

Messaggio aggiuntivo

numero	data	Dipartimento
7104/5 A	12 aprile 2017	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal); nuovo modello di calcolo del premio medio di riferimento per la riduzione dei premi nell'assicurazione sociale e obbligatoria contro le malattie

INDICE

1.	IL PREMIO MEDIO DI RIFERIMENTO NEL MODELLO DI RIPAM ORDINARIA.....	2
1.1	Le funzioni del premio medio di riferimento.....	2
1.2	La ponderazione attuale del premio medio di riferimento.....	5
1.3	La proposta di modifica avanzata dal Parlamento.....	5
1.4	Evoluzione dei premi.....	6
1.5	I modelli alternativi.....	8
1.6	Margini sempre più ridotti.....	9
1.7	Proposte alternative.....	11
2.	LA RIPAM PER I BENEFICIARI DI PRESTAZIONI COMPLEMENTARI ALL'AVS/AI	12
3.	CONCLUSIONI PER LA RIPAM ORDINARIA.....	13

* * * * *

Signor Presidente,
Signore e signori deputati,

con il rapporto del 6 settembre 2016 n. 7184 relativo al pacchetto di misure per il riequilibrio delle finanze cantonali, la maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio ha proposto, con riferimento alla riduzione dei premi nell'assicurazione sociale ed obbligatoria contro le malattie (Ripam):

- di *“introdurre per il calcolo del premio medio di riferimento una ponderazione maggiore dei modelli di assicurazione che garantiscono le medesime prestazioni a un costo inferiore”* e di *“verificare regolarmente se vi sono modelli più efficienti che debbano essere adottati per tale calcolo del premio medio di riferimento”*.

Nella sua sessione del 20 settembre 2016 il Parlamento ha approvato il citato rapporto di maggioranza. In relazione alla prima richiesta che riguarda la Ripam ordinaria e il calcolo del premio medio di riferimento (PMR), il Gran Consiglio ha chiesto al Consiglio di Stato di presentare entro fine marzo 2017, in funzione del 1° gennaio 2018, *“una modifica legislativa per calcolare il premio medio di riferimento sulla base delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni meno care”* (art. 84 cpv. 3 LCAMal; cfr. BU 47/2016 del 11.11.2016, pag. 448).

Premettiamo che il Consiglio di Stato ha già avuto modo di approfondire l'argomento del PMR nel messaggio n. 7104 dell'8 luglio 2015 relativo alla valutazione degli effetti del PMR sulla sola base del modello assicurativo medico di famiglia. Preso atto dello scritto del 27 settembre 2016 della Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio, con il quale detta Commissione ha riferito di aver sospeso l'esame del rapporto di valutazione della Ripam, in attesa di poter *“ricevere una valutazione del CdS che abbracci organicamente la materia”*, con il presente messaggio aggiuntivo, diamo seguito alla richiesta della Commissione, approfondendo ulteriormente l'argomento del PMR.

1. IL PREMIO MEDIO DI RIFERIMENTO NEL MODELLO DI RIPAM ORDINARIA

1.1 Le funzioni del premio medio di riferimento

Il PMR è stabilito annualmente dal Consiglio di Stato, per ognuna delle tre categorie di assicurati previste dall'art. 61 cpv. 3 LAMal¹, sulla base dei premi approvati dall'Autorità federale competente² nell'assicurazione sociale ed obbligatoria contro le malattie (art. 28 cpv. 1 LCAMal). Di fatto, non vi è, quindi, un solo PMR bensì tre: uno per ognuna delle categorie di assicurati previste dalla LAMal che compongono l'UR.

Nel sistema di calcolo della Ripam ordinaria³ in vigore in Ticino dal 2012, il PMR ha una duplice funzione.

In primo luogo, il PMR costituisce l'importo che viene considerato, quale spesa per la cassa malati (assicurazione di base) per ogni singolo componente dell'unità di riferimento (di seguito: UR), nel calcolo del reddito disponibile semplificato (di seguito: RDS), che

¹ Minorenni (età inferiore a 18 anni), giovani adulti (28-25 anni) e adulti (età superiore a 25 anni).

² Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

³ Cioè quella che non concerne i beneficiari di prestazioni complementari, che seguono regole proprie dettate dal diritto federale.

determina, assieme al coefficiente cantonale di finanziamento e al reddito disponibile massimo, il diritto alla Ripam (art. 31 LCAMal)⁴.

Nel sistema di riduzione dei premi nell'assicurazione sociale obbligatoria contro le malattie il premio medio di riferimento è dunque innanzitutto una componente di spesa (premio lordo) nel calcolo del reddito disponibile semplificato (RDS) che definisce il diritto alla Ripam e il suo importo⁵.

In secondo luogo il PMR è un parametro amministrativo che concorre – con il coefficiente cantonale di finanziamento – a determinare anche l'importo massimo della riduzione del premio che può essere accordata⁶.

Il PMR riveste tuttavia un ruolo importante nel sistema di calcolo non solo della Ripam, ma anche delle altre prestazioni sociali cantonali Laps (indennità straordinarie di disoccupazione, assegni familiari integrativi e di prima infanzia e assistenza), poiché definisce il limite massimo della spesa che può essere riconosciuta per i premi cassa malati.⁷ Chi paga premi superiori se ne deve assumere interamente anche l'onere: se i premi pagati superano il PMR, la parte eccedente della spesa resta integralmente a carico dei beneficiari di prestazioni sociali, che potranno finanziare solo attraverso una riduzione equivalente dell'importo da destinare ad altre spese necessarie all'UR (spese vincolate).

Con le ripetute modifiche del sistema di riduzione dei premi avvenute dal 2012, anche il PMR è stato oggetto di più ridefinizioni e ha assunto tre differenti contenuti in soli quattro anni.

Dapprima con il nuovo modello di Ripam adottato dal 01.01.2012, il PMR ha sostituito il concetto di quota media cantonale ponderata (QMCP). Il sistema era stato modificato, poiché la QMCP – basata unicamente sui premi della Regione 2 LAmal – non rifletteva la media dei premi cassa malati pagati dagli assicurati in Ticino, perché non teneva conto in alcun modo della reale situazione, in particolare della loro distribuzione regionale⁸.

Successivamente, dal 2015, oltre alla ripartizione effettiva degli assicurati nelle due regioni di premio LAMal, nel calcolo del PMR, si è voluto tener maggiormente conto degli assicurati che hanno optato per un modello assicurativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni (non solo modello medico di famiglia, ma anche altri modelli alternativi).

