

XX.XXX

**Iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» e controprogetto indiretto
(Modifica della legge federale sull'assicurazione
malattie; LAMal)**

**Rapporto per la procedura di consultazione
Febbraio 2013**

Compendio

L'iniziativa popolare federale «Per una cassa malati pubblica» è stata lanciata dall'area rosso-verde con il sostegno delle organizzazioni svizzere dei consumatori. L'iniziativa si concentra su una sola richiesta:

l'istituzione da parte della Confederazione di una cassa unica di diritto pubblico che eserciti l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in sostituzione delle attuali 62 casse malati.

A tal fine l'iniziativa chiede di modificare l'articolo 117 (cpv. 3 e 4) della Costituzione in vigore e di completare le disposizioni transitorie (art. 197 n. 8).

Gli autori dell'iniziativa mirano a un cambiamento radicale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Secondo il Consiglio federale questo cambiamento non s'impone. Al contrario, ritiene che un sistema di assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione sociale malattie) in cui convive una pluralità di assicuratori presenti evidenti vantaggi rispetto a una posizione di monopolio costituita da una cassa malati unica. L'esercizio dell'assicurazione malattie da parte di più casse malati ha una lunga tradizione nel nostro Paese e ha dato buona prova di sé anche sotto il regime della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). Le esperienze maturate dall'introduzione della LAMal hanno tuttavia evidenziato la necessità di apportare determinati adeguamenti per permettere al sistema di funzionare in modo ottimale.

Grazie al libero passaggio integrale, la popolazione svizzera dispone di una libertà illimitata nella scelta dell'assicuratore. Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) gli assicurati possono decidere se continuare ad assicurarsi presso la cassa a cui erano affiliati fino a quel momento o se cambiare assicuratore. Gli elementi essenziali di concorrenza propri al sistema favoriscono pertanto anche gli incentivi ad adottare misure di contenimento dei costi. Il Consiglio federale intende promuovere tali elementi di concorrenza allo scopo di rendere più efficiente l'assicurazione sociale malattie.

Una cassa nazionale unica i cui organi sono composti da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni rimarrà, in considerazione della diversità degli interessi, sotto un forte influsso politico contrastante. Il Consiglio federale teme che i vari interessi in gioco nella gestione possano condurre a interminabili discussioni che distoglierebbero dagli sforzi intesi a contenere i costi o a migliorare il rapporto costi/prestazioni nell'AOMS.

Il disciplinamento transitorio lascia aperte numerose questioni che difficilmente potranno essere risolte entro un termine legale di tre anni. In particolare, mancano proposte risolutive concrete per il passaggio degli attivi e passivi delle casse malati esistenti alla cassa unica.

Benché sia prematuro stabilire come potrebbe essere concretamente attuata l'iniziativa, il Consiglio federale è convinto che essa non offra alcuna soluzione soddisfacente al problema dei costi, tuttora irrisolto, nell'assicurazione malattie. Una soluzione potrebbe essere raggiunta mediante un controllo periodico delle prestazioni e attraverso ulteriori adeguamenti dei prezzi. Per seguire questa linea è stata adottata una serie di misure mirate, in parte già operative, che nei prossimi anni saranno potenziate e ampliate in importanti tappe successive.

Il Consiglio federale ritiene che gli obiettivi stabiliti con l'introduzione della LAMal debbano essere perseguiti in primo luogo consolidando costantemente il sistema.

I correttivi già avviati permettono di mantenere il sistema di concorrenza attuale. Con una concorrenza che evolve sullo fondo di una migliore vigilanza, gli assicuratori possono continuare a sviluppare idee e modelli assicurativi in grado di tenere conto delle esigenze degli assicurati con la necessaria flessibilità. Queste idee e questi modelli sono anche il propulsore per migliorare la qualità soprattutto per quanto concerne il controllo delle fatture dei fornitori di prestazioni e sono un incentivo a lottare contro l'aumento dei costi dato che gli assicuratori hanno interesse a mantenere i premi bassi.

I correttivi in tal senso sono stati in parte già avviati nell'ambito della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, proposta dal Consiglio federale, e delle riforme della LAMal.

Il sistema in vigore dell'assicurazione sociale malattie presenta tuttavia un potenziale di miglioramento soprattutto per quanto riguarda la selezione dei rischi e la trasparenza.

Per questi motivi il Consiglio federale raccomanda di respingere l'iniziativa popolare federale «Per una cassa malati pubblica» e, nel contempo, le oppone un controprogetto indiretto.

Indice

Compendio	2
1 Aspetti formali	6
1.1 Testo dell'iniziativa popolare	6
1.2 Riuscita formale	7
1.3 Termini di trattazione	7
1.4 Validità	7
2 Scopo e contenuto dell'iniziativa popolare	7
3 Valutazione dell'iniziativa popolare	8
3.1 Esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte di una cassa unica nazionale	8
3.1.1 Precedenti proposte di revisione	8
3.1.1.1 Rapporti	8
3.1.1.2 Interventi parlamentari	9
3.1.1.3 Iniziative popolari	9
3.1.2 Organizzazione e forma giuridica della cassa unica	10
3.1.3 Gestione della cassa malati pubblica	10
3.1.4 Organizzazione decentrata della cassa malati pubblica	10
3.1.5 Posizione di monopolio della cassa malati pubblica e sue ripercussioni	11
3.1.6 Una cassa malati pubblica per arginare i costi?	11
3.1.7 Ripercussioni sulla concorrenza tariffaria	12
3.1.8 Ripercussioni sui premi	12
3.1.9 Ripercussioni sulle riserve	13
3.1.10 Ripercussioni sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal	13
3.1.11 Ripercussioni della cassa malati pubblica sulla compensazione dei rischi	14
3.1.12 Conclusioni	14
3.2 Disposizioni transitorie	15
3.2.1 Emanazione delle disposizioni legali necessarie al trasferimento	15
3.2.2 Mancata emanazione delle disposizioni entro tre anni	15
4 Ripercussioni in caso di accettazione dell'iniziativa popolare	16
4.1 Ripercussioni finanziarie per Confederazione, Cantoni e Comuni	16
4.2 Ripercussioni per gli assicuratori	16
5 Confronto internazionale	17
6 Rapporti con il diritto europeo	17
6.1 Il diritto dell'Unione europea	17
6.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	18
6.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo	18
7 Conclusioni	19
8 Il Consiglio federale propone un controprogetto indiretto	19

9 Aspetti essenziali del controprogetto	19
9.1 Riassicurazione per costi molto elevati e ulteriore affinamento della compensazione dei rischi	20
9.1.1 Contesto	20
9.1.2 La riassicurazione per costi molto elevati nel dettaglio	21
9.1.3 Interazione con la compensazione dei rischi	22
9.1.4 Affinamento della compensazione dei rischi	24
9.1.4.1 La compensazione dei rischi fino ad oggi	24
9.1.4.2 Affinamento più preciso della compensazione dei rischi	24
9.2 Separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare	25
10 Ripercussioni	26
10.1 Ripercussioni per la Confederazione	26
10.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni	26
10.3 Ripercussioni per l'economia	26
10.4 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie	27
11 Commento alle singole disposizioni del controprogetto indiretto	28

1 Aspetti formali

1.1 Testo dell'iniziativa popolare

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale¹ è modificata come segue:

Art. 117 cpv. 3 e 4 (nuovi)

³ L'assicurazione sociale contro le malattie è esercitata da un unico istituto nazionale di diritto pubblico. Gli organi di tale istituto sono composti segnatamente da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni.

⁴ L'istituto nazionale costituisce agenzie cantonali o intercantionali. Queste sono segnatamente incaricate della determinazione dei premi, della loro riscossione e della remunerazione delle prestazioni. I premi sono fissati per Cantone e calcolati in base ai costi dell'assicurazione sociale contro le malattie.

II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

*Art. 197 n. 8 (nuovo)*²

8. Disposizioni transitorie dell'art. 117 cpv. 3 e 4 (Cassa malati nazionale di diritto pubblico)

¹ Dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4 da parte del Popolo e dei Cantoni, l'Assemblea federale emana le disposizioni legali necessarie al trasferimento delle riserve, degli accantonamenti e del patrimonio dal settore dell'assicurazione sociale contro le malattie all'istituto nazionale di cui all'articolo 117 capoversi 3 e 4.

² Se l'Assemblea federale non emana la pertinente legislazione entro tre anni dall'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4, i Cantoni possono creare sul loro territorio un istituto pubblico unico di assicurazione sociale contro le malattie.

¹ RS 101

² Poiché l'iniziativa popolare non sostituisce nessuna delle disposizioni transitorie contemplate dalla Costituzione federale, il numero definitivo alla disposizione transitoria riguardante il presente articolo verrà assegnato solo dopo la votazione popolare, in base alla cronologia delle modifiche costituzionali accettate. La Cancelleria federale provvederà ai necessari adeguamenti prima della pubblicazione nella Raccolta ufficiale del diritto federale (RU).

1.2 Riuscita formale

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» è stata oggetto di esame preliminare da parte della Cancelleria federale il 18 gennaio 2011³ ed è stata depositata con le firme necessarie il 23 maggio 2012. Con decisione del 19 giugno 2012⁴, la Cancelleria federale ha constatato che l'iniziativa è formalmente riuscita con 115 841 firme valide.

1.3 Termini di trattazione

L'iniziativa popolare è stata presentata in forma di progetto elaborato e il Consiglio federale ha deciso di contrapporre un controprogetto indiretto. Secondo l'articolo 97 capoverso 2 della legge del 13 dicembre 2002 sul Parlamento (LParl)⁵, il Consiglio federale ha tempo fino al 23 novembre 2013 per presentare un messaggio e un disegno di decreto federale all'Assemblea federale. Quest'ultima, conformemente all'articolo 100 LParl, è tenuta a decidere entro il 23 novembre 2014 se raccomandare al Popolo e ai Cantoni di accogliere o di respingere l'iniziativa. Il termine può essere prorogato di un anno se almeno una Camera si è pronunciata in merito a un controprogetto o a un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa popolare (art. 105 cpv. 1 LParl).

1.4 Validità

L'iniziativa popolare soddisfa le condizioni di validità previste dall'articolo 139 capoverso 3 Cost.:

- a) è formulata in forma di progetto elaborato e rispetta il principio dell'unità della forma;
- b) si riferisce esclusivamente alla questione dell'istituzione di una cassa malati pubblica e rispetta pertanto il principio dell'unità della materia;
- c) non viola alcuna disposizione cogente del diritto internazionale e rispetta pertanto il principio della compatibilità con il diritto internazionale.

L'iniziativa popolare è quindi valida.

