

Rapporto di minoranza

numero	data	Dipartimento
6982 R2	21 ottobre 2014	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

**della Commissione della gestione e delle finanze
sul messaggio 10 settembre 2014 concernente la modifica della Legge
di applicazione della Legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal)**

INDICE

1.	PREMESSA.....	2
2.	GLI ASSI PORTANTI DELLA RIFORMA	2
3.	LE GARANZIE SOCIALI	3
4.	IL PREMIO MEDIO DI RIFERIMENTO	4
5.	IL MODELLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA	4
5.1	Di cosa si tratta	4
5.2	I vantaggi	4
5.3	Come si procede in caso di malattia o infortunio?	4
5.4	La garanzia delle prestazioni	5
5.5	I malati cronici e gli anziani	5
6.	LA MOZIONE 100% MEDICO DI FAMIGLIA.....	5
7.	PERCHÉ.....	6
8.	UN LIMITE MA NESSUN OBBLIGO	6
9.	I POTENZIALI RISPARMI.....	6
10.	EFFETTO SOGLIA	7
11.	NESSUN TAGLIO LINEARE.....	9
12.	CHI POTREBBE PERDERE IL DIRITTO AI SUSSIDI CON IL MODELLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA	9
13.	CONCLUSIONE: IL COMPROMESSO	9

* * * * *

1. PREMESSA

La riforma della legge di applicazione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) datata 10 settembre 2014 compie dei decisi passi avanti rispetto al messaggio elaborato il 22 settembre 2013. Sorprende, agli occhi dei più maliziosi forse, il fatto che il Governo oggi la dipinga come la migliore riforma possibile quando non più di 12 mesi fa difendeva acriticamente urbi et orbi, sdoganando il taglio lineare dei sussidi e il mantenimento dell'elargizione di sussidi a redditi alquanto elevati, il già citato messaggio caduto poi in votazione popolare.

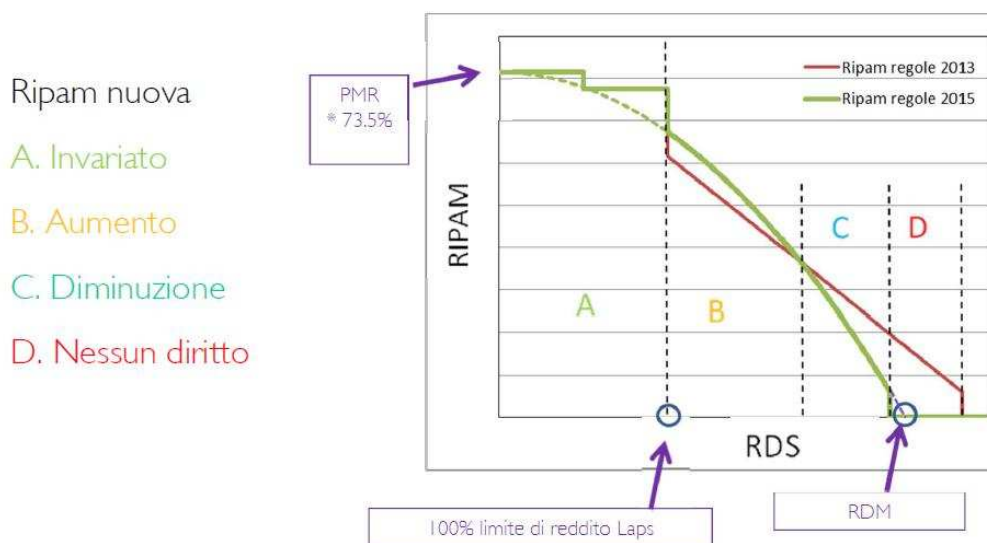
2. GLI ASSI PORTANTI DELLA RIFORMA

L'adeguamento proposto si articola su due assi portanti:

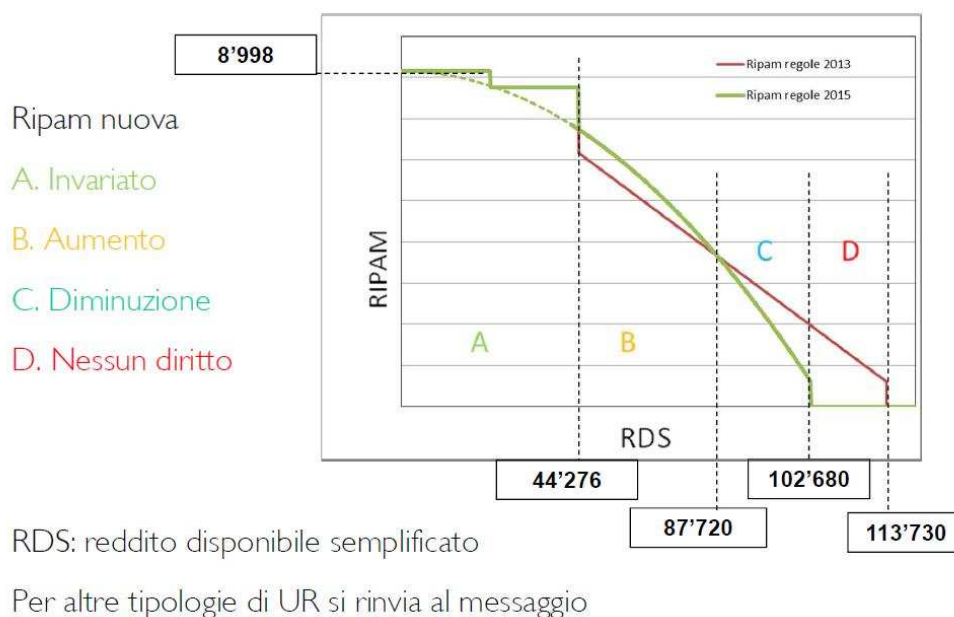
- la modifica del sistema di calcolo della riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (Ripam) con una riduzione non più lineare bensì degressiva della Ripam (parabola) in modo tale da fare in modo che la diminuzione dell'importo della Ripam sia progressivamente più accentuata con l'aumentare del RD, ciò che garantisce una migliore equità verticale. Ciò consente inoltre di eliminare le attuali quattro aliquote di riduzione della Ripam previste dall'art. 36 LCAMal.
- l'introduzione di massimali (espliciti) di Reddito disponibile ai sensi della LCAMal (RD) al di sopra dei quali non vi è diritto alla Ripam. Questo obiettivo è raggiunto introducendo il nuovo concetto di reddito disponibile massimo.

Per i bassi redditi (RD inferiore o uguale al 100% dei limiti di RDLaps) si propone invece di utilizzare, di fatto per un periodo transitorio, l'attuale formula di calcolo della Ripam con i parametri validi per il 2014, in modo da evitare diminuzioni, in termini assoluti, rispetto all'importo di Ripam ottenuto nel 2014.

Graficamente è possibile illustrare la presente riforma in tal modo:



RDS: reddito disponibile semplificato



Nel complesso:

- si mantiene e garantisce il sussidio ai redditi bassi (fasce di reddito inferiori o uguali al 100% dei limiti Laps) / fascia A del grafico;
- si aumenta leggermente il sussidio per i redditi medio-bassi (fasce di reddito successive al 100% dei limiti Laps) / fascia B del grafico;
- si diminuisce il sussidio ai redditi medio-alti / fascia C del grafico;
- i redditi alti non hanno diritto al sussidio / fascia D del grafico,

Questo genere di approccio risponde dunque alle preoccupazioni cantonali legate all'aumento costante del numero dei beneficiari di sussidi (oltre 100'000 nel 2013) e della relativa spesa per il Cantone (162 milioni per i sussidi ordinari e 114 milioni per la Ripam PC secondo i conti consuntivi 2013) rispettando alcune caratteristiche essenziali quali la tutela delle fasce più fragili della popolazione e introduzione di massimali espliciti di reddito. D'altro canto, elemento che metteremo in discussione, si ossequia l'evoluzione delle scelte assicurative degli assicurati, garantendo senza la dovuta attenzione l'affiliazione a modelli d'assicurazione certamente subottimali.

3. LE GARANZIE SOCIALI

La garanzia della situazione acquisita per i bassi redditi (tutela delle fasce più fragili) costituisce un'importante premessa, sui cui poggia il messaggio approvato dal Consiglio di Stato, a seguito dell'esito della votazione popolare del 18 maggio scorso. Pure l'indirizzo di non considerare le franchigie opzionali nel calcolo dei PMR, al fine di non trasferire rischi supplementari sugli assicurati sussidiati, come quello della morosità nell'assicurazione malattia, rappresenta un ulteriore presupposto. Questo rapporto che come vedremo intende modificare il premio medio di riferimento adottando dal 2016 la calcolo sul solo modello del medico di famiglia, non rimette in discussione le garanzie sociali previste dal Messaggio.