Si può pertanto sottolineare che le modifiche di definizione del PMR apportate negli ultimi anni hanno sempre avuto un comune denominatore: quello di volersi avvicinare sempre di più alla situazione reale dei premi sostenuti dalla popolazione e ai comportamenti effettivi degli assicurati.

Si tratta di un aspetto rilevante da considerare e di un obiettivo che dovrebbe contraddistinguere ogni riforma in questo ambito, tenuto conto che la spesa per i premi cassa malati è una spesa obbligatoria e vincolata e che nessuna prestazione sociale copre la parte di spesa eccedente (nemmeno l'assistenza) e deve così sempre essere

⁴ Le altre spese riconosciute dalla LCAMal sono i contributi sociali che il richiedente deve obbligatoriamente pagare alle assicurazioni federali, le pensioni alimentari dovute, le spese professionali (solo per i salariati) e gli interessi passivi privati e aziendali.

⁵ Va ricordato che RDS e PMR sono oggi utilizzati anche nell'ambito del sistema di calcolo degli assegni di tirocinio e delle borse di studio (vedi Legge sulla scuola).

⁶ Il PMR determina l'importo massimo normativo di Ripam che spetta all'Unità di riferimento (art. 34 LCAMal). L'importo effettivo della Ripam (art. 37 LCAMal) equivale all'importo normativo moltiplicato per il coefficiente cantonale di finanziamento. L'importo effettivo è ripartito internamente fra i singoli membri dell'UR secondo quanto previsto dagli artt. art. 33 cpv. 2 LCAMal e 17 Reg. LCAMal, nel rispetto dei vincoli federali ed è plafonato al premio che il beneficiario deve effettivamente pagare alla sua cassa malati (artt. 34 LCAMal).

⁷ Per le altre prestazioni Laps è considerata la spesa vincolata ai sensi dell'Art. 8 della Laps (Art. 8); quale spesa vincolata sono riconosciuti in particolare "I premi ordinari per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie vigenti al momento della richiesta, ma al massimo fino al raggiungimento dell'importo del premio medio di riferimento" (Laps, Art. 8, lett. g).

⁸ M6264 del Consiglio di Stato del 15.09.2009.

assunta in prima persona e interamente dagli assicurati beneficiari di Ripam e di prestazioni sociali.

Rispetto a questo obiettivo, si può sin da subito evidenziare che la proposta del Parlamento in discussione (calcolo del PMR solo sulla base dei soli modelli alternativi, medico di famiglia e altri modelli alternativi), comporterebbe un nuovo allontanamento dalle scelte assicurative e dai comportamenti attuali degli assicurati.

Inoltre questa proposta, che nell'intento del Parlamento dovrebbe anche servire a incentivare chi riceve sussidi a scegliere modelli più economici, penalizzerebbe in modo incisivo coloro che, per motivi che possono essere di varia natura, fanno una scelta diversa tramite l'assunzione del costo di una parte più elevata del premio (sistema di "malus").

Come si vedrà più avanti è necessario impedire che le scelte degli assicurati sui quali pesa già una parte del premio si indirizzino, non tanto verso modelli assicurativi alternativi, ma verso la scelta di franchigie più elevate. Ciò vale non solo per tutti i beneficiari della Ripam ordinaria, ma in particolare anche per i beneficiari Laps: già oggi nessuna cassa malati può più vantare un premio ordinario⁹ inferiore al PMR massimo riconosciuto.

Infine va tuttavia sottolineato che anche con il PMR attuale, le scelte assicurative più vantaggiose (p.es. modelli medico di famiglia o altri modelli alternativi) non risultano per nulla penalizzate, al contrario. Se invece l'obiettivo finale della proposta fosse quello di contenere la spesa per i sussidi, quest'ultimo potrebbe essere raggiunto con altri strumenti, modificando altri parametri interni al sistema di calcolo dei sussidi: dal 2012 tramite il coefficiente cantonale di finanziamento e, dal 2015, tramite anche la definizione di redditi disponibili massimi.

Tanto più che una ridefinizione del PMR nel senso proposto dal Parlamento comporterebbe la sua diminuzione con la necessità – come è stato il caso nella precedente riforma – di dover comunque salvaguardare la situazione acquisita dalle categorie di popolazione meno favorite, in particolare dei beneficiari Laps, in modo da evitare che debbano far fronte a un improvviso incremento della parte di premio a loro carico che non verrebbe in alcun modo compensata da un corrispondente aumento delle prestazioni Laps.

Con la riforma del 2015 si erano infatti introdotte due clausole transitorie.

La prima stabiliva che per il calcolo del RD, il PMR da considerare non poteva essere inferiore a quello applicato per l'anno 2014.

La seconda garantiva ai bassi redditi (UR con RD inferiore o uguale al 100% del reddito disponibile ai sensi della Laps) la situazione acquisita per un periodo transitorio, accordando a questa categoria di beneficiari, l'importo di Ripam che avrebbero ricevuto applicando il sistema di calcolo in vigore fino al 2014.

A tal proposito, va detto che la situazione acquisita non è ancora stata assorbita per alcune tipologie di UR e un eventuale riduzione del PMR prolungherebbe ulteriormente il periodo transitorio della norma.

Il periodo transitorio perdurerà fino al momento in cui l'importo di Ripam, calcolato con il sistema 2015, per effetto dell'aumento dei premi di cassa malati non sarà più elevato rispetto a quello calcolato con la formula di calcolo in vigore fino al 2014.

⁹ Il premio ordinario è quello approvato dall'Autorità federale per singolo assicuratore e per le regioni LAMal 1 e 2, riferito al modello standard con franchigia ordinaria e infortunio compreso ed è ponderato in base al numero di assicurati affiliati nelle regioni LAMal 1 e 2.

1.2 La ponderazione attuale del premio medio di riferimento

Nel modello Ripam attuale, in vigore dal 01.01.2015, il PMR per le tre categorie di assicurati definite dalla LAMal è determinato considerando i premi approvati dalla Confederazione relativi al modello con libera scelta del fornitore di prestazioni (premio standard) con franchigia ordinaria, ponderati però rispetto agli assicurati che hanno optato per un modello assicurativo alternativo (medico di famiglia o altri modelli alternativi con premi ridotti rispetto al modello standard). Il PMR riflette dunque oggi il comportamento della popolazione nelle scelte fra vari modelli assicurativi.