2 Scopo e contenuto dell'iniziativa popolare

Lo scopo dell'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» è l'istituzione da parte della Confederazione di una cassa malati unica di diritto pubblico per l'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

A tal fine, l'iniziativa esige l'aggiunta dei nuovi capoversi 3 e 4 all'articolo 117 della Costituzione federale e della corrispondente disposizione transitoria (art. 197 n. 8). Ciò porterebbe a un cambiamento radicale del sistema svizzero di assicurazione sociale malattie con le seguenti caratteristiche:

³ FF **2011** 1223

⁴ FF **2012** 5917

⁵ RS **171.10**

1. L'esercizio dell'AOMS compete a un unico istituto nazionale di diritto pubblico: la «cassa malati pubblica».
2. Gli organi di tale istituto sono composti segnatamente da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni.
3. L'istituto nazionale costituisce agenzie cantonali o intercantonali. Queste sono segnatamente incaricate della determinazione dei premi, della loro riscossione e della remunerazione delle prestazioni. I premi sono fissati per Cantone e calcolati in base ai costi dell'assicurazione sociale malattie.
4. Dopo l'accettazione dell'iniziativa, l'Assemblea federale emana le disposizioni legali necessarie al trasferimento delle riserve, degli accantonamenti e del patrimonio dal settore dell'assicurazione sociale malattie alla nuova cassa malati unica nazionale.
5. Se l'Assemblea federale non emana la pertinente legislazione entro tre anni dall'accettazione dell'iniziativa, i Cantoni possono creare sul loro territorio un istituto pubblico unico di assicurazione sociale malattie.

Secondo le argomentazioni dei promotori (www.oeffentliche-krankenkasse.ch), l'approvazione dell'iniziativa popolare

- renderebbe più semplice, efficiente, trasparente e, soprattutto, meno cara l'assicurazione contro le malattie;
- farebbe scomparire la concorrenza tra le casse malati, che porta alla selezione dei rischi e a retribuzioni eccessive dei manager.

3 Valutazione dell'iniziativa popolare

3.1 Esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte di una cassa unica nazionale

3.1.1 Precedenti proposte di revisione

Rapporti

Il rapporto peritale sui vantaggi di una cassa malati unica⁶, presentato nel 2001 in adempimento di un postulato della CSSS-N (99.3009), è giunto alla conclusione che l'attuale legge sull'assicurazione malattie ha raggiunto gli obiettivi fissati dal legislatore a livello di sistema. Secondo l'autore, una cassa unica avrebbe effetti positivi solo marginali sull'andamento dei costi e dei premi e sarebbe dunque uno strumento inefficiente. A parità di oneri, con un impiego più mirato delle risorse in particolare sul fronte dei fornitori di prestazioni, si potrebbe – a detta dell'esperto – condizionare sensibilmente il livello dei costi e dei premi. Ciò varrebbe sia per le misure statali sia per quelle volte a favorire la concorrenza.

⁶ Willy Oggier: Vorteile einer Einheitskasse, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Zurigo, dicembre 2001

Interventi parlamentari

Negli scorsi anni l'istituzione di una cassa malati pubblica è stata più volte oggetto di interventi parlamentari. Uno degli ultimi (11.3276 Postulato Stahl; Cassa malati unica) chiede, prima che il presente messaggio sia sottoposto al Parlamento, la redazione di un rapporto che spieghi in che modo l'introduzione di una cassa malati unica pubblica potrebbe influire sui costi dell'AOMS e a quanto sono stimati i relativi costi d'istituzione (costo degli stabili necessari, spese per l'introduzione di un sistema informatico unico ecc.). Il Consiglio federale ha proposto di accogliere il postulato e di adempierlo nel quadro del presente messaggio.

Nella risposta a un altro postulato (09.4221 Fehr Jacqueline. Che cosa ha portato la concorrenza fra le casse malati?), il Consiglio federale ha ribadito la sua posizione a favore dell'attuale sistema di concorrenza regolamentata tra assicuratori malattie e ha proposto di respingere la richiesta di rapporto contenuta nell'intervento. Allo stesso modo e per le stesse ragioni, il Consiglio federale ha rifiutato l'incarico di presentare un rapporto sui vantaggi dell'istituzione di casse malati cantonali (09.4019 Postulato Wehrli. Istituire casse malati cantonali). Ritiene infatti che una cantonalizzazione del sistema di assicurazione malattie vanificherebbe gli sforzi messi in atto per migliorare il coordinamento a livello nazionale.

Il 9 dicembre 2010, il Consiglio nazionale ha deciso di non dare seguito a un'iniziativa parlamentare che chiedeva di modificare la Costituzione federale in modo da consentire l'istituzione di una cassa malati unica pubblica (09.504 Iniziativa parlamentare Gruppo socialista. Cassa malati nazionale pubblica). In precedenza, il 15 settembre 2010, lo stesso Consiglio nazionale aveva deciso di non dare seguito nemmeno a un'iniziativa parlamentare che intendeva modificare la LAMal in modo da dare ai Cantoni la possibilità di istituire casse uniche cantonali per l'assicurazione di base (09.457 Iniziativa parlamentare Zisyadis. Libera scelta cantonale. Cassa unica o concorrenza per l'assicurazione malattia di base).

Iniziative popolari

Negli scorsi anni Popolo e Cantoni sono stati chiamati a esprimersi in merito a due iniziative popolari che perseguivano una riforma radicale del sistema e del finanziamento dell'assicurazione sociale malattie:

- L'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)», che chiedeva che l'assicurazione malattie obbligatoria fosse esercitata da assicuratori di utilità pubblica e fosse finanziata da introiti supplementari provenienti dall'imposta sul valore aggiunto e da contributi degli assicurati fissati in funzione del reddito e della sostanza di ciascuno, è stata respinta a larga maggioranza il 18 maggio 2003.
- L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale», che chiedeva l'istituzione di una cassa malati unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e una riforma del finanziamento con l'introduzione di premi fissati secondo il principio della capacità economica degli assicurati, è stata pure respinta a larga maggioranza da Popolo e Cantoni l'11 marzo 2007.

3.1.2 Organizzazione e forma giuridica della cassa unica

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» esige che la Confederazione crei un istituto nazionale di diritto pubblico unico, al quale affidare l'esercizio dell'AOMS. Non precisa, tuttavia, la forma giuridica della nuova istituzione lasciando un certo margine d'interpretazione. Il testo prescrive invece, in modo vincolante, che gli organi dell'istituto siano composti segnatamente da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni. Prevede, inoltre, che l'istituto nazionale costituisca agenzie cantonali o intercantionali.

In mancanza di una precisa definizione della forma giuridica della cassa pubblica unica nel testo dell'iniziativa, tra le possibili forme organizzative odierne delle casse malati (fondazione, associazione, società cooperativa, persona giuridica di diritto pubblico cantonale o società anonima con fine non economico) potrebbe tutt'al più essere presa in considerazione quella della persona giuridica di diritto pubblico.

3.1.3 Gestione della cassa malati pubblica

Secondo il testo dell'iniziativa, l'esercizio dell'AOMS compete a un istituto nazionale unico, che istituisce a questo scopo agenzie cantonali o intercantionali incaricate di determinare e riscuotere i premi come pure di remunerare le prestazioni. Gli organi (solitamente la direzione e il consiglio d'amministrazione) dell'istituto di diritto pubblico sono composti da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni. I loro compiti e competenze non sono tuttavia descritti in dettaglio. Una siffatta composizione degli organi può portare a conflitti d'interesse. Malgrado il modello sembri a prima vista analogo a quello della SUVA, osservandolo più da vicino emergono importanti differenze. Nel caso della SUVA, i membri del consiglio d'amministrazione rappresentano i datori di lavoro, i lavoratori e la Confederazione. I rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori difendono gli stessi interessi. Si tratta dei soggetti che pagano i premi ed hanno le stesse esigenze in termini di prevenzione e trattamento in caso d'infortunio. Nel caso della cassa unica sarebbero rappresentati anche i fornitori di prestazioni e i Cantoni. Questi ultimi possiedono anche gli ospedali pubblici che, in veste di fornitori di prestazioni, hanno interessi finanziari diversi da quelli degli assicuratori. I conflitti tra gli organi, che la proposta dei promotori della cassa malati pubblica lascia presagire, sono ad esempio inevitabili nella negoziazione delle tariffe:

- i fornitori di prestazioni spingono per aumentare le tariffe nei rispettivi settori;
- gli assicurati chiedono prestazioni estese e premi bassi.

3.1.4 Organizzazione decentrata della cassa malati pubblica

L'iniziativa popolare prevede un'organizzazione relativamente decentralizzata della cassa malati pubblica nazionale. La costituzione di agenzie cantonali o intercantionali – come avviene con le casse di disoccupazione – dovrebbe offrire un servizio di prossimità agli assicurati. In questo modo, gli assicurati dipenderebbero in larga misura dalla propria assistenza regionale, analogamente a quanto avviene oggi, con

la differenza sostanziale di non poter cambiare cassa se la qualità dei servizi prestati non li soddisfa o se sorgono incompatibilità con il personale incaricato.

3.1.5 Posizione di monopolio della cassa malati pubblica e sue ripercussioni

L'istituzione di una cassa pubblica nazionale per l'esercizio dell'assicurazione malattie obbligatoria porta inevitabilmente a una situazione di monopolio con le seguenti conseguenze:

- come detto in precedenza, a differenza di quanto avviene oggi, gli assicurati non avrebbero la possibilità di cambiare assicuratore nel caso in cui non siano soddisfatti dei servizi ricevuti;
- la cassa malati pubblica, a causa dell'assenza di pressione concorrenziale, sarebbe meno motivata a ridurre i costi. La presenza di più casse malati in concorrenza tra loro incentiva invece maggiormente l'efficienza e l'innovazione;
- i confronti con l'estero mostrano che le situazioni di monopolio nell'assicurazione di base influiscono sulla ripartizione del finanziamento tra assistenza di base e assistenza complementare. Nei sistemi di questo tipo, il fabbisogno di forme di assistenza e assicurazione al di fuori dell'assicurazione di base tende ad aumentare, in quanto qualità e disponibilità dei servizi sono determinate da strutture in concorrenza e corrispondono quindi meglio alle preferenze della domanda.

3.1.6 Una cassa malati pubblica per arginare i costi?

Lo scopo principale dell'iniziativa popolare è l'istituzione da parte della Confederazione di una cassa pubblica nazionale cui affidare l'esercizio dell'assicurazione malattie obbligatoria. L'obiettivo prioritario non è quindi quello di arginare i costi. Non sono nemmeno previsti impegni espliciti volti ad adottare misure in tal senso.

Secondo le argomentazioni dei promotori, una cassa unica ridurrebbe i costi amministrativi. Viene citato in particolare l'azzeramento delle spese pubblicitarie e dei costi legati ai cambiamenti di cassa. Se, in effetti, da un lato con una cassa unica determinati costi sono destinati a sparire o a ridursi, dall'altro bisogna tenere conto dei notevoli oneri di ristrutturazione destinati a ripercuotersi per anni sui conti. È lecito inoltre dubitare che un istituto assicurativo in posizione di monopolio funzioni in modo più efficiente e riesca a tenere sotto controllo i costi delle prestazioni meglio delle attuali casse malati. Va poi precisato che, in regime LAMal, il numero di casse malati cui è affidato l'esercizio dell'AOMS si è ridotto da 145 nel 1996 a 62 nel 2012. Per quanto riguarda i costi amministrativi – in franchi per assicurato – è stato constatato dapprima un calo da 133 (1996) a 118 (1999) e, successivamente, un aumento a 160 franchi (2011). La progressione annua dei costi amministrativi sull'intero periodo ammonta quindi all'1,2 per cento e, a meno che non si prendano in considerazione i dati solo a partire dal 1999, risulta essere leggermente inferiore alla crescita delle retribuzioni in Svizzera attestata dall'indice dei salari pubblicato dall'Ufficio federale di statistica (1,3 %).

