurati. I cantoni stessi saranno altresì tenuti a concedere sussidi destinati a tali sgravi. L'ammontare dei sussidi cantonali dovrebbe corrispondere al 50% dei sussidi federali. Attualmente i cantoni sovvenzionano l'assicurazione malattia in modo molto divergente. Alcuni cantoni hanno già introdotto la riduzione individuale dei premi in base alla situazione finanziaria dell'assicurato: si tratta in particolare di cantoni la cui popolazione è stata soggetta negli ultimi anni al pagamento di premi molto elevati. Altri cantoni concedono sussidi alle casse malati, in base al numero degli affiliati, secondo il principio "dell'annaffiatoio", oppure sussidi per la copertura di determinate prestazioni (ad esempio per i costi di degenza ospedaliera fuori dal cantone o di prestazioni Spitex). Un terzo gruppo di cantoni non concede

alle assicurazioni malattia nessun tipo di sussidio. Non bisogna dimenticare però che tutti i cantoni, in un modo o nell'altro, partecipano al finanziamento del sistema globale della sanità pubblica, in particolare degli ospedali.

### 3. Partecipazione alle spese da parte dei paziente

L'innovazione principale è costituita dal fatto che la partecipazione alle spese da parte degli assicurati si estenderà anche ai costi per prestazioni ospedaliere. I trattamenti ambulatoriali e quelli seguiti da una degenza in ospedale saranno considerati quindi allo stesso modo. Attualmente vi è un numero sempre più di crescente di trattamenti che non necessitano più una degenza ospedaliera, ma possono essere eseguiti ambulatorialmente. La scelta tra le due possibilità di trattamento non può dunque più essere basata sul fatto che in un caso viene richiesta la partecipazione ai costi al paziente, mentre nell'altro no. Per il resto, la nuova legge mantiene fondamentalmente la regolamentazione attuale. La partecipazione alle spese comprende una franchigia annua fissata dal Consiglio federale (attualmente di fr. 150.--) e, raggiunta tale franchigia, una quota corrispondente al 10% dei costi, fino a raggiungere il limite massimo annuale parimenti fissato dal Consiglio federale. Per le degenze ospedaliere bisogna calcolare un'ulteriore partecipazione per le spese di soggiorno.

## **Ripercussioni finanziarie per la Confederazione, per i cantoni e per gli assicurati**

### **Ripercussioni a breve termine**

#### *Effetti previsti all'entrata in vigore della legge*

#### 1. Confederazione

I sussidi federali per l'assicurazione malattia saliranno immediatamente dagli attuali 1,4 a 1,83 miliardi di franchi. Nel 1999, dopo un aumento progressivo annuale, tali sussidi raggiungeranno infine i 2,18 miliardi. L'aumento del sussidio federale è finanziariamente garantito dall'introduzione della tassa sul valore aggiunto. Il 5% dei proventi di tale tassa è destinato alla riduzione mirata dei premi dell'assicurazione malattia.

#### 2. Cantoni

Al momento dell'entrata in vigore della legge, i cantoni dovranno versare globalmente un ammontare quasi uguale a quello versato attualmente (630 milioni oggi, 640 milioni all'entrata in vigore della legge). I sussidi cantonali dovranno aumentare nel corso dei prossimi anni per raggiungere, nel 1999, la somma totale di 1090 milioni. Il tasso di progressione è perciò maggiore per i cantoni rispetto alla Confederazione; fatto che si spiega tenuto conto che i cantoni, sulla base di una disposizione transitoria, non devono versare immediatamente il 50% del sussidio federale.

La nuova legge avrà un influsso molto diverso sui singoli cantoni. I cantoni che versano già cospicue sovvenzioni a favore dell'assicurazione malattia saranno fortemente sgravati (TI, NE, VD, GE, BS), in particolare il Ticino. I cantoni che

invece non versano per niente o solo in parte tali sussidi, subiranno un aumento degli oneri. Risulta difficile delineare in modo preciso le conseguenze finanziarie che subirà ogni singolo cantone, poiché bisognerebbe considerare anche le ripercussioni esatte che la nuova legge avrà sulle prestazioni complementari e su quelle dell'assistenza sociale. In quest'ambito tutti i cantoni saranno più o meno sgravati. Sarebbe necessario inoltre tener conto delle ripercussioni della nuova legge per quel che concerne il finanziamento degli ospedali. Fino a oggi infatti anche in tale ambito esistevano grandi divergenze riguardo alle prestazioni dei cantoni, mentre la nuova legge tende a conferire una certa uniformità (le prestazioni della cassa malati ammonteranno al massimo al 50% delle spese d'esercizio degli ospedali).