Lo sconto che si può ottenere sul premio dei modelli alternativi varia notevolmente in base innanzitutto alla portata più o meno ampia delle limitazioni imposte agli assicurati nella scelta dei fornitori di prestazioni. Sotto questo aspetto, fra i molti modelli alternativi offerti dai diversi assicuratori, il modello medico di famiglia rappresenta una categoria sufficientemente omogenea dal punto di vista delle prestazioni offerte ed è anche quello più facilmente comprensibile. Per il calcolo del PMR viene pertanto utilizzato lo sconto medio concesso per il modello medico di famiglia che tra i diversi modelli assicurativi è anche quello con una forte legittimazione in termini di efficacia ed efficienza sanitaria.¹⁰

1.3 La proposta di modifica avanzata dal Parlamento

Il Parlamento ha chiesto una modifica nella definizione del PMR che dovrebbe essere calcolato *“sulla base delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni meno care”* (art. 84 cpv. 3 LCAMal). Contrariamente alle modifiche del PMR finora attuate, con questa proposta il Parlamento desidererebbe un calcolo che fa astrazione, ed è perciò indipendente, dalla quota di popolazione che ha optato effettivamente per un modello assicurativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni.

Va detto che così come è formulata, questa proposta potrebbe essere interpretata per estensione, in modo da voler calcolare il PMR (per sua definizione un valore medio) sulla base non solo dei soli modelli alternativi meno cari, ma anche degli assicuratori meno cari.

In entrambi i casi, va dapprima sottolineato che si tratta in linea di principio di proposte incompatibili con il regime di concorrenza in cui si inserisce la LAMal. La libera scelta della cassa da parte dell'assicurato, del modello e del livello di franchigia resta un elemento fondante del sistema definito dalla legge federale e confermato da quella cantonale di applicazione. In questo quadro, il sistema di riduzione dei premi della cassa malattia dovrebbe, per quanto possibile, evitare di considerare solo uno o alcuni modelli di assicurazione LAMal, anche ritenuto che non tutte le casse malati offrono gli stessi modelli alternativi di copertura.

Inoltre, nel Messaggio n. 7104 il Consiglio di Stato aveva avuto già modo di sottolineare che i risparmi nella Ripam ottenibili dalla modifica dei PMR sono destinati a ridursi in modo sensibile, qualora il travaso di assicurati dal modello standard a quelli alternativi – e in particolare a quello del medico di famiglia – continuasse anche nei prossimi anni. Con il perdurare di tale flusso, l'effetto di selezione degli assicurati perderebbe peso, facendo progressivamente avvicinare i premi dei modelli assicurati alternativi e quelli del modello standard (p.10, M7104).

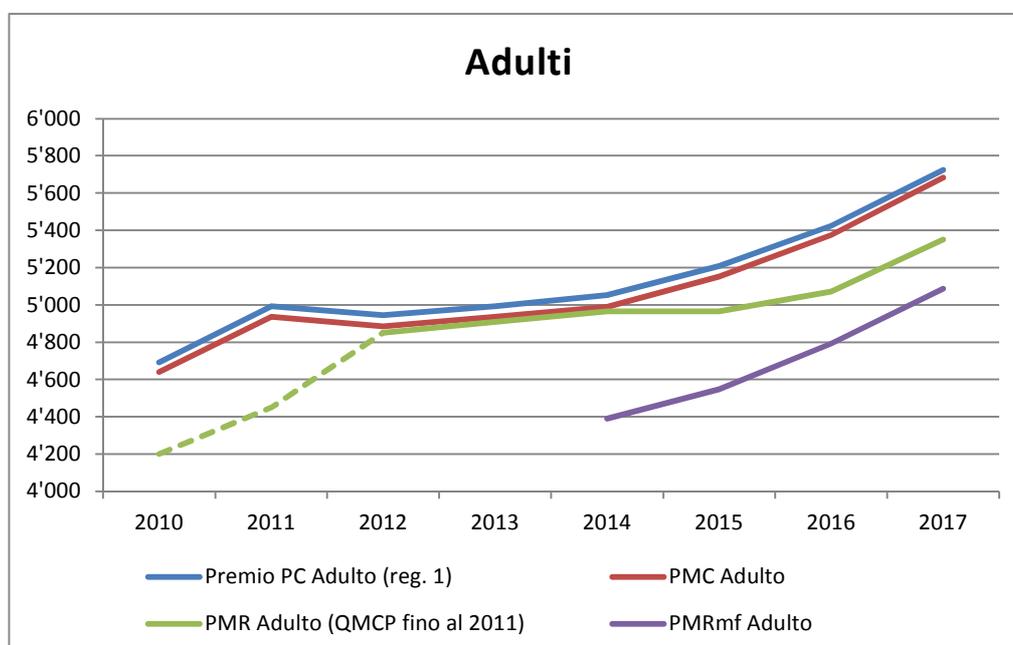
¹⁰ Anche il modello assicurativo riconducibile alle 'casse della salute' (HMO) gode di un'elevata efficacia e efficienza sanitaria ma, contrariamente alla Svizzera interna, non ha avuto una diffusione nel nostro cantone.

Una conferma di questo aspetto si ha dal fatto che nel periodo 2015-2017, l'aumento percentuale dei premi per i modelli medico di famiglia è stato dell'11.9% contro il 7.8% del PMR, dunque più elevato.

È inoltre verosimile ritenere che un risultato analogo si otterrebbe dal confronto del PMR con l'evoluzione dei premi medi di tutti i modelli assicurativi alternativi, a causa del flusso continuo di assicurati verso nuovi modelli che vengono sempre più proposti dai differenti assicuratori.

1.4 Evoluzione dei premi

Prima di entrare nel merito della valutazione della proposta del Parlamento, è utile confrontare l'importo e l'evoluzione del premio medio cantonale¹¹ (PMC) con i due altri parametri amministrativi utilizzati già oggi: il PMR e il premio forfettario riconosciuto nell'ambito delle prestazioni complementari AVS/AI (PC). L'analisi è inoltre completata con l'indicazione di un ipotetico premio medio di riferimento calcolato sulla base del solo modello assicurativo medico di famiglia (PMRmf), ossia l'ipotesi che è stata valutata e approfondita nel messaggio governativo 7104 dell'8 luglio 2015.