4. IL PREMIO MEDIO DI RIFERIMENTO

Il premio medio di riferimento rappresenta uno dei parametri che caratterizza la riduzione dei premi. Esso considera le forme assicurative LAMal scelte degli assicurati. La ponderazione dei PMR considera quindi l'evoluzione delle scelte assicurative dei cittadini ticinesi. In questo senso è definito medio. Il messaggio è coerente con questo approccio, che tecnicamente consente l'adeguamento costante ai comportamenti futuri. Usufruire di una sola modalità di premio (ad esempio standard o medico di famiglia) non riflette questo orientamento. Se da un lato la coerenza del modello è comprensibile dall'altro, alla luce del fatto che le finanze pubbliche del nostro Cantone presentano dei deficit strutturali, non risulta sostenibile continuare nel solco della politica della carta di credito. Se nel quadriennio precedente infatti si è accumulato un debito pubblico di circa 650 milioni, sfiorando i 2 miliardi totali, sebbene nell'era del freno ai disavanzi, con un preventivo come quello che tratteremo prossimamente non possiamo certo dormire sonni tranquilli. Proprio in questo ambito di riflessione, ambito che viepiù diverrà determinante per le scelte politiche del nostro Cantone, si innesta la riflessione che portano a concludere il calcolo del premio medio di riferimento secondo il modello del medico di famiglia.

5. IL MODELLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

5.1 Di cosa si tratta

Al fine di meglio descrivere il modello assicurativo del "medico di famiglia", il presente sottocapitolo intende, grazie alle informazioni reperite presso i primari assicuratori malattia, tracciare la sua illustrazione:

Il modello "medico di famiglia" è un modello alternativo d'assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria di base. Esso permette di usufruire delle stesse prestazioni mediche della variante standard prevista dalla legge. In caso di problemi di salute tuttavia è richiesto all'assicurato di rivolgersi sempre al suo medico di famiglia scelto. In questo modo si beneficia di un coordinamento ottimale dei trattamenti medici nonché di generosi sconti sui premi.

5.2 I vantaggi

I vantaggi di questo modello sono così riassumibili:

- si beneficia di un sensibile sconto rispetto al modello standard;
- si ha un solo interlocutore con il quale avete un rapporto di fiducia personale;
- il trattamento medico è ottimizzato in base alla vostra anamnesi personale;
- si è indirizzati in maniera mirata, evitando così di ripetere esami superflui;

5.3 Come si procede in caso di malattia o infortunio?

In caso di un problema di salute è necessario consultare sempre il medico di famiglia scelto. Il medico di famiglia definisce insieme a voi un piano di trattamento adeguato alla patologia e prescrive i medicinali indicati. Se opportuno, il medico di famiglia o lo studio medico associato prescrive il consulto presso uno specialista oppure organizza il ricovero in ospedale. In caso di urgenza è evidentemente possibile rivolgersi direttamente al medico di picchetto o recarsi in ospedale. Sussiste un'emergenza se siete dell'avviso che il vostro stato di salute necessiti di un trattamento immediato. A trattamento avvenuto si tratta poi di informare il medico di famiglia in merito alla consultazione, affinché questo

possa aggiornare il vostro dossier medico. In questo modo, è possibile garantire un'assistenza ottimale anche in futuro.

5.4 La garanzia delle prestazioni

Di fondamentale importanza, al fine di fugare qualsiasi dubbio sulle prestazioni erogate da questo modello, la risposta del 20 ottobre 2014 elaborata dal Consiglio di Stato: *«si può quindi concludere come, nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, optando per il modello "medico di famiglia", all'assicurato sono garantite le medesime prestazioni di chi ha scelto il modello assicurativo standard, con la differenza che il medico di famiglia si assume il ruolo di cosiddetto gale keeper»*.