Le spese amministrative e d'esecuzione rappresentano il 5,4 per cento delle uscite dell'AOMS⁷. Per altre assicurazioni sociali la quota è nettamente superiore, come nel caso dell'assicurazione contro gli infortuni (11,3 %), dell'assicurazione contro la disoccupazione (9 %) e dell'assicurazione invalidità (6 %). L'incidenza è invece inferiore per le assicurazioni sociali le cui uscite consistono quasi esclusivamente in pagamenti di rendite, ovvero l'AVS (0,4 %), l'IPG (0,2 %) e gli assegni familiari (2,8 %). In considerazione del fatto che nell'AOMS non vengono pagate rendite, ma si svolgono attività di controllo e pagamento delle fatture dei fornitori di prestazioni, onerose in termini di personale, non bisogna attendersi che la cassa unica pubblica permetta di ridurre in modo significativo i costi amministrativi.

3.1.7 Ripercussioni sulla concorrenza tariffaria

Un sistema con una cassa malati nazionale di diritto pubblico prevede regole di concorrenza tariffaria diverse da quelle attuali. A fronte di numerosi fornitori di prestazioni, vi è un unico assicuratore che opera in condizione di monopolio. Si potrebbe presumere che, in questo modo, l'assicuratore disponga di un potere negoziale maggiore in materia di tariffe rispetto ai modelli con più casse malati. Il presunto potere negoziale sarebbe, inoltre, ulteriormente relativizzato dalla presenza dei fornitori di prestazioni negli organi della cassa malati unica e dai conflitti d'interesse generati da una situazione di questo tipo.

Malgrado gli assicuratori abbiano condotto, fino all'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero, trattative comuni con i fornitori di prestazioni, tale «forza contrattuale» è svanita. Per questa ragione, i negoziati con i fornitori di prestazioni sono affidati a diverse comunità tariffarie come, ad esempio, Tarifsuisse AG e il gruppo Helsana/Sanitas/CPT. La concorrenza risulta tuttavia limitata a causa dell'obbligo di contrarre. Gli effetti di questo cambiamento non possono ancora essere valutati.

3.1.8 Ripercussioni sui premi

Quale principale fonte di finanziamento dell'AOMS, l'iniziativa popolare punta, al pari del diritto in vigore, sui premi degli assicurati. In concreto, prevede che le agenzie cantonali o intercantionali costituite dalla cassa malati pubblica, da un lato, determinino e riscuotano i premi e, dall'altro, remunerino le prestazioni. Per ogni Cantone dovrebbe essere fissato un premio unico da calcolarsi in base ai costi dell'assicurazione sociale malattie. L'iniziativa popolare non fornisce ulteriori indicazioni in merito al finanziamento dell'assicurazione malattie. La questione della costituzione di riserve e accantonamenti viene completamente ignorata così come quella delle lacune di finanziamento che potrebbero determinarsi sottovalutando il fabbisogno al momento della fissazione dei premi o a causa di un imprevisto aumento dei costi a carico dell'assicurazione malattie.

⁷ Fonte: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Statistica delle assicurazioni sociali svizzere 2011. Tutti i dati si riferiscono all'anno 2010.

L'iniziativa popolare non si esprime nemmeno sulla possibilità, prevista dall'attuale sistema, di graduare i premi a livello regionale in base alle differenze attestate nei costi. Realisticamente è lecito supporre che una cassa malati unica pubblica porti alla riduzione delle regioni di premio attualmente esistenti. In caso di accettazione dell'iniziativa, sparirebbe probabilmente la possibilità di fissare i premi per singole parti di una regione o per Comune, pratica consentita dal diritto vigente e messa in atto, in particolare nelle zone rurali e di montagna, dalle casse malati con ambiti di attività circoscritti.

Dato che con una cassa unica non sarebbe più possibile differenziare i premi, gli assicurati che oggi pagano poco sarebbero chiamati a versare importi superiori. Di conseguenza, aumenterebbero anche la quota di coloro che beneficiano di una riduzione dei premi e gli esborsi per questo tipo di sussidi.

3.1.9 Ripercussioni sulle riserve

Un altro vantaggio della cassa malati pubblica sarebbe, sempre secondo i promotori dell'iniziativa, la possibilità di ridurre le riserve. In effetti, una cassa malati con circa otto milioni di assicurati disporrebbe di una diversificazione dei rischi migliore rispetto a oggi e le esigenze in termini di riserve sarebbero quindi inferiori. Ciò non permetterebbe, tuttavia, di contenere i costi, dato che una riduzione delle riserve – possibile a condizione che le riserve legali siano totalmente disponibili al momento dell'inizio dell'attività della cassa unica – avrebbe comunque un effetto di riduzione dei premi soltanto per i primi anni. Bisogna, peraltro, tener presente che anche una cassa unica necessita di riserve sufficienti per coprire i rischi assunti nella sua attività assicurativa. A questo proposito, occorre chiedersi che cosa succede qualora le riserve non siano sufficienti a coprire rischi imprevisti.

3.1.10 Ripercussioni sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal

Il testo dell'iniziativa non si esprime sul destino dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera che secondo il diritto vigente è, insieme all'AOMS, una delle componenti dell'assicurazione sociale malattie ed è disciplinata dalla LAMal. Ogni assicuratore autorizzato all'esercizio dell'AOMS è tenuto a esercitare perlomeno anche l'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

L'iniziativa popolare esige solamente che le riserve, gli accantonamenti e il patrimonio del settore dell'assicurazione sociale malattie siano trasferiti alla cassa pubblica. Teoricamente, gli istituti d'assicurazione esistenti possono dunque continuare a gestire il portafoglio dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal ed esercitare questo tipo di assicurazione come casse malati ancora riconosciute. Il legislatore è tuttavia libero di modificare come ritiene più opportuno il disciplinamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera sociale.

3.1.11 Ripercussioni della cassa malati pubblica sulla compensazione dei rischi

In un sistema monopolistico, la compensazione dei rischi non ha più ragione d'essere e verrebbe soppressa. Ciò non avrebbe tuttavia ripercussioni significative sul livello dei premi, in quanto le spese amministrative per assicurato sostenute dagli assicuratori e dall'istituzione comune per la compensazione dei rischi sono minime.

3.1.12 Conclusioni

Secondo il Consiglio federale, non è necessario cambiare radicalmente l'esercizio dell'AOMS e passare da una molteplicità di casse a una cassa malati unica. Al contrario, ritiene che un sistema composto da una pluralità di assicuratori nell'assicurazione sociale malattie presenti vantaggi evidenti rispetto a una situazione di monopolio con una sola cassa malati. L'esercizio dell'assicurazione malattie da parte di più assicuratori vanta una lunga tradizione in Svizzera. Le esperienze fatte dall'introduzione della LAMal evidenziano, tuttavia, la necessità di apportare alcuni aggiustamenti affinché il sistema funzioni in modo ottimale. Il Consiglio federale è però convinto della possibilità di colmare le lacune in materia di incentivi negativi (ad esempio la selezione dei rischi) senza un radicale cambiamento di rotta.

Con il libero passaggio integrale, la popolazione svizzera dispone di una libertà di scelta del proprio assicuratore senza restrizioni. Gli assicurati possono decidere se restare coperti per l'AOMS presso la cassa a cui erano affiliati o se passare a un altro assicuratore. Una concorrenza efficiente spinge inoltre gli assicuratori a controllare attentamente le fatture dei fornitori di prestazioni. Sono proprio i vantaggi della concorrenza a caratterizzare un sistema funzionale e di qualità come quello attuale e vanno quindi conservati e favoriti.

Il Consiglio federale teme, poi, che i diversi interessi rappresentati nella direzione della cassa malati pubblica provochino interminabili discussioni che indeboliranno gli sforzi volti a contenere i costi o a migliorare il rapporto costi/benefici nell'AOMS.

È convinto che l'obiettivo del contenimento dei costi possa essere raggiunto più facilmente tramite incentivi economici a vantaggio di tutti gli attori coinvolti piuttosto che attraverso un sistema con un unico assicuratore.

Il Collegio governativo è tuttavia consapevole della necessità di ottimizzare il sistema attuale e, per questa ragione, ha già trasmesso al Parlamento un disegno di legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie. Sono inoltre necessari altri interventi, in particolare per quanto riguarda la selezione dei rischi e la trasparenza. Sul fronte delle prestazioni non cessano le richieste di misure di contenimento dei costi. I primi passi in questa direzione sono stati fatti nel settore ambulatoriale con l'adeguamento di quest'anno dei prezzi dei medicinali nonché con la prevista moratoria nella concessione di autorizzazioni per medici specialisti a esercitare a carico dell'AOMS.

3.2 Disposizioni transitorie

3.2.1 Emanazione delle disposizioni legali necessarie al trasferimento

Secondo le disposizioni transitorie previste dall'iniziativa popolare, dopo l'accettazione da parte del Popolo e dei Cantoni, l'Assemblea federale è tenuta ad emanare le disposizioni legali necessarie al trasferimento delle riserve, degli accantonamenti e del patrimonio dal settore dell'assicurazione sociale malattie alla cassa malati nazionale pubblica. Se ciò non avviene entro tre anni, i Cantoni possono creare sul loro territorio un istituto pubblico unico di assicurazione sociale malattie. Tale regolamentazione restrittiva a livello costituzionale e l'assenza di precisazioni in merito a importanti questioni accessorie lasciano un grosso margine d'interpretazione per quanto riguarda le ripercussioni giuridiche e finanziarie dell'iniziativa sugli assicuratori esistenti e sulla cassa malati pubblica da istituire. Secondo il Consiglio federale, il termine di tre anni è insufficiente per una trasformazione radicale del sistema nell'ambito dell'AOMS. In questo lasso di tempo bisognerà modificare o elaborare ex novo parti importanti della legge sull'assicurazione malattie vigente.

3.2.2 Mancata emanazione delle disposizioni entro tre anni

Come specificato in precedenza, le disposizioni transitorie prevedono che se l'Assemblea federale non emana le disposizioni necessarie entro tre anni dall'accettazione dell'iniziativa popolare, i Cantoni possono creare sul loro territorio un istituto pubblico unico di assicurazione sociale malattie. In questo caso, potrebbe quindi essere istituita una cassa unica pubblica a livello cantonale. In Svizzera, si troverebbero dunque a coesistere due sistemi assicurativi completamente diversi, con i conseguenti, numerosi, problemi di attuazione e coordinamento.

La ripresa degli attivi e dei passivi delle istituzioni esistenti dell'AOMS da parte della cassa malati unica di diritto pubblico comporta problemi giuridici spinosi che, in caso di conflitto, potrebbero trasformarsi in lunghi processi. Innanzitutto, il testo dell'iniziativa non precisa se alle casse malati spetti o meno una controprestazione per la cessione degli attivi e dei passivi.