Il premio medio cantonale e il premio forfettario PC sono simili sia nell'importo che nell'evoluzione, poiché entrambi si basano sui medesimi premi approvati dalla Confederazione relativi al modello con libera scelta del fornitore di prestazioni. La sola differenza è che il premio forfettario PC rappresentato nel grafico considera unicamente i premi della regione 1, mentre il PMC è una media di entrambe le regioni di premio.

Il grafico mostra distintamente le tre definizioni assunte dal PMR precedentemente illustrate. Fino al 2011 il parametro utilizzato nel calcolo della Ripam era la QMCP, che risultava inferiore di circa il 9.5% rispetto al PMC. Con l'entrata in vigore nel 2012 del nuovo modello Ripam questa forte differenza è stata eliminata e il sistema di calcolo di questi due premi si è allineato.

¹¹ Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Con la riforma del 2015, che contemplava la clausola di salvaguardia per i bassi redditi citate nel capitolo precedente, il PMR è rimasto il medesimo dell'anno 2014, discostandosi nuovamente dal PMC. La differenza attuale tra questi due premi è oggi di 332 franchi (-5.9%).

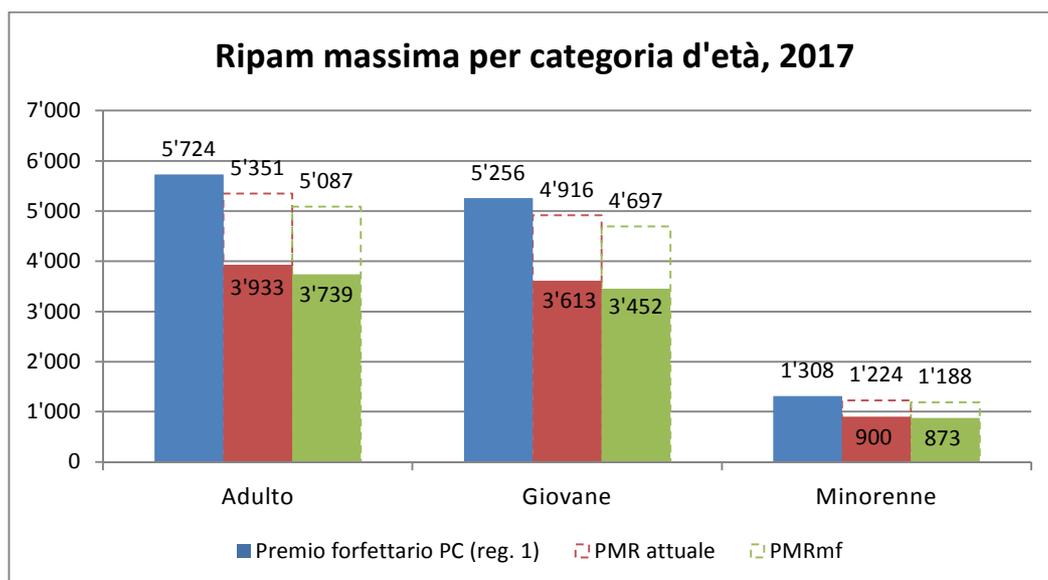
L'ipotetico PMR sulla base del solo modello assicurativo medico di famiglia è di gran lunga inferiore a tutti gli altri (linea viola), perché presuppone che tutti i cittadini abbiano scelto questo genere di modello. Oggi la differenza con il PMC sarebbe di quasi 600 franchi (-10.5%) e di 264 franchi (-4.9%) rispetto all'attuale PMR.

Come anticipato, il premio che evolve in misura minore tra i quattro rappresentati nel periodo 2015-2017 è proprio quello in vigore attualmente (+7.8% per la categoria d'età adulti), mentre quello che cresce più velocemente è il premio sulla base del modello medico di famiglia (+11.9%). Questa è la prova che la differenza tra i premi dei modelli standard e quelli dei modelli alternativi è destinata a ridursi sensibilmente nei prossimi anni.

Il PMR è solo uno dei parametri del sistema che concorre a definire l'importo Ripam (che aumenta con la diminuzione del reddito). Con il coefficiente cantonale di finanziamento definisce però l'importo massimo di sussidio nella Ripam ordinaria, rispettivamente, la quota di premio che deve comunque essere assunta da tutti i beneficiari: con un coefficiente cantonale pari al 73.5%, la quota di PMR non coperta dalla Ripam e assunta dal beneficiario è pari al 26.5%.

Per comprendere meglio l'effetto dei tre differenti parametri utilizzabili come premi di riferimento è necessario includere nell'analisi anche il coefficiente cantonale di finanziamento che definisce l'importo massimo di sussidio nella Ripam ordinaria, rispettivamente, la quota di premio che resta a carico dei beneficiari.

Per i beneficiari di prestazioni complementari la partecipazione cantonale al premio di cassa malattia segue regole proprie che discendono dal diritto federale e la Ripam massima equivale dunque al premio forfettario PC stabilito dalla Confederazione.



Il grafico precedente mostra l'evidente interazione tra il coefficiente cantonale di finanziamento e il PMR. Il Cantone, attraverso questo strumento, finanzia al massimo il 73.5% del PMR, che oggi equivale a una riduzione massima di premio pari a 3'933 franchi

per un adulto, 3'613 per un giovane e 900 franchi per un minorenni. A questo proposito, ricordiamo che solo i beneficiari con un reddito disponibile nullo e i beneficiari di prestazioni Laps hanno diritto alla Ripam massima, mentre tutti gli altri hanno diritto a importi inferiori.

Va in conclusione sottolineato che il parametro utilizzato come premio di riferimento¹², al di là della sua definizione, funge unicamente da base di partenza, e non dice nulla sulla generosità (più o meno ampia) del sistema cantonale di riduzione dei premi. E' infatti solo la formula di calcolo con tutte le sue componenti a determinare l'importo effettivo dei sussidi così come anche la riduzione massima dei premi nel sistema cantonale.

Tuttavia può infine essere interessante verificare quali siano le basi di calcolo del premio di riferimento utilizzate nei diversi Cantoni.

Nell'ambito dei lavori preparatori della riforma Ripam del 2012 che ha portato all'introduzione del PMR quale nuovo parametro amministrativo, era stata svolta un'analisi dei differenti sistemi cantonali di riduzione dei premi. Da quest'analisi era emersa la varietà delle soluzioni adottate nei differenti Cantoni. L'aggiornamento al 2016, indica che le soluzioni adottate dai vari Cantoni in relazione alla scelta del premio medio di riferimento divergono oggi ancora di più¹³. Merita anche di essere menzionato che alcuni Cantoni utilizzano come riferimento il premio forfettario in base alla legge federale sulle PC AVS/AI.