5.5 I malati cronici e gli anziani

Anche in questo caso, per far luce sulla possibile penalizzazione dal profilo delle prestazioni per i malati cronici e/o gli anziani (degenti e non in istituti di cura), è possibile rifarsi alle conclusioni del Consiglio di Stato: *«La qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base LAMal è garantita con controlli scientifici e sistematici e tramite l'alta vigilanza esercitata dalla competente Autorità federale, cioè l'Ufficio federale della salute pubblica (UFSP)B. Il controllo interessa tutti i fornitori di prestazioni, quindi anche i cosiddetti medici di famiglia. Se il cittadino ha optato per il modello assicurativo "medico di famiglia", prima di sottoporsi, ad esempio, ad una visita specialistica, a dipendenza della cassa malati scelta, può dover ottenere previamente il consenso del suo medico di famiglia. In questo senso, tale medico concorre nel contenimento delle spese sanitarie fungendo, come scritto precedentemente, da gale keeper. Se il medico autorizza il trasferimento (cioè la visita specialistica), l'assicuratore è tenuto a prendere a carico la prestazione sanitaria fornita. Per principio, l'assicuratore malattie assume i costi delle prestazioni fornite mediante procedura semplificata, cioè senza che sia a priori necessario emanare una decisione formale"; il cittadino ha però la possibilità di esigere che l'assicuratore emani una decisione formale o, ad esempio qualora l'assicuratore si rifiuta di prendere a carico una spesa sanitaria, di modo che i diritti ricorsuali gli sono garantiti". Sia in sede amministrativa (cioè innanzi alle casse malattie), come pure in sede ricorsuale (cioè innanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni), la procedura è gratuita e non è necessario farsi assistere da un legale. Per consulenze, gli assicurati hanno anche la possibilità di rivolgersi gratuitamente all'ACSI o, per una mediazione, direttamente all'Ombudsman dell'assicurazione malattie (vedi <https://secure.om-kv.ch/html/chi-siamo.html>). Si può quindi concludere come, sia in generale che in particolare per i malati cronici e/o gli anziani, il modello "medico di famiglia" non possa essere penalizzante dal profilo delle prestazioni»*.

6. LA MOZIONE 100% MEDICO DI FAMIGLIA

Nell'atto parlamentare firmato dal gruppo UDC e dai deputati Franco Denti e Sergio Morisoli, già il 25 novembre 2013, all'alba della decisione relativa alla fu riforma del 2013, si chiedeva di:

1. presentare un progetto di riforma della partecipazione al pagamento dei premi assicurazione malattie che contempli ai fini del calcolo dei PMR solo lo sconto medio percentuale tra il modello medico di famiglia rispetto al modello assicurativo standard, senza nessuna ponderazione tra modello standard e modelli alternativi. Ossia partendo dall'ipotesi che lo Stato contribuisca solo all'altezza del premio relativo al modello "medico di famiglia";

2. preparare un'analisi dettagliata degli assicurati beneficiari di Ripam (Riduzione ordinaria dei premi nell'assicurazione sociale e obbligatoria contro le malattie) ai quali non sarebbero più erogate prestazioni finanziarie. La risoluzione indica in effetti che con questi PMR vi sarebbe una diminuzione del numero di unità di riferimento (UR) e una diminuzione degli assicurati beneficiari di Ripam nell'ordine di:
 - 15'013 persone (111'556 con gli attuali PMR / 96'543 con questa ipotesi)
 - 7'149 UR (53'122 con gli attuali PMR / 45'973 con questa ipotesi);
3. allestire una strategia di informazione alla popolazione in proposito e approntare una tempistica chiara e congrua dei passi da percorrere per l'entrata in vigore di questa riforma.

Questo rapporto di minoranza non può dunque sorprendere nessuno e intende evidenziare come sia possibile aumentare l'efficienza del sistema a mezzo della diminuzione del costo dei premi sussidiati fermo restando la stessa qualità e il medesimo accesso alle cure.

7. PERCHÉ

Alla luce di quanto sopra i sottoscritti firmatari del rapporto di minoranza si pongono il seguente quesito. Perché una famiglia, spesso confrontata con la preoccupazione di far quadrare i conti alla fine del mese, sceglie il modello del medico di famiglia approfittando dello sconto sui premi di cassa malati pari a circa il 10%, migliorando così l'efficienza della propria assicurazione malattia mentre coloro ai quali, in stato di necessità e giustamente aiutati dal nostro welfare, non è possibile chiedere la stessa accortezza?

