

05.089

**Messaggio
concernente l'iniziativa popolare
«Per una cassa malati unica e sociale»**

del 9 dicembre 2005

Onorevoli presidenti e consiglieri,

vi sottoponiamo il messaggio concernente l'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale», invitandovi a sottoporla al voto di Popolo e Cantoni con la raccomandazione di respingerla.

Il disegno di decreto federale corrispondente si trova in allegato.

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

9 dicembre 2005

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Samuel Schmid

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» è stata lanciata dal Mouvement Populaire des Familles (MPF), attivo nella Svizzera romanda, e da ambienti della sinistra e dei Verdi del resto della Svizzera. Essa chiede in particolare:

- *l'istituzione da parte della Confederazione di una cassa unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie al posto delle 85 casse malati attualmente esistenti;*
- *la fissazione dei premi in funzione della capacità economica degli assicurati.*

A tal fine, l'iniziativa chiede di modificare l'articolo 117 della Costituzione federale (cpv. 3) e di completare la disposizione transitoria corrispondente (art. 197 n. 2).

Con queste richieste gli autori dell'iniziativa mirano a un cambiamento radicale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Secondo il Consiglio federale un siffatto cambiamento non s'impone. Al contrario, ritiene che un sistema in cui convive una pluralità di assicuratori nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie 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). Grazie al libero passaggio integrale, la popolazione svizzera dispone di una libertà di scelta dell'assicuratore senza restrizioni di sorta. Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) gli assicurati possono decidere se desiderano 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 favorire tali elementi di concorrenza allo scopo di rendere più efficiente l'assicurazione sociale malattie.

Una cassa unica con una gestione tripartita composta di rappresentanti delle autorità, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati rimarrà, in considerazione della diversità degli interessi, sotto un forte influsso politico divergente. 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'assicurazione malattie o affievolirebbero tali sforzi.

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.

Secondo il Consiglio federale non è opportuno nemmeno cambiare il sistema finanziario dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie, come proposto dagli autori dell'iniziativa. L'introduzione dei premi in funzione della capacità economica degli assicurati, e quindi la soppressione del premio pro capite indipendente dal reddito e dalla sostanza, equivarrebbe a istituire una nuova imposta sul reddito e sulla sostanza. Un progetto analogo in questo punto, l'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)», è stato nettamente respinto dal popolo svizzero nella votazione popolare del maggio 2003.

L'attuale netta separazione tra il finanziamento attuariale – che implica la solidarietà tra i sessi, tra giovani e anziani nonché tra malati e persone in buona salute – e i correttivi della politica sociale per mezzo della riduzione dei premi verrebbe a mancare. Va rilevato che il sistema di finanziamento attualmente in vigore suscita grande interesse in tutta Europa, soprattutto nei Paesi che hanno adottato un finanziamento in funzione del reddito, ed è considerato un modello da seguire in caso di eventuali riforme dell'assicurazione sociale malattie.

Le lacune ancora presenti nel sistema vigente sono costantemente analizzate e colmate. L'ultima modifica, che entrerà in vigore il 1° gennaio 2006, è stata effettuata a favore delle famiglie con prole che si trovano in condizioni economiche medie o modeste. Il modello di finanziamento applicato ha dato buoni risultati dimostrando la sua rapida capacità di adattamento. Offre soprattutto innumerevoli possibilità per incentivare gli assicurati e i fornitori di prestazioni ad assumere comportamenti intesi a risparmiare costi. Il legislatore e, di conseguenza, gli assicuratori malattia hanno fatto uso delle forme assicurative particolari (franchigie opzionali, scelta limitata dei fornitori di prestazioni e bonus).

L'iniziativa lascia aperta la questione in che misura i mezzi finanziari dei poteri pubblici debbano affluire nell'assicurazione malattie obbligatoria. In ogni caso, non ha più alcun senso applicare una riduzione che segua il criterio della capacità economica degli assicurati per premi che sono già fissati secondo questo principio.

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 mirato delle prestazioni dovute dall'AOMS e attraverso un'ulteriore riduzione 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.

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

Le misure di contenimento dei costi devono essere ottimizzate e potenziate nell'ambito di tale consolidamento mediante maggiori incentivi economici e la soppressione di falsi incentivi. I correttivi da apportare devono essere realizzati nel quadro della riforma della LAMal, già parzialmente adottata, che il Consiglio federale ha avviato nel 2004.