1.5 I modelli alternativi

La maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio ha proposto, oltre all'introduzione di un PMR che consideri maggiormente i modelli alternativi, anche di *“verificare regolarmente se vi sono modelli più efficienti che debbano essere adottati per tale calcolo del premio medio di riferimento”*.

Oltre al modello assicurativo con libera scelta del fornitore di prestazioni, più comunemente conosciuto come “modello standard”, i modelli assicurativi con scelta limitata del fornitore si suddividono in tre principali categorie:

- la prima è la HMO (Health Maintenance Organization) che solitamente consiste in uno studio medico collettivo dove sono raggruppati sia medici generalisti che medici specialisti e terapeuti. Questa particolare forma assicurativa è quasi inesistente in Ticino¹⁴ poiché tali centri sono presenti solo a Lugano.
- la seconda è il modello assicurativo del medico di famiglia, dove l'assicurato, prima di eventuali consultazioni specialistiche, si impegna a rivolgersi al proprio medico di fiducia in caso di malattia;
- la terza infine è l'insieme di tutti gli altri modelli alternativi dove l'assicurato è tenuto a chiedere una consulenza medica telefonica prima di recarsi dal medico e a seguire le indicazioni ricevute che possono essere più o meno vincolanti (telemedicina). All'interno di questa categoria vengono inoltre inseriti anche numerosi altri modelli che implicano restrizioni di vario genere.

Per comprendere la vastità dei modelli offerti dalle numerose casse malattie attive in Ticino, è sufficiente scorrere la panoramica dei premi che l'Ufficio federale della Sanità Pubblica (UFSP) presenta ogni anno in concomitanza dell'annuncio dei premi di cassa

¹² In tutti i Cantoni il premio di riferimento si riferisce a una franchigia opzionale di base (300 CHF adulti, 0 CHF minorenni).

¹³ Fonte: GDK, *Praemienverbilligung, Synoptische Uebersicht 2016*

¹⁴ Secondo la statistica federale solo lo 0.4% degli adulti e lo 0.3% dei minorenni ha fatto capo a questo modello assicurativo.

malattia nel mese di settembre. Inoltre è importante evidenziare che ogni assicuratore, sempre nel principio della concorrenza su cui si fonda la LAMal, può definire quali e quante limitazioni di prestazioni applicare ai rispettivi modelli assicurativi, e l'assicurato può prenderne appieno conoscenza unicamente consultando le condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Da sottolineare che la verifica della bontà dei modelli assicurativi e degli sconti, connessi con i premi, esula dalle competenze dei Cantoni, essendo esclusivamente federale.

Le competenze attuative, attribuite dalla LAMal ai Cantoni, sono infatti le seguenti:

- Controllo e verifica dell'obbligo assicurativo.
- Sanità e prevenzione delle malattie.
- Riduzione dei premi.
- Contenzioso giudiziario.
- Autorizzazione dei fornitori di prestazioni e pianificazione ospedaliera.
- Convenzioni tariffali.
- Limitazioni delle autorizzazioni ad esercitare a carico della LAMal per i medici.

La verifica di ogni nuovo modello, sia sotto l'aspetto della compatibilità con la LAMal, sia sotto l'aspetto dell'entità dello sconto offerto sul premio rispetto al modello standard compete di conseguenza all'istanza federale (UFSP).

Tuttavia, secondo la giurisprudenza federale e la dottrina, l'assicurazione malattie non è disciplinata esaustivamente dal diritto federale, di modo che i Cantoni possono emanare disposizioni di diritto autonomo in materia. Gli spazi a disposizione sono comunque decisamente limitati: infatti, la Confederazione dispone, in base all'art. 117 Cost. Fed., di una competenza concorrente non limitata ai principi, che le consente di regolamentare pienamente la materia, di modo che – come peraltro rilevato dal Tribunale federale – in tema di assicurazione malattie, il legislatore federale dispone di un sostanziale monopolio sulla materia. I Cantoni possono quindi legiferare in maniera originaria solo nella misura in cui la Confederazione non abbia disciplinato ed esaurito la materia. Il Parlamento federale ha regolato l'assicurazione contro le malattie in maniera dettagliata ma non esaustiva, lasciando così scoperti solo gli spazi minimi identificati dalla giurisprudenza. In questo senso, la Confederazione ha fatto ampio uso della sua prerogativa legislativa in tema di assicurazione malattie, promulgando norme puntuali, precise e dettagliate per gran parte della materia, rispettivamente retrocedendo parte della regolamentazione ai Cantoni o delegando agli stessi di disciplinare ambiti specifici.

Con riferimento all'esposto quadro legale, il Consiglio di Stato ritiene che a maggior ragione non debba rientrare fra i suoi compiti quello di monitorare e valutare sistematicamente il continuo sviluppo dei modelli alternativi per verificare se vi siano *"modelli più efficienti che debbano essere adottati per il calcolo del premio medio di riferimento"* come richiesto dal Parlamento.

Inoltre, non sono da dimenticare nemmeno gli aspetti pratici e le difficoltà di applicazione di una tale soluzione: il PMR è infatti parte di un sistema Ripam già molto complesso che necessiterebbe semmai di essere semplificato, non ulteriormente complicato.

1.6 Margini sempre più ridotti

Per incentivare gli assicurati a valutare modelli alternativi che permettano di contenere l'onere dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione

di base), una ridefinizione del sistema di calcolo del PMR secondo quanto proposto dal Parlamento non è uno strumento idoneo. Lo stesso Parlamento aveva in precedenza valutato che questo obiettivo poteva essere raggiunto meglio *"tramite un processo di informazione e di consulenza e non con un'imposizione dall'alto"*. Era infatti ben conscio del fatto che è sempre più difficile districarsi nel mercato delle casse malati, mancando la trasparenza necessaria e dunque anche la possibilità di confrontare le singole offerte. Ed è proprio in seguito a questa richiesta del Parlamento¹⁵ che, nel corso degli ultimi due anni, il DSS si è fatto così promotore di una campagna informativa in favore dei cittadini.