Se i promotori partono dall'idea che il trasferimento degli attivi e dei passivi debba avvenire senza controprestazioni, si dovrebbe presupporre che i valori patrimoniali disponibili non siano di proprietà delle casse malati. A causa di mancanza di disposizioni esplicite nel testo d'iniziativa riguardando un obbligo d'indennità, è il compito del legislatore occuparsi di questa questione. Il diritto vigente prevede già che, in caso di scioglimento di una cassa malati organizzata secondo il diritto privato, l'eventuale eccedenza patrimoniale sia accreditata al fondo in caso d'insolvenza dell'istituzione comune, a meno che il patrimonio e gli assicurati non siano trasferiti a un altro assicuratore per contratto (art. 13 cpv. 4 LAMal). Inoltre, gli assicuratori che si vedono ritirata l'autorizzazione ad esercitare l'assicurazione sociale malattie solo per parti del loro settore d'attività devono cedere una quota delle loro riserve e gli assicuratori devono utilizzare i fondi provenienti dall'assicurazione sociale malattie solo a scopo di quest'ultima (art. 13 cpv. 2 lett. a LAMal). In che misura, però, tali disposizioni siano applicabili per analogia al trasferimento di tutti gli attivi e i passivi dell'AOMS alla cassa malati pubblica, andrebbe verificato nel quadro della

legislazione di esecuzione. Difficilmente la ripresa degli attivi e dei passivi potrebbe avvenire senza problemi, con la conseguenza che la situazione finanziaria della cassa malati pubblica al momento dell'avvio della sua attività rischierebbe di non essere ancora del tutto chiara.

4 Ripercussioni in caso di accettazione dell'iniziativa popolare

4.1 Ripercussioni finanziarie per Confederazione, Cantoni e Comuni

Negli scorsi anni, l'ente pubblico ha finanziato in misura crescente l'assicurazione malattie in forma di riduzioni dei premi. Nel 2011, il contributo della Confederazione è stato di 2,1 miliardi di franchi e quello dei Cantoni di 2 miliardi⁸. Nel caso dei Cantoni vanno inoltre aggiunti i sussidi versati ai fornitori di prestazioni, in particolare gli ospedali, che nel 2010 hanno raggiunto l'importo di 9,4 miliardi di franchi⁹. L'ente pubblico si è quindi fatto carico di circa il 38,6 per cento dei complessivi 34,8 miliardi di franchi coperti nel quadro dell'AOMS. A causa del riequilibrio dei premi con il conseguente aumento di quelli più bassi, è lecito supporre che le riduzioni dei premi finanziate dall'ente pubblico siano destinate ad aumentare se si vogliono garantire agli assicurati gli stessi sgravi di oggi.

4.2 Ripercussioni per gli assicuratori

Se l'iniziativa popolare venisse accettata, l'assicurazione sociale malattie non farebbe più parte del settore d'attività degli assicuratori-malattie, che potrebbero tuttavia continuare a offrire assicurazioni complementari. Le 62 casse malati attualmente attive nel campo dell'AOMS dovrebbero abbandonare la loro principale attività commerciale. In particolare le casse che non esercitano assicurazioni complementari – a meno che non modifichino il loro scopo e avviino una nuova attività in un altro settore – si vedrebbero costrette allo scioglimento. È lecito supporre che molti degli istituti esistenti dovrebbero cessare la loro attività. L'istituzione di una cassa unica di diritto pubblico comporterebbe una riorganizzazione radicale delle strutture e dei processi amministrativi, che si ripercuoterebbe su gran parte dei 12 219¹⁰ impiegati delle casse malati nel settore dell'assicurazione di base e in quello delle assicurazioni complementari. Per quanto riguarda gli oneri che l'accettazione dell'iniziativa comporterebbe per assicuratori, Confederazione e Cantoni, bisogna distinguere tra i costi di passaggio al nuovo sistema e i successivi costi di esercizio. Entrambi dipendono dall'attuazione concreta dell'iniziativa e non sono quantificabili al momento.

⁸ UFSP, Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2011

⁹ UST, Finanziamento del sistema sanitario secondo il regime di finanziamento

¹⁰ UFSP, Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2010.

5 Confronto internazionale

I sistemi sanitari vigenti nei Paesi industrializzati, a prescindere dagli Stati Uniti, sono fondamentalmente due: il servizio sanitario nazionale finanziato principalmente da imposte, il cosiddetto modello «Beveridge», e il modello delle assicurazioni sociali, noto anche come modello «Bismarck». Quest'ultimo è stato adottato da Germania, Francia, Paesi del Benelux, Austria, diversi Paesi dell'Europa dell'Est, Giappone e Corea del Sud. I sistemi si differenziano tuttavia notevolmente nei dettagli. Nella maggior parte dei Paesi esistono più assicuratori, che spesso però sono assegnati in funzione del datore di lavoro, della situazione lavorativa o del domicilio. Oltre che in Svizzera, la libera scelta dell'assicuratore (il cosiddetto modello del «mercato regolamentato») è possibile in Germania, nei Paesi Bassi, in Belgio, Israele, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca. Un sistema con un unico assicuratore malattie pubblico esiste nella Corea del Sud e in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est, che stanno passando da un sistema sanitario statale a un sistema di assicurazioni sociali.

Una differenza del sistema svizzero rispetto alla maggior parte di quelli vigenti in altri Stati e basati sulle assicurazioni sociali consiste nel fatto che l'AOMS non si fonda su contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori, ma su premi pro capite integrati da riduzioni individuali dei premi per le persone che vivono in condizioni economiche modeste.

Viste le statistiche internazionali dell'OCSE a disposizione, è relativamente difficile trarre conclusioni univoche sul rapporto tra sistema sanitario e costi della sanità. I Paesi con un sistema sanitario nazionale presentano costi inferiori a quelli della Svizzera (sia in termini assoluti, sia in rapporto al prodotto interno lordo), ma gli incrementi fatti registrare negli ultimi decenni sono stati molto maggiori. La tendenza a un simile aumento dei costi si osserva comunque in tutti i sistemi. I Paesi paragonabili in una certa misura alla Svizzera per livello di sviluppo dell'economia e qualità dell'assistenza sanitaria (ad es. Germania, Austria, Francia, Belgio) non si differenziano invece né per quanto riguarda i costi né rispetto al loro incremento, anche se l'assicurazione malattie è, in parte, finanziata in modo totalmente diverso.

6 Rapporti con il diritto europeo

6.1 Il diritto dell'Unione europea

L'articolo 3, paragrafo 3, secondo comma del Trattato che istituisce la Unione Europea (UE) affida a quest'ultima il compito di promuovere la giustizia e la protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è disciplinata dall'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE). Il principio della libera circolazione esige un coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, come del resto previsto dall'articolo 48 TFUE. Il diritto dell'Unione non prevede l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale: gli Stati membri potranno decidere anche in futuro l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza

sociale. Il coordinamento dei sistemi è retto dal regolamento (CE) n. 883/2004¹¹ e dal regolamento attuativo n. 987/2009¹². Dall'entrata in vigore il 1° giugno 2002 dell'Accordo del 21 giugno 1999¹³ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, la Svizzera fa parte del sistema di coordinamento multilaterale.

6.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 (RS 0.831.104) disciplina nella parte II le cure mediche. Gli Stati contraenti giusta la parte II sono tenuti a garantire alle persone assistite cure mediche in caso di malattia a prescindere dalle cause e in caso di maternità.

Il beneficiario delle prestazioni può essere obbligato a partecipare ai costi delle cure mediche prestate e la durata delle prestazioni fornite nel singolo caso può essere limitata a 26 settimane. All'atto della ratifica del Codice europeo, la Svizzera ha dichiarato di non riprendere gli impegni di cui alla parte II. Per quanto concerne l'organizzazione dei sistemi di assicurazione sociale, il Codice europeo prevede che quando l'amministrazione non è assicurata da un ufficio governativo responsabile di fronte al Parlamento, i rappresentanti delle persone assistite devono partecipare all'amministrazione o farne parte con potere consultivo alle condizioni prescritte; la legislazione nazionale può anche prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro e delle autorità pubbliche (art. 71).

Il Codice europeo di sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 amplia il campo di applicazione personale e materiale. Entra in vigore con la ratifica da parte di due Stati membri del Consiglio di Europa. Finora è stato ratificato dai Paesi Bassi (22.12.2009) e firmato da altri 13 Stati.

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 e la Carta sociale europea del 3 maggio 1996 (riveduta) sanciscono all'articolo 12 il diritto alla sicurezza sociale. La Svizzera non le ha ratificate.

6.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» è compatibile con il diritto europeo. In particolare, non viola l'Accordo tra la Confederazione Svizzera e la Comunità europea sulla libera circolazione delle persone entrato in vigore il 1° giugno 2002 (RS 0.142.112.681).

¹¹ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L166 del 30 aprile 2004, pag. 1, rettificato in GU L 200 del 7 giugno 2004

¹² Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 284 del 30 ottobre 2009, pag. 1

¹³ RS 0.142.112.681

7 Conclusioni

Grazie alla piena libertà di passaggio, la popolazione svizzera beneficia di una possibilità illimitata nella scelta dell'assicuratore. Gli assicurati possono decidere se mantenere la loro AOMS presso la cassa malati attuale o se passare a un altro assicuratore. Grazie a questa libertà il sistema offre elementi concorrenziali essenziali che incentivano, a loro volta, misure di contenimento dei costi. Il Consiglio federale intende attenersi a questa linea e mantenere la concorrenza, che permette di garantire l'alta qualità del sistema di assicurazione malattie.

Il sistema proposto non porta nuovi incentivi che inducano le parti coinvolte a risparmiare, soprattutto per quanto riguarda l'evoluzione dei costi nell'AOMS. Il Consiglio federale intende quindi proseguire sulla via intrapresa e consolidare il sistema. I correttivi in tal senso sono stati in parte già avviati nell'ambito della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, proposta dal Consiglio federale, e delle riforme della LAMal.

Per tutti questi motivi, il Consiglio federale respinge l'introduzione di una cassa malati pubblica unica.

8 Il Consiglio federale propone un controprogetto indiretto

Pur ammettendo che il sistema attualmente in vigore dell'assicurazione sociale malattie possa essere migliorato, il Consiglio federale ritiene che un sistema orientato alla concorrenza come quello applicato dal 1994 con l'introduzione della LAMal abbia dato buona prova di sé e che, in linea di massima, debba essere mantenuto. Vanno tuttavia eliminati gli incentivi negativi come, ad esempio, la selezione dei rischi.

Per contrastare la selezione dei rischi praticata da alcuni assicuratori mantenendo la concorrenza, il Consiglio federale intende migliorare la solidarietà, rendere più stabili i premi proposti dai diversi assicuratori e incrementare la trasparenza nell'assicurazione sociale malattie. Il Consiglio federale presenta quindi un controprogetto indiretto all'iniziativa, che prevede strumenti efficaci contro la selezione dei rischi e introduce nuove soluzioni per migliorare la solidarietà nell'assicurazione sociale malattie.