Certo non convince la tesi dei contrari all'implementazione di questo modello secondo cui in un prossimo futuro tutti si allineeranno al modello del medico di famiglia raggiungendo l'obiettivo della mozione in modo del tutto naturale. Non convince dicevamo in quanto anno dopo anno non saranno risparmiati milioni di franchi che, grazie ad un comportamento più avveduto, sarebbe possibile risparmiare.

8. UN LIMITE MA NESSUN OBBLIGO

Da ricordare inoltre che l'introduzione di un premio medio di riferimento basato esclusivamente sul modello del medico di famiglia non impedisce certo all'assicurato di scegliere altri modelli. In questo senso non vi è l'obbligatorietà ad aderire a questo modello più conveniente. Si può certamente rimanere fedeli a modelli più cari ma non dover far pagare per intero questa scelta alla comunità.

9. I POTENZIALI RISPARMI

Con il messaggio n. 6982 si ripropone dunque tecnicamente il metodo di calcolo dei PMR che determina i PMR considerando i premi approvati dalla Confederazione relativi al modello assicurativo standard ponderati con i modelli assicurativi alternativi e considerando lo sconto che caratterizza il modello medico di famiglia. Con l'attuale proposta governativa i PMR non potranno essere inferiori a quelli odierni (2014), in modo da tutelare maggiormente i redditi bassi. A seguito dell'approvazione federale dei premi,

possiamo confermare che i PMR per l'anno 2015 corrisponderanno a quelli del 2014. Nell'ipotesi in cui i PMR fossero determinati solo in base ai premi del modello assicurativo medico di famiglia la diminuzione dei PMR equivarrebbe allo sconto medio che caratterizza questo particolare modello assicurativo per le tre differenti categorie d'età, ritenuta la franchigia ordinaria di 300.- e il rischio d'infortunio. I PMR e lo sconto medio del modello medico di famiglia sono i seguenti:

Categorie d'età	PMR 2014: secondo metodo in vigore	PMR 2014: secondo metodo in vigore	PMR 2015: solo medico di famiglia	Sconto medio medico di famiglia 2015
Adulti	4'965.-	5'133.-	4'548.-	11,40%
Giovani	4'594.-	4'738.-	4'204.-	11,27%
Minorenni	1'156.-	1'182.-	1'053.-	10,93%

La proposta governativa, di cui al messaggio n. 6982, comporta una minor spesa di 19.3 milioni di franchi nel 2015.

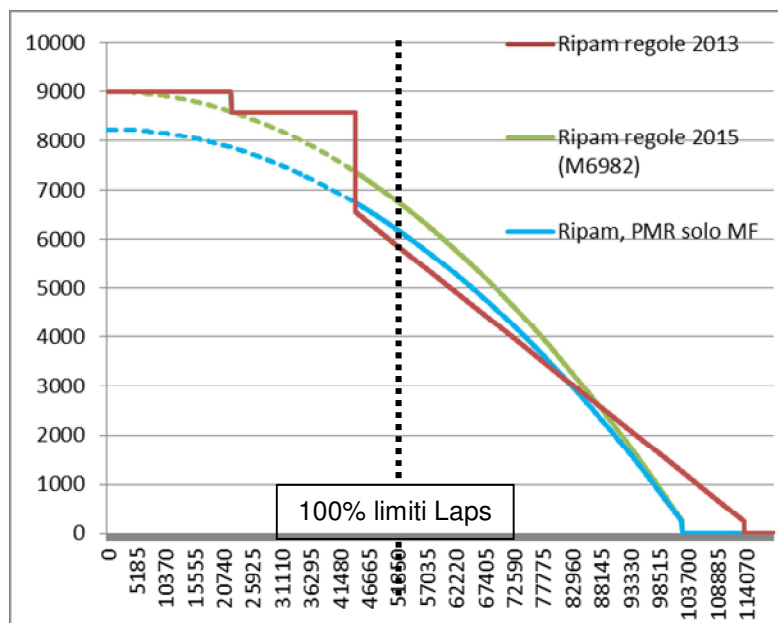
Dovessimo applicare i PMR calcolati unicamente in base al modello medico di famiglia con la franchigia ordinaria, la spesa diminuirebbe di ulteriori 7.6 milioni di franchi. Per vari motivi l'effetto è decisamente inferiore a quello valutato con la proposta dello scorso anno:

- La diminuzione della Ripam non è più lineare; essa segue un andamento degressivo (con l'aumentare del reddito l'effetto PMR diminuisce);
- il reddito disponibile massimo (ROM) è un limite esplicito e fisso, che comporta la riduzione dei beneficiari nei redditi alti;
- preso atto della situazione acquisita per i redditi bassi, l'effetto della diminuzione dei PMR inizia a partire dai redditi superiori al 100% dei limiti di reddito Laps;
- lo sconto, seppur in minima parte, è inferiore a quello dello scorso anno.