Nel messaggio dell'8 luglio 2015 n. 7105, avevamo già avuto modo di riferire sulle modalità di messa in atto di tale campagna: avevamo anticipato come, in luogo di una generica campagna informativa, le intenzioni fossero di garantire delle consulenze individualizzate tramite l'ACSI, rispettivamente come si intendesse (perlomeno in una prima fase) circoscrivere l'intervento ai beneficiari di prestazioni Laps (assegno integrativo, assegno di prima infanzia e prestazione assistenziale), con l'obiettivo di valutare in seguito – a dipendenza dei risultati per questa categoria di beneficiari – l'estensione della campagna ai cittadini sussidiati e ai beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI (capitolo 3 pag. 16 del M7105).

Si aggiunge che la campagna di sensibilizzazione sui premi di cassa malati è parte integrante del progetto di informazione e sensibilizzazione dei beneficiari di prestazioni sociali inserito nelle Linee direttive 2015-2019 (vedi Scheda n. 42).

La campagna di sensibilizzazione portata avanti in collaborazione con ACSI è terminata nella sua fase operativa lo scorso 31 dicembre ed è entrata nella fase di valutazione finale da parte del Dipartimento. Di seguito sono anticipati alcuni risultati di interesse per la presente valutazione.

In termini quantitativi, il numero delle consulenze delle quali i beneficiari Laps hanno approfittato nel periodo di monitoraggio è risultato essere al di sotto delle aspettative: il tasso di adesione è stato modesto, malgrado le molte e ripetute azioni di informazione e sollecitazione promosse dai vari operatori cantonali e comunali. Il picco di consulenze si è registrato evidentemente a ridosso delle due scadenze annuali di disdetta previste dalla LAMal (30 giugno e 30 novembre).

La consulenza ha interessato 687 persone, che hanno così potuto individualmente valutare con l'ACSI la loro copertura assicurativa LAMal e LCA.

Il 43% delle unità di riferimento che hanno richiesto la consulenza erano persone sole (beneficiarie di prestazioni assistenziali); il restante 57% erano famiglie (beneficiarie di assegno integrativo e/o di prima infanzia).

Il 54% delle consulenze ha interessato assicurati adulti, il 41% minorenni e il 6% giovani adulti (19-25 anni).

Dalle consulenze è emerso che il 59% delle persone aveva già optato per un modello assicurativo alternativo, fra questi il 45% per il modello medico di famiglia. Il 41% aderiva, per contro, a un modello standard.

Tutti i beneficiari Laps che hanno un premio superiore al PMR hanno infatti già oggi un interesse finanziario a contenere i premi di cassa malati, scegliendo gli assicuratori e i

¹⁵ Vedi **6982 R1**, del 1 ottobre 2014, p. 6. La maggioranza della CGF Chiede che "il Consiglio di Stato attraverso il DSS metta in atto durante il 2015 una campagna informativa a favore dei beneficiari dei sussidi, dando loro la possibilità di rivolgersi ai servizi sociali comunali per ricevere la dovuta consulenza, oppure all'ACSI, che ha in questo ambito un accordo di collaborazione con il DSS."

modelli meno cari e, entro certi limiti, persino aumentando la franchigia. Di principio solo il modello standard garantisce prestazioni LAMal identiche da parte di tutti gli assicuratori. Ciò non vale per contro necessariamente per i diversi modelli alternativi (incluso quello del medico di famiglia, in cui la limitazione della scelta del fornitore di prestazioni può essere più o meno ampia a dipendenza non solo del modello assicurativo ma anche dell'assicuratore), né tantomeno per l'aumento della franchigia opzionale che all'occorrenza – in caso di spese mediche e sanitarie – deve essere interamente pagata tramite mezzi propri.

Tuttavia, se si analizzano i premi delle varie casse malati per il 2017 si nota che nella regione 1 LAMal (e dove si concentra anche la maggior parte della popolazione) nessun assicuratore ha premi inferiori al PMR per adulti e giovani adulti, mentre Assura resta ancora l'unica con un premio inferiore al PMR per i minorenni. Ma anche per la regione 2, solo 6 assicuratori hanno un premio inferiore al PMR per gli adulti, 5 per i giovani adulti e 4 per i minorenni.

I margini quindi per poter ridurre i premi tramite un cambiamento di cassa si restringono sempre più. I beneficiari di prestazioni Laps hanno in ogni caso interesse a contenere i premi scegliendo gli assicuratori e i modelli meno cari.

La campagna di sensibilizzazione ha anche confermato la complessità del sistema e le oggettive difficoltà di comprensione da parte dei cittadini, in particolare nel saper valutare cosa implica la scelta di un modello definito alternativo e quali sono le condizioni da rispettare per evitare sanzioni, che possono essere spesso molto pesanti. In termini generali, l'ACSI ha valutato che solo nel 19% dei casi i beneficiari sono stati in grado di comprendere appieno il sistema e di operare scelte consapevoli; il restante 81% avrebbe necessità di un ulteriore accompagnamento per sapersi districare fra casse malati e modelli. Le condizioni generali di un prodotto assicurativo variano molto da una assicuratore all'altro, rendendo molto difficile poter fare paragoni.

Molti assicurati non sono perciò consci di tutto ciò che comporta la scelta di un modello assicurativo alternativo, dalle condizioni che devono rispettare a eventuali sanzioni¹⁶. L'ACSI sottolinea quindi, in particolare, che i modelli alternativi devono essere consigliati con prudenza a assicurati che non si sanno muovere in questo complesso settore.

1.7 Proposte alternative

Il PMR adottato dall'attuale sistema RIPAM, così come le altre definizioni dei premi di riferimento utilizzate in passato, costituisce in realtà un parametro tecnico del sistema più che un valore medio reale dei premi LAMal chiesti dagli assicuratori in Ticino.

L'importo del PMR non definisce l'importo dei premi LAMal concretamente pagati dagli assicurati ticinesi, siccome molti di essi non includono la copertura per i rischi d'infortunio, prevedono franchigie maggiori di quella ordinaria e prevedono sconti diversi in funzione del modello assicurativo. In altri termini, il PMR concorre, interagendo con gli altri parametri dell'algoritmo, a perseguire gli obiettivi del sistema RIPAM rispettandone i vincoli, ad esempio di spesa. La funzione è pertanto tecnica e interna al meccanismo stesso di determinazione dei sussidi.

Sull'effetto incentivante o disincentivante è inoltre necessario insistere su un aspetto importante: il PMR determina, assieme al coefficiente cantonale di finanziamento, il sussidio massimo che si ottiene solo con un reddito disponibile nullo.

¹⁶ A questo proposito, l'Alleanza delle organizzazioni dei consumatori si è impegnata a livello federale affinché vengano stabilite regole più chiare soprattutto riguardo alle sanzioni.