9 Aspetti essenziali del controprogetto

Il controprogetto del Consiglio federale all'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» comprende sostanzialmente due elementi: l'istituzione di una riassicurazione per costi molto elevati e l'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi.

Queste due misure dovrebbero ridurre al minimo l'incentivo alla selezione dei rischi nel campo dell'AOMS e, di riflesso, permettere un allineamento dei premi. In tal modo, il cambiamento di cassa diventerebbe meno interessante per gli assicurati e si ridurrebbero i costi amministrativi. La concorrenza tra gli assicuratori potrà quindi

continuare ad espletare i suoi effetti, soprattutto laddove il legislatore lo auspicava originariamente, ossia sulla qualità delle offerte assicurative.

Il controprogetto propone inoltre una separazione più netta tra l'assicurazione di base e quelle complementari. In particolare, in futuro le due forme assicurative saranno esercitate da società (unità giuridiche) diverse e verranno predisposte barriere informative tra le casse malati e le altre società del gruppo. Anche questo elemento dovrebbe servire a ridurre la selezione dei rischi oltre che a incrementare la trasparenza.

9.1 Riassicurazione per costi molto elevati e ulteriore affinamento della compensazione dei rischi

9.1.1 Contesto

Alcune analisi sulla ripartizione dei costi nell'assicurazione sociale malattie hanno evidenziato che il 40 per cento della popolazione non genera costi imputabili all'AOMS, mentre il 10 per cento circa ne causa quasi il 70 per cento. L'AOMS si fonda sul principio della solidarietà ed è finanziata tramite il premio unico. Ciò significa che ogni assicurato paga alla stessa cassa malati nello stesso Cantone e per lo stesso modello assicurativo lo stesso premio, a prescindere dall'età, dal sesso o da un altro indicatore per lo stato di salute. Questo premio non corrisponde tuttavia al rischio effettivo, ossia al rischio che una persona assicurata rappresenta per l'assicuratore se si ammala e causa costi a carico dell'AOMS. Di conseguenza, gli assicuratori tendono a selezionare i rischi, avendo interesse ad assicurare soprattutto quelli «buoni». Ciò significa che cercano miratamente di mettere sotto contratto persone sane e di rendere l'affiliazione più difficile a quelle ammalate, i cosiddetti rischi «cattivi», o di interrompere il rapporto assicurativo nonostante l'obbligo di cui all'articolo 4.

La selezione dei rischi può assumere forme diverse. Poiché però attualmente mancano dati accessibili al pubblico sulla portata e sul genere di tale selezione, qualsiasi affermazione al riguardo rischia di trasformarsi in mera speculazione. Uno studio di Baumgartner/Busato¹⁴ mostra tuttavia chiaramente differenze in parte significative nel comportamento degli assicuratori nell'ambito della richiesta di offerte. Ad esempio, il tempo di risposta alla richiesta di un'offerta presentata per un rischio «cattivo» è più lungo rispetto a un rischio «buono». Infatti, più il tempo di attesa è lungo, maggiore è la probabilità che l'interessato stipuli l'assicurazione con un'altra cassa malati. Si osservano differenze anche nel trasferimento della richiesta a un assicuratore più vantaggioso in seno allo stesso gruppo (allo scopo di offrire premi più vantaggiosi per i rischi «buoni») oppure ai rischi «buoni» vengono proposti spontaneamente modelli con una scelta limitata del fornitore di prestazioni per offrire premi più vantaggiosi.

Poiché la normativa attuale non riesce ad arginare sufficientemente questo fenomeno, bisogna affinare la compensazione dei rischi. Le esperienze maturate in Svizzera

¹⁴ Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung - eine empirische Untersuchung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2011

e i confronti con l'estero evidenziano tuttavia che anche una compensazione accorta, da sola, non basta ad eliminare la selezione dei rischi. Oltre alla compensazione, occorre quindi introdurre una riassicurazione per costi molto elevati.

9.1.2 La riassicurazione per costi molto elevati nel dettaglio

La riassicurazione per costi molto elevati assume le prestazioni degli assicurati che superano un determinato importo. A tal fine, le casse malati le versano un premio. La riassicurazione, unica e obbligatoria per tutte le casse malati, si fa carico dei costi per le prestazioni rimborsati in media a ogni persona assicurata e che superano un determinato valore soglia, mentre la cassa malati, quale primo assicuratore, assume tutti i costi fino a questa soglia e una franchigia sui costi che la superano. La franchigia è un incentivo a controllare le prestazioni e i costi anche nei casi in cui la soglia sia stata superata. Gli assicurati rimangono in ogni caso affiliati alla loro cassa malati. La riassicurazione per costi molto elevati non va confusa con modelli quali, ad esempio, i pool per rischi elevati che assicurano direttamente casi di malattia costosi e ne gestiscono i trattamenti: è semplicemente uno strumento che si colloca tra le casse malati e la riassicurazione per consolidare la solidarietà tra le casse e, di riflesso, ridurre la selezione dei rischi.

La riassicurazione è finanziata con i premi delle casse malati, le quali pagano, per assicurato, un importo fisso (premio per la riassicurazione) calcolato, in funzione delle differenze di costo tra i Cantoni, in modo tale da coprire i costi. Per questo motivo, la riassicurazione non comporta una ripartizione dei costi tra i Cantoni. Per i bambini è corrisposto un premio meno caro poiché cagionano costi inferiori.

Se il valore soglia è elevato, la riassicurazione rimborsa una percentuale relativamente bassa. Le singole casse malati devono comunque sostenere costi variabili per le prestazioni che generano di conseguenza premi diversi. Più basso è il valore soglia, minore è la quota a carico delle casse malati e più i premi tendono ad uniformarsi. Con l'introduzione della riassicurazione, le differenze tra i premi non saranno più così consistenti come adesso, a prescindere dal valore soglia scelto. Si riduce pertanto anche l'incentivo a selezionare i rischi e gli assicurati tenderanno a cambiare meno spesso cassa malati, riducendo l'onere amministrativo.

Il valore soglia non è fissato nella legge come valore assoluto ma viene calcolato in base alla media delle prestazioni rimborsate e, con queste disposizioni, potrà essere adeguato di anno in anno all'evoluzione dei costi dell'AOMS. Nel 2011 gli assicuratori-malattie hanno rimborsato agli assicurati prestazioni per un importo medio di 2716 franchi. La soglia è fissata a un valore pari a sei volte la media delle prestazioni rimborsate (2011: 16 296 franchi).

La colonna 2 della tabella seguente illustra la quota degli assicurati con prestazioni nette che si situa sopra un valore soglia fissato. La colonna 3 mostra invece la percentuale delle prestazioni nette prese a carico dalla riassicurazione a partire dalla stessa soglia, applicando tuttavia una franchigia del 20 per cento:

Valore soglia (in fr. l'anno)	Percentuale di assicurati con prestazioni nette sopra il valore soglia	Prestazioni pagate dalla riassicurazione in % delle prestazioni nette (con una franchigia del 20 %)
15 000	4.0 %	19.6 %
20 000	2.8 %	14.4 %

25 000	2.0 %	10.7 %
30 000	1.4 %	8.0 %
35 000	1.0 %	6.1 %

Fonte: inchiesta UFSP maggio 2012; copertura: ca 87 %

9.1.3 Interazione con la compensazione dei rischi

Esiste un nesso particolarmente stretto tra la compensazione dei rischi e la riassicurazione per costi molto elevati: entrambe perseguono sostanzialmente lo stesso obiettivo, ossia quello di garantire attraverso tutti gli assicurati di un Cantone – a prescindere dall'assicuratore al quale sono affiliati – il finanziamento solidale delle prestazioni di quegli assicurati che costituiscono un rischio elevato o causano costi ingenti.

Dal 1° gennaio 2012 la compensazione dei rischi è impostata sulle prospettive. Ciò significa che i pagamenti compensatori sono determinati dai rischi di malattia così come si presentano per gli assicuratori all'inizio dell'anno, ossia ex ante. L'ammontare dei pagamenti compensatori per persona assicurata è calcolato sulla base dei costi dell'anno precedente per il suo gruppo di rischio, ad esempio i costi medi per gli uomini d'età compresa tra 41 e 45 anni non ricoverati in ospedale nell'anno prima di quello scorso. La differenza tra questi costi e la media dei costi dell'anno precedente per tutti gli assicurati adulti di un Cantone corrisponde al contributo di compensazione. Anche il sistema che prevede una riassicurazione obbligatoria non cambierà nulla al sistema della compensazione dei rischi. I costi dell'anno precedente continueranno a determinare i pagamenti compensatori ma si terrà conto solo di quelli a carico del primo assicuratore. Gli importi per persona assicurata risulteranno quindi inferiori a quelli calcolati in un sistema senza riassicurazione.

Oltre alla compensazione dei rischi, la riassicurazione consente una compensazione ex post dei costi effettivi (e non solo dei rischi), ossia dopo l'insorgenza del danno (o della realizzazione dei rischi). Ciò porta automaticamente a un finanziamento solidale, da parte della collettività, degli assicurati che richiedono cure e terapie particolarmente costose. Inoltre, questa riassicurazione permette ad esempio di sostenere solidalmente le malattie rare (orphan diseases), che causano costi molto elevati e che nemmeno una compensazione dei rischi particolarmente affinata potrebbe rilevare adeguatamente. In questo modo si arginerebbe la problematica delle malattie rare con costi ingenti. Secondo alcune ricerche condotte in Germania, per contrastare la selezione dei rischi è più efficace combinare l'affinamento della compensazione dei rischi e la compensazione dei costi a posteriori nei casi con costi molto elevati anziché introdurre una sola di queste due misure. In Germania si è constatato inoltre che, nonostante l'affinamento della struttura per la compensazione dei rischi, la reintroduzione del pool per rischi elevati abrogato nel corso dell'affinamento ha permesso di migliorare sensibilmente la precisione della procedura di compensazione per gli assicurati, i gruppi e le casse¹⁵.

¹⁵ Bundesversicherungsamt (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturvergleich, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturvergleichs, cap. 7.1.

Per determinare il valore soglia a partire dal quale subentra la riassicurazione per costi molto elevati, occorre che vi sia una buona interazione con la compensazione dei rischi, poiché i costi assunti dalla riassicurazione non confluiscono nella compensazione dei rischi. Oggi, per una persona con un rischio di malattia molto elevato (ad esempio una donna anziana ricoverata in ospedale durante l'anno precedente), l'assicuratore riceve dal fondo per la compensazione dei rischi contributi annui per un importo di 20 000 franchi, in singoli casi anche di più. Introducendo una riassicurazione per costi molto elevati, questi contributi diminuirebbero dato che una parte dei costi elevati verrebbe assunta dalla riassicurazione e non graverebbero più completamente sul calcolo per la compensazione dei rischi. Al momento di fissare il valore soglia, si dovrà tuttavia tenere conto del fatto che per il rischio elevato le casse malati sono spesso già indennizzate dalla compensazione dei rischi. La riassicurazione per costi molto elevati entra in gioco quando questa compensazione non è sufficiente.