10. EFFETTO SOGLIA

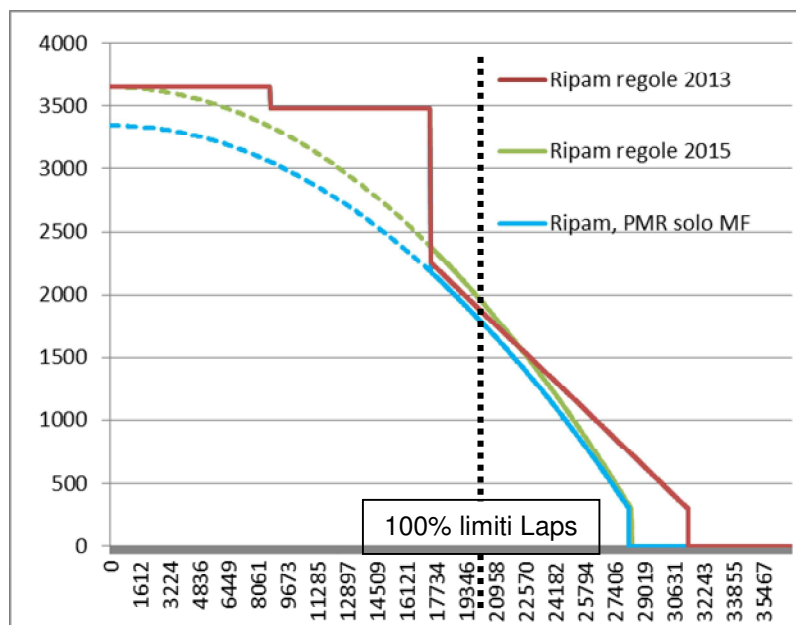
La garanzia della situazione acquisita per i bassi redditi, seppur in forma temporanea, implica il mantenimento degli attuali effetti soglia introdotti con il doppio coefficiente nel 2013, perlomeno fino a che, con l'evoluzione dei premi di cassa malati, l'importo di Ripam calcolato con la nuova funzione degressiva non sarà più elevato rispetto a quello calcolato con i PMR e la formula attuale. Da notare inoltre che l'applicazione del modello del medico di famiglia, come unica base di calcolo per il PMR, non peggiora significativamente l'attuale situazione dei sussidiati, neppure laddove lo stesso transitorio effetto soglia è più marcato, ossia a cavallo del 100% del limite reddito Laps.

Grafico 1: coppia biparentale con due figli minorenni



Fonte: elaborazione IAS

Grafico 2: persona sola



Fonte: elaborazione IAS

Legenda per i grafici 1 e 2:

La **linea continua rossa** illustra il modello attualmente in vigore per i redditi medio-bassi, medio-alti e alti con PMR ponderati solo sul modello standard; rispettivamente la proposta del Consiglio di Stato a tutela dei bassi redditi.

La **curva continua verde** illustra parte della proposta del Consiglio di Stato per l'anno 2015 (redditi medio bassi e medio alti), con PMR ponderati su modello standard/modelli alternativi/sconto modello "medico di famiglia". Fino al 100% del reddito Laps la curva verde è tratteggiata perché viene sostituita dalla linea rossa, che sarà mantenuta nei prossimi anni fino a quando la curva verde non supererà la linea rossa.

La **curva blu** illustra la situazione ipotetica con PMR ponderati solo sul modello "medico di famiglia" e raffigura una rappresentazione teorica.