La modalità di calcolo del PMR non è determinante nel fornire incentivi finanziari concreti ed espliciti per gli assicurati ad adottare una specifica forma di assicurazione. Il motivo risiede nel fatto che l'assicurato comunque non basa le sue scelte assicurative sul PMR o altri singoli parametri del sistema, quanto piuttosto sul livello di sussidi ottenuti a confronto con i premi associati alle diverse possibilità di assicurazione.

A questo proposito è stato utile confrontare i premi di tutti i modelli assicurativi approvati dalla Confederazione¹⁷ rispetto all'importo massimo di Ripam che un beneficiario ordinario ha diritto secondo la legislazione cantonale attuale. Da questa verifica risulta che, considerando la franchigia ordinaria e la copertura dei rischi d'infortunio, nessun premio di cassa malati per la categoria d'età adulto sarebbe interamente coperto dal sussidio massimo, indipendentemente dalla scelta dell'assicuratore o dal modello assicurativo. Questo significa che già oggi il beneficiario di Ripam dovrebbe essere incentivato a ottimizzare le sue scelte assicurative, poiché una parte di premio è comunque a suo carico. Di conseguenza, l'adozione di un PMR inferiore, e quindi di una riduzione di Ripam, spingerebbe ulteriormente gli assicurati sussidiati a scegliere franchigie più elevate, che riducono sensibilmente il premio, ma allo stesso tempo implicherebbe un trasferimento di rischio a loro carico. Questo modo di agire, oltre che a minare la solidarietà del sistema fra assicurati sani e malati¹⁸, comporterebbe il rischio di un aumento degli assicurati morosi fra i beneficiari di sussidio che, avendo scelto una franchigia opzionale, dovrebbero ammortizzarla prima di poter beneficiare di rimborsi da parte della loro cassa malati.

Con queste considerazioni possiamo concludere che l'eventuale riduzione del PMR non incentiverebbe a sufficienza la scelta di modelli assicurativi alternativi come auspicato dalla maggioranza della Commissione della Gestione (vedi rapporto di maggioranza 7184 R1 del 6 settembre 2016) ma, piuttosto, avrebbe ripercussioni di natura esclusivamente finanziaria. Di conseguenza, se l'obiettivo è il contenimento della spesa, gli strumenti a disposizione nell'attuale modello sono, per coerenza con il medesimo, il coefficiente cantonale di finanziamento e il reddito disponibile massimo, che assieme determinano la partecipazione finanziaria effettiva del Cantone.

2. LA RIPAM PER I BENEFICIARI DI PRESTAZIONI COMPLEMENTARI ALL'AVS/AI

Nel citato Rapporto di maggioranza approvato il 20 settembre 2016 il Gran Consiglio ha chiesto al Cantone di intervenire ulteriormente sulla Confederazione, allo scopo di modificare il sistema di calcolo della Ripam per i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI (di seguito: PC e Ripam PC).

Il Consiglio di Stato condivide la necessità e l'opportunità di agire nell'ambito della Ripam PC, anche per motivi di equità fra beneficiari di differenti prestazioni sociali. Come ribadito più volte¹⁹ le possibilità di intervento da parte del Cantone sono tuttavia soggette a vincoli federali e di conseguenza limitate. Tendenzialmente la spesa Ripam per i beneficiari di prestazioni complementari cresce in modo più marcato rispetto alla Ripam ordinaria. Se da una parte grazie alle misure strutturali varate, l'evoluzione della spesa per la Ripam ordinaria fra il 2012 e il 2016 è stata negativa (-7%), dall'altra, per la Ripam PC, l'evoluzione della spesa nello stesso arco temporale è stata positiva (+8.9%), proprio per il margine limitato d'intervento del Cantone.

¹⁷ Panoramica dei premi 2017: Calcolatore dei premi Priminfo.ch

¹⁸ Le franchigie alte sono scelte solo dai cosiddetti "buoni rischi", che non sono quindi chiamati a finanziare maggiormente i cosiddetti "cattivi rischi"

¹⁹ Messaggio del Consiglio di Stato dell'8 luglio 2015 n.7104.

Al riguardo, va detto che il nostro Cantone – nel rispetto dei limiti istituzionali – è anche già intervenuto a più riprese, con modalità diverse e in differenti sedi (coinvolgendo anche la Deputazione ticinese alle Camere federali) – a livello federale, allo scopo di far modificare l'attuale sistema di Ripam PC. Si possono citare diverse azioni e prese di posizione di questo Consiglio di Stato a procedure federali di consultazione²⁰, nelle quali si è chiaramente fatto presente alla Confederazione come l'attuale sistema sia iniquo e avvantaggi ingiustificatamente i beneficiari di PC. In particolare l'iniziativa cantonale *“Adeguiamo gli importi versati dallo Stato per i beneficiari di prestazioni complementari PC AVS/AI”* presentata il 30 giugno 2014 chiedeva di rimborsare ai beneficiari di prestazioni complementari soltanto il premio effettivamente dovuto dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, se questo è inferiore al premio forfettario stabilito dalla Confederazione. Questa iniziativa è stata respinta dalle Camere federali, in attesa dell'importante revisione della LPC presentata lo scorso mese di settembre dal Consiglio federale.

Si rammenta, peraltro, che dal 2016 il nostro Cantone ha autonomamente deciso – analogamente ad altri Cantoni e con il tacito assenso della Confederazione – di ripristinare il pagamento della Ripam PC fino a concorrenza del premio effettivo, quando questo è inferiore al premio forfettario definito a livello federale.

Le Camere federali stanno ora discutendo dell'importante revisione della LPC. Fra le modifiche proposte vi è proprio quella di rivedere il sistema di erogazione della Ripam PC; a questo proposito il messaggio federale riprende in buona sostanza anche le proposte fatte dal nostro Cantone.

3. CONCLUSIONI PER LA RIPAM ORDINARIA

Il Consiglio di Stato ritiene che la nuova regola di calcolo del PMR in vigore dal 2015, studiata appositamente per andare incontro alle scelte e ai comportamenti in ambito dell'assicurazione di base della popolazione ticinese, abbia dato prova della sua validità e che non sia opportuno apportare ancora delle modifiche nella direzione proposta dal Parlamento a soli due anni dalla sua introduzione. Considera i cittadini e le cittadine capaci di fare scelte consapevoli e ottimali in base alla propria situazione personale, come dimostra l'elevata quota raggiunta dai modelli alternativi nell'ambito dell'assicurazione di base. Esistono inoltre sul territorio delle possibilità di ricevere una consulenza mirata e individuale tramite ad esempio l'ACSI.