Il valore soglia che dovrebbe permettere il funzionamento ottimale della compensazione dei rischi è stabilito in base a simulazioni che si fondano sulle prestazioni pagate dall'87 per cento circa degli assicurati nell'AOMS. Fa stato la somma delle prestazioni fornite nel 2011 e conteggiate entro fine febbraio 2012. Quale riferimento è stato definito il coefficiente di determinazione che i fattori della compensazione dei rischi hanno per le differenze tra i costi dei primi assicuratori – tenuto conto della riassicurazione (R^2).

Il valore R^2 rappresenta pertanto la parte delle differenze tra i costi che deve essere coperta dalla compensazione dei rischi e dalla riassicurazione.

I risultati delle simulazioni effettuate mostrano che la forza esplicativa è maggiore e rimane praticamente costante se il valore soglia oscilla tra 15 000 e 30 000 franchi (con una franchigia del 20 % per il primo assicuratore). Il massimo si attesta al di sotto dei 20 000 franchi. Sulla base di queste considerazioni, la variante 1 fissa la soglia a sei volte la media delle prestazioni rimborsate. Secondo i dati 2011 risulterebbe una soglia di 16 296 franchi. Con questo importo, la riassicurazione interverrebbe per il 3,6 per cento degli assicurati e finanzierebbe il 18 per cento dei costi attualmente a carico delle casse malati.

L' R^2 non è l'unico metro di valutazione. Si può anche simulare fino a quale importo i costi attesi possono essere pronosticati con le classi di rischio considerate dalla compensazione dei rischi. Con le classi attuali si possono pronosticare costi fino a circa 20 000 franchi. Secondo la simulazione un ulteriore affinamento con l'inclusione dei costi per i medicinali consente di arrivare a 30 000. In ogni caso, i costi che oltrepassano questo importo non vengono considerati a sufficienza dalla compensazione dei rischi. Sulla base di queste considerazioni, la variante 2 propone di fissare una soglia pari a dodici volte la media delle prestazioni rimborsate, ossia a 32 592 franchi se calcolata secondo i dati del 2011. Con questa soglia la riassicurazione interverrebbe per l'1,2 per cento degli assicurati e finanzierebbe il 7 per cento dei costi attualmente a carico delle casse malati.

Con una soglia più elevata, le prestazioni a carico dei riassicuratori si riducono e con esse anche i costi di un minor numero di assicurati. Pertanto, quando la soglia è più elevata, il margine di manovra degli assicuratori è maggiore. Per questo motivo, il Consiglio federale preferisce la variante con il valore soglia più elevato.

L'introduzione di una riassicurazione per costi molto elevati, da sola, permette di aumentare del 30 per cento la forza esplicativa dei fattori della compensazione dei rischi e di ridurre massicciamente le differenze tra i costi, minimizzando l'incentivo alla selezione dei rischi. Le due misure proposte, segnatamente l'affinamento della compensazione dei rischi e l'introduzione della riassicurazione per i costi molto elevati, raddoppiano la forza esplicativa delle differenze tra i costi.

9.1.4 Affinamento della compensazione dei rischi

9.1.4.1 La compensazione dei rischi fino ad oggi

L'AOMS si fonda, come già citato, su un premio unico che garantisce la solidarietà tra persone sane e persone ammalate, nel senso che le prime pagano per le seconde. Siccome il premio unico non corrisponde al rischio effettivo, l'assicuratore ha tendenza ad assicurare i rischi «buoni», ossia le persone per quanto possibile sane. La compensazione dei rischi mira a ridurre questo incentivo.

In Svizzera la compensazione dei rischi è stata introdotta con il decreto federale del 13 dicembre 1991 concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione nell'assicurazione malattie, entrato in vigore il 1° gennaio 1993, ed è stata recepita nel diritto ordinario nel 1996 con l'introduzione della LAMal. Inizialmente la LAMal limitava la compensazione dei rischi ai criteri dell'età e del sesso e le imponeva una durata di dieci anni, in seguito prolungata più volte (l'ultima nel 2011). La compensazione dei rischi è retta attualmente dalle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi) e, con il presente controprogetto, si prevede d'introdurla nella LAMal stessa.

Nel sistema attuale la compensazione dei rischi è lo strumento principale contro la desolidarizzazione tra gli assicuratori-malattie. Si tratta di un meccanismo compensativo tra assicuratori che presentano un portafoglio di assicurati a più basso, rispettivamente, a più alto rischio di malattia. In particolare, mira a compensare finanziariamente le differenze nella struttura del portafoglio all'origine delle differenze dei costi di malattia e, di riflesso, dei premi. La compensazione dei rischi dovrebbe inoltre ridurre, se non eliminare, l'incentivo per gli assicuratori di trarre vantaggio dalla selezione dei rischi. Questo fenomeno può essere evitato in modo ancora più efficace aumentando la precisione con la quale i fattori applicati riescono a pronosticare i costi individuali degli assicurati. La compensazione dei rischi attualmente in vigore tiene conto dell'età e del sesso e, dal 1° gennaio 2012, anche del rischio di malattia maggiorato se nel corso dell'anno precedente vi è stato un ricovero in un ospedale o in una casa di cura superiore a tre giorni. Esistono tuttavia altri rischi che questi criteri non includono.

9.1.4.2 Affinamento più preciso della compensazione dei rischi

Da tempo in Parlamento vengono presentati interventi volti ad affinare ulteriormente la compensazione dei rischi con indicatori adeguati che considerino un rischio di malattia maggiore dell'assicurato. L'affinamento avrebbe dovuto essere introdotto già nell'ambito del progetto Managed Care (04.062), che il popolo ha tuttavia bocciato il 17 giugno 2012 respingendo, di fatto, anche la pertinente base legale. Un

affinamento è stato chiesto inoltre con le iniziative parlamentari 11.473 del gruppo socialista e 12.446 del gruppo liberale-radical che, in sostanza, proponevano di completare la compensazione dei rischi con criteri adatti, in grado di tenere conto della morbilità degli assicurati.

Oltre alla degenza in un ospedale o in una casa di cura, l'affinamento della compensazione dei rischi dovrebbe permettere di utilizzare altri indicatori, definiti a livello di ordinanza, per rilevare un rischio di malattia più alto. Ad esempio, i dati farmaceutici o i costi per i medicinali utilizzati per la cura di malattie croniche. Così come il criterio della degenza in ospedale nell'anno precedente, i gruppi di costo farmaceutici coprono sia il settore ambulatoriale che quello stazionario.

C'è un nesso molto stretto tra l'affinamento della compensazione dei rischi e la riassicurazione per costi molto elevati. L'interazione ottimale tra questi due elementi combatte nel modo più efficace la selezione dei rischi, permettendo comunque la concorrenza. Ciò corrisponde ai principi fondamentali dell'assicurazione sociale malattie svizzera che assicura la solidarietà tra persone sane e persone ammalate e un'assistenza sanitaria efficace e di elevata qualità per tutti.

9.2 Separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare

A tenore della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) l'assicurazione sociale malattie può essere proposta dalle casse malati o da imprese di assicurazione private titolari di un'autorizzazione rilasciata dal DFI, ma queste ultime non hanno finora mai sfruttato questa possibilità. Inoltre, ai sensi della legge sul contratto d'assicurazione (LCA) le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie, assicurazioni di altro genere, in particolare le assicurazioni complementari. Attualmente 16 casse malati offrono l'assicurazione di base e quella complementare nella stessa società (entità giuridica).

Una grossa lacuna nel sistema attuale è costituita dalla trasparenza limitata di quelle casse malati che gestiscono l'assicurazione di base e quella complementare nella stessa società. La trasparenza limitata riguarda, da un canto, gli aspetti finanziari. Nel contesto attuale, infatti, non si può sempre escludere un travaso di risorse dall'assicurazione di base a quella complementare (sovvenzionamento incrociato), benché la legge non lo ammetta. Inoltre, in questi ambiti si osserva almeno in parte un problema legato alla protezione dei dati. Sebbene le disposizioni legali lo vietino chiaramente, non si può infatti escludere uno scambio di dati, visto che i collaboratori si occupano sia dell'assicurazione di base sia di quella complementare. Anche lo scambio di dati incentiva la selezione dei rischi, nel senso che potrebbe favorire l'abuso dei dati e delle informazioni relativi all'assicurazione di base nell'interesse dell'assicurazione complementare. Inoltre, le società che gestiscono l'assicurazione di base e quella complementare nella stessa entità giuridica dispongono di una sicurezza finanziaria limitata in caso di insolvenza di un settore assicurativo. Sebbene tengano contabilità separate, non possono garantire la stessa indipendenza (finanziaria) delle società separate. Infine, la separazione tra l'assicurazione di base e le assicurazioni complementari è opportuna anche per quanto riguarda le attività di sorveglianza e le chiare competenze che ne conseguono.

Tenuto conto di questa problematica, in futuro l'assicurazione di base e quella complementare non potranno più essere offerte dalla stessa entità giuridica. Le società del gruppo che vantano una cassa malati al loro interno dovranno garantire tramite «barriere informative» che tra la cassa malati e le altre società del gruppo non ci sarà nessuno scambio di dati relativi agli assicurati. Ciò significa che almeno la divisione «prestazioni» della cassa malati dovrà disporre di personale proprio che non lavori nel contempo per le assicurazioni complementari. Inoltre, il medico di fiducia che decide le prestazioni dell'assicurazione di base non può occuparsi anche dell'assicurazione complementare. Altre strutture, come la logistica o i servizi centrali, possono e devono essere utilizzate congiuntamente anche in futuro per sfruttare le sinergie e contenere i costi amministrativi.

10 Ripercussioni

10.1 Ripercussioni per la Confederazione

La Confederazione non deve investire risorse supplementari per la riassicurazione per costi molto elevati, per l'affinamento della compensazione dei rischi e per la separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare.

La riassicurazione per costi molto elevati porterà tendenzialmente a una riduzione dei premi e, di riflesso, dei contributi della Confederazione alla riduzione individuale dei premi (RIP).

10.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni

I Cantoni e i Comuni non devono investire risorse supplementari per la riassicurazione per costi molto elevati, per l'affinamento della compensazione dei rischi e per la separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare.

La riassicurazione per costi molto elevati porterà tendenzialmente a una riduzione dei premi e, di riflesso, dei contributi dei Cantoni alla riduzione individuale dei premi (RIP).

10.3 Ripercussioni per l'economia

Il volume finanziario dell'AOMS corrisponde al 4-5 per cento del prodotto interno lordo. Non si attendono ripercussioni sull'economia. Tuttavia, impedendo la selezione dei rischi è possibile utilizzare le risorse in modo più efficiente nel settore interessato. Le modifiche contribuiscono a migliorare la chiarezza e l'efficacia dei processi di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. Inoltre, la concorrenza tra gli assicuratori potrà continuare a espletare i suoi effetti soprattutto laddove il legislatore lo auspicava originariamente, ossia sulla qualità delle offerte assicurative. Il testo di legge proposto contribuisce quindi all'ottimizzazione del sistema anche da questo punto di vista.