11. NESSUN TAGLIO LINEARE

Durante gli incontri della Commissione della gestione e delle finanze è stato paventato il rischio, applicando il modello del medico di famiglia come base di calcolo dei PMR, di incorrere in un nuovo taglio lineare, esattamente come nel caso della riforma governativa del 2013 poi bocciata in votazione popolare. La preoccupazione è stata sottoposta al Consiglio di Stato e la rassicurazione è chiara: *«il calcolo in base al solo modello "medico di famiglia" comporterebbe una diminuzione della Ripam per tutti i beneficiari. La curva si abbasserebbe (vedi grafici), ritenuto che la diminuzione dell'importo di Ripam sarebbe in ogni caso degressiva (curva) e non lineare. Il Consiglio di Stato [come pure il sottoscritto firmatario d'altronde, Ndr], propone di tutelare le fasce fragili di reddito (RDS fino al 100% dei limiti Laps per unità di riferimento), garantendo la situazione acquisita attuale. Propone inoltre, per tutti i beneficiari, di utilizzare, i PMR odierni fino a quando saranno superiori a quelli definiti con il messaggio e il relativo decreto legislativo».*

12. CHI POTREBBE PERDERE IL DIRITTO AI SUSSIDI CON IL MODELLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

La risposta in questo caso è assolutamente tecnica; tuttavia essa presenta anche una valenza politica che non può essere sottaciuta anche alla luce del fatto che molti commissari hanno manifestato un'insofferenza rispetto ai RDS che risulterebbero ancora troppo alti. In buona sostanza possiamo apprendere dalle risposte del Consiglio di Stato quanto segue: *«se si applicasse un PMR ponderato sul solo modello "medico di famiglia", questo sarebbe inferiore al PMR ponderato considerando modello standard/altri modelli alternativi/sconto medio modello medico di famiglia. Con un PMR inferiore inserito quale parametro di calcolo del RDS, ne risulterebbe un RDS superiore. Con ciò, taluni assicurati perderebbero il diritto alla Ripam. La perdita del diritto riguarderebbe unicamente i redditi medio alti, quelli in prossimità del limite massimo di reddito (RDM) che non cambia perché calcolato in altro modo, ed è stimabile a circa 800 unità di riferimento».*

13. CONCLUSIONE: IL COMPROMESSO

In conclusione, se da un lato è cresciuto il bisogno di sostegno, che l'ente pubblico continuerà ad assicurare in particolare alle fasce più fragili della popolazione, dall'altro si è accentuata la necessità di mantenere sotto controllo l'incremento della spesa sanitaria e sociale che sta raggiungendo proporzioni preoccupanti. L'adozione del modello del medico di famiglia permette di migliorare l'efficienza dei sussidi erogati a mezzo della diminuzione degli importi da un lato, e della garanzia delle medesime prestazioni, dall'altro. Confrontati tuttavia con la nota difficoltà a muoversi nel mercato degli assicuratori malattia, i sottoscritti firmatari propongono quale forma di accettabilissimo compromesso, l'introduzione del criterio di calcolo legato al modello del medico di famiglia solo a partire dal 1° gennaio 2016. Questo rapporto è dunque presentato con due decreti distinti con entrata in vigore in tempi diversi. Questo lasso di tempo deve permettere al Governo di allestire una strategia di informazione e sostegno di prossimità alla popolazione riguardante la riforma 2016.

Sulla base delle considerazioni e delle argomentazioni formulate in precedenza, i sottoscrittori invitano il Gran Consiglio ad approvare il presente rapporto e il disegno di legge a esso annesso.

Per la minoranza della Commissione gestione e finanze:

Marco Chiesa, relatore

Disegno di

LEGGE

di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- richiamata la legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal);
- visto il messaggio 10 settembre 2014 n. 6982 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 21 ottobre 2014 n. 6982 R2 della minoranza della Commissione della gestione e delle finanze,

d e c r e t a:

I.

La legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997 è modificata come segue:

Articolo 15 cpv. 4 (nuovo)

⁴Gli assicuratori comunicano annualmente all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'elenco nominativo degli assicurati a loro affiliati.

Articolo 15 cpv. 5 (nuovo)

⁵Il regolamento disciplina i particolari.