### 3. Ripercussioni sugli assicurati

Bisogna fare una distinzione tra le ripercussioni generali sul totale degli assicurati e le ripercussioni sui singoli assicurati.

#### *Ripercussioni generali*

Stimiamo che l'ampliamento della gamma di prestazioni condurrà, nell'anno di entrata in vigore della legge, ad un aumento unico delle spese che passeranno da 16,3 miliardi a 18,03 miliardi, ciò che corrisponde ad un rialzo del 10,7%. Tale aumento non si ripercuoterà però esclusivamente sull'ammontare dei premi in quanto i sussidi concessi dal potere pubblico aumenteranno contemporaneamente del 21,7%. Inoltre, la partecipazione alle spese da parte degli assicurati estesa anche alle prestazioni ospedaliere porterà all'incirca un introito supplementare del 40%. Tali spese saranno dunque a carico degli assicurati soltanto nella misura di un aumento dei loro premi pari al 4,5%. L'aumento dei premi e la partecipazione alle spese costituiscono un onere supplementare per le economie domestiche pari al 9,1% circa. Si tratta dunque di un aumento inferiore di quello causato unicamente dalle nuove prestazioni a carico dell'assicurazione malattia sociale (10,7%).

#### *Ripercussioni individuali*

Ciò che interessa maggiormente gli assicurati sono naturalmente in primo luogo le ripercussioni sui propri premi assicurativi. Per dare una risposta a tale interrogativo bisogna sapere se l'assicurato in questione attualmente paga una quota più elevata, uguale o minore rispetto alla media dei premi pagati dagli assicurati del suo stesso cantone. Pagano premi elevati quegli assicurati che si sono affiliati ad una cassa in un'età già avanzata, ad esempio in seguito allo scioglimento della propria cassa e alla sua fusione con un'altra. Pagano premi esigui quelle persone affiliate a casse collettive o a casse cosiddette "a buon mercato". Gli assicurati affiliati alle grosse casse tradizionali pagano invece premi che sono generalmente di poco superiori alla media cantonale.

L'introduzione del premio unico secondo la cassa e il cantone (differenziazione per regioni nel caso dei cantoni più vasti), la compensazione dei rischi e il libero passaggio integrale degli assicurati porteranno ad una diminuzione delle differenze esistenti tra i premi. L'assicurato che paga oggi un premio superiore alla media dei premi del proprio cantone trarrà vantaggi dalla nuova legge. Colui che oggi invece paga un premio più basso dovrà logicamente pagare premi marcatamente maggiori.

Le ripercussioni individuali dipenderanno anche dal reddito e dalla sostanza dell'assicurato nonché dalla grandezza dell'economia domestica, poiché con la nuova legge soltanto gli assicurati meno abbienti potranno beneficiare dei sussidi dispensati dal potere pubblico e poiché il numero delle persone costituenti l'economia domestica sarà un importante parametro per accordare un'eventuale diminuzione dei premi. La soppressione dei sussidi accordati secondo il cosiddetto principio "dell'annaffiatoio" causerà un aumento dei premi del 10,5% circa a quegli assicurati che, secondo la nuova legge, non avranno più diritto ai sussidi.

Sarà possibile esporre concretamente le ripercussioni delle riduzioni individuali dei premi solo dopo che le regolamentazioni cantonali saranno decretate. I cantoni sono infatti liberi nella scelta del sistema da adottare, possono limitare la cerchia degli aventi diritto e di conseguenza diminuire considerevolmente i loro premi, oppure possono ampliare tale cerchia e quindi diminuire i premi agli assicurati aventi diritto alla sovvenzione in modo meno marcato. Inoltre, i cantoni possono definire da soli, entro determinati limiti, l'ammontare della somma totale delle sovvenzioni secondo il loro bisogno (cfr. art. 66 cpv.5 della legge). Le ripercussioni dipendono anche dalle divergenze cantonali sia per quanto riguarda i premi, sia in relazione ai diversi criteri di attribuzione (reddito e sostanza).

Riassumendo si può constatare quanto segue: il terzo meno abbiente della popolazione, per quel che concerne salario e sostanza, pagherà premi più esigui rispetto alla situazione attuale; per il successivo terzo della popolazione l'effetto dipenderà dal sistema scelto dai singoli cantoni; per il terzo più agiato della popolazione infine, la redistribuzione dei sussidi porterà in ogni caso ad un aumento dei premi. E' necessario sottolineare comunque che, come precedentemente detto, tale aumento è compensato dall'ampliamento del catalogo di prestazioni offerte.