10.4

Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie

L'esercizio della riassicurazione e l'affinamento della compensazione dei rischi implicano un aumento dei costi amministrativi nell'istituzione comune. Tenuto conto delle innovazioni proposte, bisogna attendersi un aumento dei costi amministrativi (incluse le revisioni a campione presso le casse) di circa due milioni di franchi.

Per effetto del carico amministrativo supplementare, si prevede un aumento analogo dei costi amministrativi anche per le casse malati. I costi amministrativi imputabili alle misure dovrebbero aumentare al massimo di quattro milioni di franchi.

La separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare non dovrebbe invece comportare un incremento dei costi amministrativi. Molte società hanno già separato l'assicurazione sociale malattie e le assicurazioni complementari e le hanno attribuite a entità giuridiche diverse senza che la legge lo imponesse. Si può pertanto supporre che la separazione non genererà costi elevati e che non vi saranno pesanti ingerenze nei diritti degli assicuratori.

L'importo necessario alla costituzione degli accantonamenti e delle riserve per la riassicurazione (attraverso l'istituzione comune) corrisponderà esattamente a quello degli accantonamenti e delle riserve sciolti dalle casse malati, dato che queste ultime avranno rischi inferiori e potranno disporre di riserve minori. Non sono pertanto necessarie risorse supplementari.

Con l'introduzione della riassicurazione obbligatoria per costi molto elevati si assisterà probabilmente a una diminuzione del numero di contratti di riassicurazione ai sensi dell'articolo 14. Le casse malati risparmierebbero quindi i premi da versare alla riassicurazione.

L'introduzione delle misure riduce sensibilmente la selezione dei rischi dato che i rischi molto elevati vengono rimborsati dalla riassicurazione. Se si riduce la selezione dei rischi, diminuiscono anche i cambiamenti di cassa, anche se la concorrenza continuerà ad espletare i propri effetti sulle offerte e sul controllo dei costi. Attualmente la percentuale degli assicurati che cambiano cassa malati oscilla annualmente tra il 6 e il 12 per cento. Ogni cambiamento comporta costi tra 150 e 200 franchi. Se, per effetto delle misure, solo la metà degli assicurati cambia cassa malati, si potranno risparmiare da 50 a 80 milioni di franchi l'anno.

La riassicurazione per costi molto elevati può avere due effetti opposti sull'incentivo per le casse malati a verificare i costi e sull'intensità dei controlli. Poiché dovranno assumere solo il 20 per cento dei costi che superano la soglia, le casse potranno da un canto essere indotte a ridurre l'intensità del controllo dei costi per i casi molto onerosi. D'altro canto, il controllo dei costi per le casse malati assume una valenza maggiore, dato che la selezione dei rischi quale strategia commerciale non entra più in linea di conto. Quali opzioni principali per posizionarsi con successo sul mercato rimangono il miglioramento delle prestazioni di servizio e un controllo effettivo dei costi.

Visto quanto precede, l'introduzione delle misure provocherà tendenzialmente una diminuzione dei costi dell'assicurazione sociale malattie e, di riflesso, dei premi per gli assicurati anche a seguito della diminuzione dei costi comportati dal cambio di cassa.

11 Commento alle singole disposizioni del controprogetto indiretto

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Art. 11 Categorie d'assicuratori

Visto il nuovo articolo 12 capoverso 1, secondo cui l'AOMS è esercitata esclusivamente dalle casse malati, l'articolo 11 diventa superfluo e va abrogato.

Art. 12 Casse malati

Cpv. 1

Il capoverso 1 precisa quali assicuratori possono esercitare l'AOMS. Finora entravano in linea di conto le casse malati ai sensi dell'articolo 12 e le imprese di assicurazione private che soggiacciono alla legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) titolari di un'autorizzazione rilasciata dal DFI ai sensi dell'articolo 13. In futuro le imprese di assicurazione private non potranno più offrire l'AOMS. Questa modifica non ha praticamente ripercussioni concrete, dato che le imprese di assicurazione private non si sono mai avvalse di questa possibilità.

Cpv. 2

Se finora le casse malati hanno offerto soprattutto l'assicurazione sociale malattie e gestivano altri tipi di assicurazione a titolo accessorio, in futuro potranno occuparsi solo dell'assicurazione sociale malattie che, giusta l'articolo 1a, include l'AOMS e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. Va rilevato in particolare che decade anche la possibilità di esercitare l'assicurazione infortuni. Questa modifica è inevitabile ai fini della piena trasparenza in materia di flussi finanziari e interessa solo 3 casse malati. La LAINF verrà modificata in tal senso (art. 68 cpv. 1 lett. c, art. 70 cpv. 2, art. 92 cpv. 7 ultimo periodo «e per gli affiliati a una cassa malati riconosciuta»).

L'assicurazione sociale malattie è un'assicurazione sociale senza scopo di lucro, contrariamente alle assicurazioni complementari orientate all'utile. Vista la natura diversa di queste attività commerciali, ma anche per motivi legati alla protezione dei dati e alla trasparenza, questi rami assicurativi dovranno essere gestiti separatamente. Per alcune società ciò implica che potranno offrire solo l'assicurazione sociale malattie all'interno della stessa entità giuridica. Attualmente sono 16 gli assicuratori che offrono l'assicurazione di base e le assicurazioni complementari nella stessa società. Per questi casi trova applicazione una disposizione transitoria: gli assicuratori hanno tre anni di tempo dall'entrata in vigore della legge per procedere alla separazione.

Cpv. 2 e 3

Gli attuali capoversi 2 e 3 sono abrogati, dato che le casse malati potranno offrire solo l'assicurazione sociale malattie.

Art. 13 Autorizzazione, ritiro dell'autorizzazione e trasferimento del patrimonio

Cpv. 1

Poiché solo le casse malati potranno esercitare l'assicurazione sociale malattie (cfr. art. 12), il termine «istituti di assicurazione» non è più idoneo e va sostituito con «casse malati». Ciò indica chiaramente che il DFI rilascia l'autorizzazione ad esercitare l'assicurazione sociale malattie solo alle casse malati.

Cpv. 2 lett. g (nuovo)

Una cassa malati può offrire solo l'assicurazione sociale malattie all'interno della stessa entità giuridica. Negli ultimi anni molti assicuratori hanno provveduto a questa separazione senza che vi fosse un obbligo legale. Attualmente solo 16 società esercitano ancora l'assicurazione sociale malattie e le assicurazioni complementari nella stessa entità giuridica. Come in passato, tuttavia, le società del gruppo che oltre alla cassa malati esercitano altre assicurazioni possono continuare a gestire assicurazioni complementari, sempre che lo facciano attraverso due entità giuridiche separate e adottino misure atte a evitare lo scambio di informazioni e il trasferimento di dati tra la cassa malati e le altre società, segnatamente le assicurazioni complementari. I dati sanitari sono dati personali particolarmente sensibili che devono essere protetti e che non possono essere ceduti nemmeno all'interno della stessa società del gruppo. Sebbene le disposizioni legali in vigore lo vietino esplicitamente, non si può escludere che i dati vengano comunque scambiati (gli stessi collaboratori lavorano per l'assicurazione di base e per quelle complementari). In futuro si dovrà evitare soprattutto che le assicurazioni complementari ricevano dall'assicurazione di base dati degli assicurati e altre informazioni personali. Lo scambio non è ammesso nemmeno in senso contrario. Poiché la protezione dei dati dev'essere garantita già oggi, non sono necessarie misure particolari che comporterebbero costi amministrativi. È tuttavia fondamentale che i collaboratori dell'assicurazione sociale malattie non siano gli stessi che lavorano per le assicurazioni complementari. Altre separazioni non sono necessarie, tanto più che comporterebbero solo un aumento dei costi amministrativi. Occorre sfruttare le sinergie e utilizzare congiuntamente, come finora, ad esempio la logistica o altri servizi centrali.

Art. 14 Riassicurazione facoltativa

L'aggiunta al capoverso 1 è una semplice precisazione. Le riassicurazioni di cui all'articolo 14 possono essere mantenute su base volontaria come finora.

Sezione 1a^{bis} (nuovo): Riassicurazione per costi molto elevati

Art. 16 Obbligo di riassicurazione

Finora le casse malati avevano la possibilità di far riassicurare le prestazioni a carico dell'AOMS su base volontaria (art. 14). Prima della modifica del 22 giugno 2011 delle disposizioni sulle riserve, le piccole casse malattia che contavano meno di 50 000 assicurati avevano l'obbligo di stipulare una riassicurazione. Questo obbligo è stato abrogato con l'introduzione, effettiva dal 1° gennaio 2012, delle riserve basate sui rischi (art. 78 segg. OAMal). Tuttavia, è ancora possibile stipulare una riassicu-

razione a titolo volontario, dato che offre alla cassa malati una certa sicurezza finanziaria e influisce sull'ammontare minimo delle riserve richiesto. Ora si intende introdurre una riassicurazione per costi molto elevati unica e obbligatoria per tutte le casse malati. Questa riassicurazione va ben oltre quella di cui all'articolo 14 poiché assume buona parte dei costi per le prestazioni a seconda del valore soglia fissato. È finanziata con i premi che gli assicuratori le versano, consolidando la solidarietà tra le casse malati e, in ultima istanza, tra tutti gli assicurati. Ciò porterà a un'uniformazione dei premi dei diversi assicuratori e ridurrà massicciamente l'incentivo alla selezione dei rischi poiché i rischi costosi, cosiddetti «cattivi», saranno rimborsati dalla riassicurazione per costi molto elevati che ne mitigherà il rischio.

Diversamente da quella attuale, disciplinata dall'articolo 14, la nuova riassicurazione per costi molto elevati è unica e obbligatoria per tutte le casse malati a prescindere dalle loro dimensioni, dal numero di assicurati o da una riassicurazione già stipulata altrimenti. Tutte le casse malati devono affiliarsi a questa riassicurazione e versarle una parte dei premi che riscuotono. Il rapporto giuridico non si fonda su un contratto ma sulla legge.

Art. 16a (nuovo) Prestazioni

Cpv. 1

La riassicurazione per costi molto elevati assume l'80 per cento dei costi per le prestazioni degli assicurati a partire da un determinato importo. I costi a carico dell'AOMS causati da una persona assicurata sono rimborsati, come finora, dalla cassa malati presso la quale la persona è assicurata a tenore delle disposizioni attualmente in vigore in materia di ripartizione dei costi e franchigia. Se tuttavia durante l'anno civile i costi superano la soglia stabilita, la cassa malati rimborsa le prestazioni all'assicurato come finora e la riassicurazione le rimborserà a sua volta i costi che superano la soglia. Inoltre, la cassa malati, quale primo assicuratore, deve assumere una franchigia del 20 per cento. In questo modo, le casse malati mantengono l'interesse a controllare le prestazioni e a evitare costi inutili. Si crea quindi un incentivo a una gestione aziendale economica. È importante che la riassicurazione non incida sul rapporto assicurato-cassa malati o fornitore di prestazioni-cassa malati. Gli assicurati e i fornitori di prestazioni ricevono, come finora, il rimborso delle spese dalla loro cassa malati. La riassicurazione per costi molto elevati non va quindi paragonata con modelli quali, ad esempio, i pool per rischi elevati che assicurano direttamente casi di malattia costosi e ne gestiscono i trattamenti.