Come precedentemente esposto, ogni riduzione del PMR comporta sempre anche un aumento del reddito disponibile considerato per il calcolo delle prestazioni, ciò che di fatto significa inasprire ulteriormente le condizioni di accesso alle prestazioni sociali cantonali (Ripam e Laps). A questo proposito ricordiamo che gli assegni familiari integrativi (AFI) e di prima infanzia (API) sono stati oggetto di misure di risparmio, sia nell'ambito del preventivo 2016 che nel pacchetto di misure per il riequilibrio delle finanze cantonali (M7184).

Il Consiglio di Stato vuole soprattutto evitare di spingere sempre più gli assicurati che hanno già utilizzato i margini esistenti per premi più vantaggiosi tramite la scelta di modelli

²⁰ Si veda ad esempio la risposta dell'8 marzo 2016 del Consiglio di Stato alla procedura di consultazione relativa al progetto di Revisione parziale della legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI (riforma delle PC).

alternativi, verso la scelta di franchigie opzionali elevate, quando in base alla situazione di salute personale e soprattutto finanziaria, non vi sono margini sufficienti che possano tutelare le famiglie a fronte di spese sanitarie inaspettate.

Fino a quando vi è la possibilità di scegliere franchigie più elevate, l'introduzione di criteri sempre più restrittivi nel calcolo del PMR risulta controproducente. Inoltre, con riferimento agli interventi, profusi da Cantone e Comuni in questi ultimi anni, volti ad arginare il fenomeno degli assicurati insolventi di cassa malati, è opportuno valutare bene i provvedimenti che potrebbero innescare una spirale di indebitamento e vanificare gli sforzi fin qui intrapresi. A questo proposito, si rinvia al messaggio n. 7243 del 26 ottobre 2016 e al relativo rapporto di valutazione della Supsi²¹, nel quale è stata analizzata l'efficacia della procedura adottata dal Cantone Ticino nell'ambito degli assicurati morosi di cassa malati. Essa ha contribuito a ridurre il rischio di insolvenza e contenere la spesa a carico del Cantone e dei Comuni. Inoltre anche la rete di collaborazione con i Comuni e la sua efficienza è migliorata sensibilmente.

Se invece l'obiettivo è quello di un contenimento della spesa si ricorda che, nell'ambito del risanamento finanziario, il Gran Consiglio ha approvato l'adeguamento dei redditi disponibili massimi che comporterà un risparmio di 5 mio a partire dal 2018 (M7184). Questa misura è l'ultima di una lunga serie di adeguamenti apportati dal 2012²² e si aggiunge in particolare all'importante riforma strutturale del 2015 che ha permesso una prima riduzione di spesa di 20 mio di franchi. A ciò va aggiunto il contenimento dell'evoluzione della spesa ottenuto grazie all'introduzione nel modello Ripam del reddito disponibile massimo (RDM) nel 2015, che contribuisce ad aumentare il risparmio strutturale iniziale di 20 mio.

Inoltre, il programma di stabilizzazione 2017-2019 presentato dal Consiglio Federale, prevedeva di ridurre il contributo della Confederazione a favore della riduzione dei premi di cassa malattia passando dall'attuale 7.5% al 7.3% delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche sanitarie. Questa misura è stata bocciata, nell'ambito della procedura di eliminazione della divergenze, dal Parlamento federale, di modo che il trasferimento di oneri ai Cantoni a partire dal 2018 non avverrà in questo ambito. Ciò consentirà al Cantone Ticino di recuperare 3 milioni di franchi dal 2018 (vedi M7184).

Infine, le Camere federali hanno appena approvato una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) che prevede di sgravare ulteriormente le famiglie con figli minorenni dai premi delle casse malati. In base a questa modifica di legge, i Cantoni dovranno così ridurre, non più solo il 50%, ma l'80% dei premi per i bambini che vivono in una famiglia dal reddito medio-basso. Quelli per i giovani adulti in formazione continueranno ad essere ridotti di almeno il 50%²³. Considerato l'aumento continuo dei premi di cassa malati, in futuro si porrà anche la domanda se non sia necessario valutare un adeguamento verso l'alto dei limiti di reddito oltre i quali non vi è più diritto alla riduzione di premio (RDM).

A titolo informativo, l'applicazione di criteri più restrittivi nella determinazione del PMR, ad esempio sulla base del solo premio per il medico di famiglia (vedi tabella a pag. 8), comporterebbe una sua diminuzione del 5% per gli assicurati adulti (da 5351 a 5087 franchi), del 4.5% per gli assicurati giovani adulti (da 4916 a 4697) e del 3 % per gli assicurati minorenni (da 1224 a 1188) nel 2017. Ciò equivarrebbe ad un'ulteriore

²¹ Assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino. Valutazione dell'applicazione cantonale dell'art. 64a LAMal cpv.7, SUPSI, Settembre 2016.

²² Per un'elencazione dettagliata si rinvia al Messaggio n. 7104 dell'8 luglio 2015 (capitolo 1.1, pp.1-2).

²³ Vedi la risposta dell'8 marzo 2016 del Consiglio di Stato alla procedura di consultazione relativa all'iniziativa parlamentare "Esenzione dei premi per i minorenni"

diminuzione teorica della spesa preventivata per l'anno 2017 valutabile a 7 mio / 8 mio. Preso atto come il premio sulla base del modello medico di famiglia evolva più consistentemente, la differenza fra il PMR attuale e in vigore e quello ipotetico sulla base del solo modello medico di famiglia sarebbe comunque destinata a ridursi sensibilmente nei prossimi anni. Questo ragionamento potrebbe essere pure esteso agli altri modelli alternativi meno cari.

Per i motivi esposti nel messaggio, il Consiglio di Stato non ritiene pertanto opportuno procedere a nuovi risparmi in questa legislatura rispetto alla riforma del modello Ripam 2015, già attuati con la manovra di risanamento di cui al M7184.

Il Consiglio di Stato vi propone quindi di non adeguare ulteriormente l'art. 28 LCAMal, mantenendo le attuali modalità di calcolo del PMR utilizzato dal nostro modello cantonale di riduzione dei premi.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, Manuele Bertoli

Il Cancelliere, Arnoldo Coduri