Articolo 28

C. Premio medio di riferimento I. Principi

¹Il premio medio di riferimento è stabilito, per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal, sulla base dei premi approvati dall'autorità federale nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

²Esso è calcolato sulla base della media ponderata dei premi dell'assicurazione standard, con franchigia ordinaria e rischio d'infortunio incluso, tenuto conto del numero degli assicurati iscritti presso ogni singolo assicuratore malattie ripartiti per le regioni di premio ammesse dalla LAMal ($\overline{P}$) e considerando:

- a) la percentuale di assicurati con modello assicurativo standard, con franchigia ordinaria (α);
- b) la percentuale di assicurati con modelli assicurativi alternativi, con franchigia ordinaria (β);
- c) lo sconto medio percentuale tra modello medico di famiglia e modello standard (γ).

³Il regolamento stabilisce la data in cui è preso in considerazione il numero di assicurati e la modalità di calcolo della percentuale degli assicurati tra i vari modelli assicurativi.

Articolo 29

II. Formula e importo

¹Il premio medio di riferimento è stabilito come segue:

$$PMR = \overline{P} \times \alpha + \overline{P} \times (100\% - \gamma) \times \beta.$$

²Il premio medio di riferimento considerato per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal non può essere inferiore a quello applicato per l'anno 2014.

D. Reddito di riferimento

Articolo 30 (marginale)

Articolo 31 cpv. 4 (nuovo)

Se il reddito disponibile di riferimento è inferiore allo zero, esso equivale a zero.

Articolo 32a (nuovo)

C. Reddito disponibile massimo

¹La riduzione dei premi è accordata fino al raggiungimento di un reddito disponibile massimo (RDM).

²Per le unità di riferimento senza figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:

RDM = costante del 3.4 x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.

³Per le unità di riferimento con figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:

RDM = [costante del 3.9 + $(1 - (n. figli)/10)$] x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.

Articolo 35

B. Importo normativo di riduzione dei premi

L'importo normativo di riduzione dei premi è determinato come segue:

$$[PMR - \left(\frac{PMR}{RDM^2} \times RD^2 \right)].$$

Articolo 36

Abrogato.

Articolo 37

¹L'importo effettivo di riduzione dei premi si ottiene moltiplicando l'importo normativo per il coefficiente cantonale di finanziamento.

²Il coefficiente cantonale di finanziamento è pari al 73.5%.

³L'importo di riduzione dei premi non può oltrepassare l'ammontare del premio effettivo a carico dei membri dell'unità di riferimento.

Articolo 38

Per tutte le forme particolari di assicurazione ai sensi della LAMal, l'importo di riduzione dei premi è determinato conformemente all'art. 37.

Articolo 40 lett. c)

- c) la costante applicabile alle unità di riferimento con figli e alle unità di riferimento senza figli;

Articolo 43a (nuovo)

C. Situazione acquisita per le unità di riferimento con reddito disponibile inferiore o uguale al limite di fabbisogno ai sensi della Laps

¹Le unità di riferimento con reddito disponibile inferiore o uguale al limite di fabbisogno ai sensi della Laps, senza computo della pigione, mantengono la situazione acquisita con la legge in vigore per l'anno 2014.

²L'importo effettivo di riduzione dei premi, calcolato conformemente all'art. 37, non può essere inferiore all'importo calcolato come segue:

- a) considerando i premi medi di riferimento calcolati secondo la legge in vigore per l'anno 2014, segnatamente franchi 4'965.- all'anno per gli assicurati di età superiore ai 25 anni, di franchi 4'594.- all'anno per gli assicurati di età compresa tra i 18 e i 25 anni e di franchi 1'156.- all'anno per gli assicurati fino all'età di 18 anni;
- b) $PMR \times$ coefficiente cantonale di finanziamento pari al 73.5%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile inferiore o uguale al 50% del limite di fabbisogno;
- c) $PMR \times$ coefficiente cantonale di finanziamento pari al 70%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile superiore al 50% ma inferiore o uguale al 100% del limite di fabbisogno.

II.

La legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997 è modificata come segue:

Articolo 28 cpv. 2 e 3

²Esso è calcolato sulla base della media ponderata del premio relativo al modello del medico di famiglia.

³Il regolamento stabilisce la data in cui è preso in considerazione il numero di assicurati e la modalità di calcolo della percentuale degli assicurati.

Articolo 29 cpv. 1

II. Importo

¹*Abrogato.*

III.

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

La modifica di cui alla cifra I. entra in vigore il 1° gennaio 2015, quella di cui alla cifra II. il 1° gennaio 2016.