### **Ripercussioni a lungo termine**

L'elettore non dovrebbe considerare solo i cambiamenti che avverranno nella sua situazione al momento dell'entrata in vigore della nuova legge, ma dovrebbe anche tener conto delle ripercussioni a lungo termine che la revisione sull'assicurazione malattia avrà sulla sua situazione personale. Coloro che attualmente traggono profitto dalla desolidarizzazione (membri delle "casce a buon mercato" e assicurati con contratto collettivo) verranno a conoscenza dell'altra faccia della medaglia, della legge vigente, nel momento in cui essi stessi saranno anziani e malati. Non si devono soprattutto dimenticare gli effetti del processo di concentrazione in atto nell'assicurazione malattia. Se è vero che tale processo conduce alla scomparsa di numerose casce e che non ne sopravviveranno che una decina o una ventina, come pronosticano gli esperti, allora vi saranno migliaia di assicurati anziani che si ritroveranno in classi d'età molto elevate. Il diritto attuale permette un raddoppiamento dei premi per la generazione di entrata più anziana rispetto ai premi di quella per adulti più giovani. Anche se l'aumento a carico degli assicurati più anziani non equivale proprio al doppio, bisogna comunque calcolare che si situerà tra il 20 e il 50%. Sarà questo l'effetto causato dal mercato attuale, vale a dire dalla concorrenza fatta dalle "casce a buon mercato" e dalle assicurazioni collettive.

---

La nuova legge blocca l'attuale tendenza alla desolidarizzazione. Essa offre a tutti gli assicurati, la garanzia di pagare, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute, gli stessi premi degli assicurati giovani e la certezza che questi ultimi, al momento in cui raggiungeranno un'età avanzata, non risulteranno svantaggiati.

Anche i cantoni, nel valutare la nuova legge, dovrebbero essere indotti a riflettere sulle ripercussioni a lungo termine della desolidarizzazione in corso. Desolidarizzazione significa infatti che gli anziani e i malati sono costretti a pagare, oltre ai dovuti premi, anche la somma risparmiata dai giovani e dai sani. Numerosi assicurati non potranno più pagare tali premi, ciò significa che la tendenza alla desolidarizzazione aumenterà anche la necessità di sussidi da parte del potere pubblico il quale sarà ulteriormente onerato. Il diritto vigente costringerà sempre più i cantoni a diminuire i premi delle assicurazioni malattia per determinati gruppi di popolazione. Per contro, i cantoni non potrebbero beneficiare di un grande sostegno da parte della Confederazione, la quale continuerebbe a versare sussidi alle casse secondo il principio "del-l'annaffiatoio" previsto nella legge vigente.

Riteniamo che dette osservazioni sugli effetti a lungo termine siano indispensabili al fine di capire a fondo e apprezzare la nuova legge. La legge vigente non è semplicemente più atta a servire da base all'assicurazione malattia, la quale dovrà compiere il proprio dovere anche nel corso del prossimo secolo.



## **Tema: le prestazioni secondo la nuova legge sull'assicurazione malattia**

**Seminario per la stampa del 5 settembre 1994**

**Esposto del signor Claude Voegeli, capo della Divisione assicurazione malattia presso l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

- 1 In un'assicurazione obbligatoria si deve definire un **catalogo uniforme** delle prestazioni.
- 11 Non si tratta di una costrizione: la libertà terapeutica resta intatta. Il catalogo delle prestazioni è uno strumento di trasparenza che permette agli assicurati di comparare facilmente i premi in vista di attuare il libero passaggio.
- 12 Nella nuova legge, il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria è stato **ampliato** rispetto a quello dell'assicurazione di base ai sensi della legge in vigore. Le "nuove" prestazioni coprono le necessità che esistono da parecchio tempo. Si tratta principalmente delle seguenti prestazioni:
  - 121 Le prestazioni ospedaliere saranno versate per una **durata illimitata**. Tuttora sono limitate a due anni.
  - 122 L'assicurazione obbligatoria prenderà a carico le **cure extraospedaliere** (a domicilio o in una casa di cura). In questo ambito complesso, altre istituzioni avranno un ruolo importante: organizzazioni di utilità pubblica, comuni, AVS, AI, ecc. La nuova legge prevede che d'ora in avanti le cure direttamente legate alla malattia (comprese le cure apportate alle persone anziane) saranno assunte dall'assicurazione malattia obbligatoria. Attualmente, esse sono coperte solo parzialmente dall'assicurazione di base legale. La parte rimanente è invece coperta dalle assicurazioni complementari e dalle disposizioni statutarie o dal finanziamento non proprio all'assicurazione malattia.