La riassicurazione per costi molto elevati migliora la solidarietà nell'assicurazione malattia affinché gli assicuratori non siano praticamente più incentivati a selezionare i rischi.

Cpv. 2

La riassicurazione per costi molto elevati assume i costi per le prestazioni fornite a un assicurato che superano un determinato importo, fissato dal Consiglio federale. È previsto un valore soglia tra sei (variante 1) e dodici volte (variante 2) la media delle prestazioni nette rimborsate (ossia dopo la deduzione delle franchigie e delle aliquo-

te percentuali a carico degli assicurati). Ciò permette di rafforzare la solidarietà tra i singoli assicuratori e, nel contempo, di migliorare la loro sicurezza finanziaria poiché non devono più assumersi rischi finanziari tanto elevati. Con la riassicurazione per costi molto elevati, il rischio per assicurato di una cassa malati si attesta al massimo al valore soglia fissato (più la franchigia della cassa malati). Le casse malati possono quindi calcolare molto meglio i costi delle prestazioni, che attualmente possono aumentare praticamente all'infinito. La solidarietà viene consolidata in quanto i costi superiori al valore soglia sono finanziati dalla riassicurazione e, in ultima istanza, da tutti gli assicurati. Il rimborso solidale e i rischi limitati per le singole casse malati porteranno a un allineamento dei premi. Dato che i casi costosi e i cosiddetti «rischi cattivi» sono assorbiti dalla riassicurazione, diminuisce anche l'incentivo alla selezione dei rischi.

Cpv. 3

Per i costi che devono essere considerati nell'anno civile conformemente al capoverso 1, si fa riferimento alla data della terapia anziché a quella della fattura, come per la determinazione dei premi del primo assicuratore. Dato il caso, ciò può essere fondamentale per le terapie somministrate a fine anno che riguardano quindi due anni. In questi casi i costi vengono ripartiti pro rata temporis a seconda delle date delle cure sui due anni.

Art. 16b (nuovo) Premi

Cpv. 1

La riassicurazione per costi molto elevati è finanziata con una quota dei premi versati dagli assicurati che le casse malati corrispondono per persona assicurata. Gli assicurati pagano di norma i premi alla cassa malati mensilmente. Un versamento mensile alla riassicurazione sarebbe tuttavia poco opportuno visto l'onere amministrativo che comporterebbe per gli assicuratori. Le quote alla riassicurazione dovranno quindi essere versate trimestralmente.

Cpv. 2

I premi alla riassicurazione per costi molto elevati vanno versati per assicurato. L'importo è calcolato in base ai costi cantonali dell'assicurazione malattie ed è uguale per tutti gli adulti dello stesso Cantone (cfr. cpv. 3). Per i bambini viene fissato un premio diverso, meno caro rispetto a quello degli adulti, poiché cagionano meno costi a carico dell'assicurazione malattie. Anche questo premio è uguale per tutti i bambini dello stesso Cantone ed è fissato in base alle stime dei costi che i bambini cagionano nel rispettivo Cantone.

Cpv. 3

I premi che le casse malati corrispondono alla riassicurazione per costi molto elevati sono determinati dall'istituzione comune (art. 18) anticipatamente per un anno civile. Si fondano sui costi cantonali e, pertanto, variano da un Cantone all'altro.

Sono tuttavia uguali per tutti gli assicurati (adulti) dello stesso Cantone. Poiché i bambini pagano un premio inferiore, per ogni Cantone ci sono due premi diversi fissati sotto forma di importo assoluto e non di percentuale dei premi di cassa malati.

Cpv. 4

Il Consiglio federale approva i premi per la riassicurazione per costi molto elevati che l'istituzione comune fissa in base ai costi cantonali. Il Consiglio federale disciplina la procedura di approvazione, segnatamente la tempistica per il versamento dei premi e il termine di approvazione.

Art. 16c (nuovo) Procedura di finanziamento e accantonamenti

Cpv. 1

La riassicurazione per costi molto elevati è finanziata secondo il sistema di copertura dei bisogni. I bisogni comprendono tutte le spese legate all'esercizio della riassicurazione, fra cui rientrano in particolare il rimborso dei costi per le prestazioni al primo assicuratore e le spese amministrative come pure i mezzi necessari alla costituzione delle riserve e degli accantonamenti tecnici. Il sistema di copertura dei bisogni implica che gli introiti dei premi di un anno devono permettere di finanziare tutti i bisogni dell'anno in questione.

Cpv. 2

Gli accantonamenti tecnici sono composti degli accantonamenti per i casi di assicurazione non ancora liquidati, ossia per le richieste di rimborso inoltrate dai primi assicuratori che sorgono quando una terapia è stata somministrata nell'anno civile ma non è ancora stata pagata e conteggiata al riassicuratore.

Sezione 1b: Compensazione dei rischi

Art. 17 (nuovo) Principio

Gli articoli 17-17b rispecchiano nella sostanza il numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi). Il recepimento della compensazione dei rischi nella LAMal e l'affinamento attraverso l'introduzione di nuovi criteri (cfr. art. 17 cpv. 3) erano già previsti dal progetto Managed Care (04.062), che il popolo svizzero ha respinto il 17 giugno 2012. Un affinamento della compensazione dei rischi è stato proposto anche da due iniziative parlamentari (11.473 e 12.446). Il recepimento legale e l'affinamento dovrebbero concretizzarsi ora con il presente controprogetto. Un'altra novità riguarda la decisione di non includere più nella compensazione dei rischi gli assicurati che cambiano cassa.

Cpv. 3

Attualmente la compensazione dei rischi presuppone che vi è un rischio di malattia elevato se nel corso dell'anno precedente l'assicurato è stato ricoverato in un ospe-

dale o in una casa di cura per più di tre giorni consecutivi. A tal fine si considerano le degenze che sono avvenute in ospedale o in una casa di cura che figura nell'elenco secondo l'articolo 39 o in un ospedale che ha concluso una convenzione giusta l'articolo 49a capoverso 4 e che si trova in Svizzera, a condizione che durante la degenza siano state fornite prestazioni contemplate dall'AOMS. L'affinamento dovrebbe introdurre altri indicatori per la morbilità degli assicurati, in particolare i costi per i medicinali nel settore ambulatoriale. Dato il caso, l'assicuratore interessato deve assumere costi molto elevati senza che la compensazione dei rischi gli versi alcunché: questo criterio, infatti, non è considerato un fattore di morbilità ai sensi della compensazione dei rischi. Per evitare che i pagamenti della compensazione dei rischi portino a un aumento delle prescrizioni di medicinali, si potrebbero considerare solo i principi attivi per la cura di malattie specifiche e costose per le quali non vi sono alternative al trattamento farmacologico (gruppi di costo farmaceutici). Come già la degenza di almeno tre giorni in un ospedale o in una casa di cura nell'anno precedente e la definizione delle eccezioni, anche la competenza di individuare altri indicatori per la morbilità degli assicurati incombe al Consiglio federale.

Art. 17a (nuovo) Fattori determinanti per il calcolo della compensazione dei rischi

Anche questo articolo rispecchia nella sostanza il numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi). Solo il capoverso 4 presenta una novità: in futuro, il calcolo del numero di giorni consecutivi non considererà più gli assicurati che cambiano cassa (art. 17 cpv. 3). Finora, la compensazione dei rischi implicava un oneroso scambio di dati tra assicuratori tramite l'organo centrale di comunicazione per la compensazione dei rischi (ZEMRA). Da un canto, questo scambio spinge al rialzo i costi amministrativi; dall'altro, coloro che cambiano assicuratore sono solo una piccola percentuale e rappresentano una percentuale inferiore alla media di assicurati con degenza in ospedale o in casa di cura nell'anno precedente, dato che sono tendenzialmente gli assicurati più sani a cambiare assicuratore. Pertanto si può giudicare modesto il volume supplementare di redistribuzione derivante dalla presa in considerazione delle degenze di coloro che cambiano assicuratore. Visto che la ponderazione dei dati di coloro che cambiano assicuratore comporta oneri e costi superiori ai vantaggi, vi si rinuncia.

Il capoverso 5 prevede che la compensazione dei rischi sia determinata esclusivamente tenendo conto dei costi per le prestazioni assunti dalle casse malati stesse. I costi a carico della riassicurazione vengono dedotti dalle prestazioni, come avviene attualmente anche per la partecipazione ai costi da parte degli assicurati.

Art. 17b (nuovo) Attuazione

Anche questo articolo rispecchia nella sostanza il numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi) e non contempla novità.

Art. 18

Cpv. 9

L'esecuzione della riassicurazione andrebbe garantito da un'istituzione che appartiene alle casse malati. Entra quindi in linea di conto l'istituzione comune (art. 18) che adempie già altri compiti ai sensi della LAMal, quali in particolare la compensazione dei rischi. L'istituzione comune amministra i premi che le casse malati versano alla riassicurazione per costi molto elevati. Disciplina e effettua i pagamenti alle casse malati.

Per la riassicurazione devono essere costituite riserve sufficienti. Le riserve non sottostanno a veri e propri vincoli, ma devono garantire la solvibilità a lungo termine della riassicurazione, coprendo i rischi che quest'ultima si assume con la sua attività di riassicurazione. I rischi tecnici includono le operazioni assicurative vere e proprie: casi isolati di prestazioni eccezionalmente elevate o il rischio di un evento straordinario (p. es. pandemia). I rischi di mercato concernono il patrimonio della riassicurazione, il cui valore può variare a seconda dell'evoluzione del mercato. Qualsiasi variazione dei corsi o dei tassi d'interesse deve pertanto essere presa in considerazione. I rischi di credito, da parte loro, sono inerenti al rischio di insolvenza di un primo assicuratore.

Art. 21 Vigilanza

Cpv. 2

Il capoverso 2 è abrogato poiché riguarda la vigilanza sulle assicurazioni complementari che le casse malati non possono più esercitare.

Cpv. 6

Il capoverso 6 è stralciato dalla LAMal poiché riguarda la vigilanza sulle imprese di assicurazione private che non possono più offrire l'assicurazione sociale malattie.

Disposizioni transitorie

Alle casse malati va accordato un termine affinché possano applicare le nuove disposizioni di legge. In particolare, la separazione tra l'assicurazione di base e le assicurazioni complementari nelle società interessate richiederà del tempo. Nel contempo le casse malati dovranno continuare a svolgere le attività assicurative. Per attuare la separazione è quindi concesso un termine di tre anni a decorrere dall'entrata in vigore della modifica di legge. Le barriere informative tra le casse malati e le altre società del gruppo devono essere effettive due anni dopo l'entrata in vigore. In caso di inosservanza sono previste sanzioni.

Anche la creazione della riassicurazione per costi molto elevati da parte dell'istituzione comune richiede tempo e impegno: bisogna applicare le disposizioni legali e sviluppare processi e regolamenti. La riassicurazione per costi molto elevati deve essere operativa al più tardi tre anni dopo l'entrata in vigore della modifica di legge.