L'assicurazione malattia obbligatoria rimborsa, da un lato, le cure legate *ai trattamenti* (iniezioni, medicazioni, massaggi, ecc.; l'elenco attuale sarà completato) e, dall'altro lato, le cure dette di *base* (lavare i pazienti, aiutarli ad alzarsi, a mangiare, ecc.; tali disposizioni sono nuove). Tuttavia, l'assicurazione non prenderà a carico le spese dell'aiuto a domicilio (cucina, biancheria, ecc.). Le prestazioni saranno designate dettagliatamente in un'ordinanza. Esse potranno essere fornite solo dal personale qualificato, che lavora a titolo individuale o nell'ambito di un'organizzazione.

- 123 Nell'ambito del soggiorno in **case di cura**, l'assicurazione obbligatoria dovrà rimborsare le stesse prestazioni rimborsate nell'ambito delle cure medico-farmaceutiche. A tale scopo, gli assicuratori potranno convenire un forfait con le case di cura. Per quanto concerne le spese di pensione (vitto e alloggio), non saranno rimborsate dall'assicurazione malattia che non copre tali spese nemmeno per le cure a domicilio. Esse saranno a carico degli assicurati, i quali vi provvederanno per mezzo delle rendite AVS e, se necessario, delle prestazioni complementari all'AVS.
- 124 Un'altra innovazione importante consiste nel prendere a carico alcune misure di **prevenzione medica**. Attualmente, l'assicurazione di base legale copre solo la diagnosi e la terapia, ma non le misure mediche prese prima che ci fosse un sospetto di malattia. Orbene, tali misure permettono di evitare molte spese, a condizione che la prevenzione non divenga troppo costosa. Per tale motivo, le ordinanze si limiteranno a designare misure che si sono rivelate necessarie ed efficaci (p.es. i prelievi destinati a prevenire il cancro presso determinati organi). I cantoni dovranno, tuttavia, mantenere la loro responsabilità nell'ambito della sanità pubblica.
- 125 Le **cure dentarie** non sono di regola comprese nell'assicurazione malattia sociale. Si può prevenire la carie, una delle principali affezioni dentarie, per mezzo di un'igiene regolare. Tuttavia, l'assunzione delle spese di trattamenti dentari dovuti a una malattia grave, sia generale, sia localizzata nel sistema di masticazione, non potrà più essere rifiutata. Si dovrà comunque trattare di malattie *gravi* espressamente designate nell'ordinanza (p.es. gli effetti di una terapia a base di radiazioni contro il cancro).
- 126 Tra le altre prestazioni nuove segnaliamo ancora:
- il numero illimitato di esami in caso di **maternità** (attualmente al massimo 5 esami). Saranno tuttavia rimborsati solo gli esami necessari dal punto di vista medico;
  - una partecipazione (e non il rimborso totale) alle spese di **trasporto**, essenzialmente dei trasporti urgenti.
- 2 Naturalmente, tutte queste innovazioni comportano anche **conseguenze finanziarie**.
- 21 Si rammenta comunque che, rispetto ai vantaggi, tali conseguenze finanziarie sono **ragionevoli**. Si tratta di spese supplementari ammontanti all'incirca al 10%. Nella documentazione si trova una rappresentazione grafica della partecipazione alle spese supplementari dovute alle nuove prestazioni. Costaterete che più della metà delle spese supplementari va soprattutto a vantaggio delle persone anziane e dei malati cronici (cure illimitate all'ospedale + cure a domicilio e nelle case di cura + soppressione delle riserve d'assicurazione).

- 
- 22 Riguardo a tali cifre, si devono fare altre tre osservazioni:
- 221 Non rappresentano un aumento delle spese sanitarie in generale. Si tratta in parte di **trasferimenti** che sgravano il potere pubblico e le economie private (p.es. le cure extraospedaliere).
- 222 Diverse prestazioni che diventeranno obbligatorie renderanno inutili alcune **assicurazioni complementari**. Altre sono già comprese nell'assicurazione di base **statutaria** di diverse casse e quindi anche nei relativi premi.
- 223 Alcune prestazioni supplementari permetteranno, a lungo termine, di realizzare **economie** in altri ambiti (p.es. le cure extraospedaliere se sono ben coordinate con la politica ospedaliera). Infine, le misure di contenimento dei costi si applicheranno anche alle nuove prestazioni.