Per i suddetti motivi il Consiglio federale propone di respingere l'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» senza opporvi un controprogetto.

Messaggio

1 Aspetti formali

1.1 Testo dell'iniziativa

L'iniziativa popolare federale «Per una cassa malati unica e sociale» ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale del 18 aprile 1999 è modificata come segue:

Art. 117 cpv. 3 (nuovo)

³ La Confederazione istituisce una cassa unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il consiglio d'amministrazione e il consiglio di vigilanza della cassa comprendono un pari numero di rappresentanti dei poteri pubblici, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati.

La legge disciplina il finanziamento della cassa. Stabilisce i premi in funzione della capacità economica degli assicurati.

II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

Art. 197 n. 2 (nuovo)

*2. Disposizione transitoria dell'art. 117 cpv. 3
(Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)*

La cassa unica diventa operativa il più tardi tre anni dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoverso 3. Riprende gli attivi e passivi degli istituti assicurativi esistenti per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.2 Riuscita formale

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» è stata lanciata dal Mouvement Populaire des Familles (MPF). Il 27 maggio 2003 è stata oggetto di un esame preliminare da parte della Cancelleria federale (FF 2003 3417) e il 9 dicembre 2004 è stata depositata, munita delle firme necessarie. Con decisione del 10 gennaio 2005 (FF 2005 475), la Cancelleria federale ha constatato che l'iniziativa popolare, con 111 154 firme valide, è formalmente riuscita.

1.3 Termini di trattazione

L'iniziativa è presentata sotto forma di progetto elaborato; il Consiglio federale non intende opporvi un controprogetto. In virtù dell'articolo 97 capoverso 1 lettera a della legge del 13 dicembre 2002 sull'Assemblea federale (LParl; RS 171.10), il Consiglio federale ha quindi tempo fino al 9 dicembre 2005 – ossia al massimo un anno dal deposito dell'iniziativa – per sottoporre alle Camere un progetto di decreto federale accompagnato da un messaggio. Conformemente all'articolo 100 LParl, l'Assemblea federale decide in seguito, entro un termine di trenta mesi a decorrere dal giorno in cui l'iniziativa è stata depositata, nella fattispecie entro il 9 giugno 2007, se raccomandare al Popolo e ai Cantoni di accettarla o di respingerla. Può prorogare tale termine di un anno se almeno uno dei Consigli si pronuncia per un controprogetto o un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa popolare in questione (art. 105 cpv. 1 LParl).

1.4 Validità

1.4.1 Unità formale

Secondo gli articoli 139 (vecchio) capoversi 2 e 3 e 194 capoverso 3 della Costituzione federale del 18 aprile 1999 (Cost.; RS 101), un'iniziativa popolare che chiede una revisione parziale della Costituzione è ammissibile soltanto se formulata come proposta generica o progetto elaborato, mentre le forme miste non sono ammesse. L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» riveste esclusivamente la forma di un progetto interamente elaborato. Il principio dell'unità della forma è quindi rispettato.

1.4.2 Unità materiale

Secondo gli articoli 139 (vecchio) capoverso 3 e 194 capoverso 2 Cost., un'iniziativa popolare che chiede una revisione parziale della Costituzione deve rispettare il principio dell'unità della materia e può vertere quindi su un solo oggetto. L'unità della materia è rispettata se esiste un legame oggettivo tra le diverse parti dell'iniziativa. L'iniziativa «Per una cassa malati unica e sociale» si riferisce unicamente all'assicurazione malattie ed esiste una relazione diretta tra le varie misure proposte. L'unità della materia è quindi rispettata.

1.4.3 Compatibilità dell'iniziativa con il diritto internazionale

Conformemente agli articoli 139 capoverso 3 e 194 capoverso 2 Cost., un'iniziativa popolare che chiede una revisione parziale della Costituzione non può violare le disposizioni cogenti del diritto internazionale. L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» non viola alcuna disposizione di questo tipo.

1.4.4

Attuabilità

La palese impossibilità di attuabilità pratica di un'iniziativa costituisce l'unico limite materiale posto alla revisione della Costituzione, limite peraltro non sancito per scritto ma applicato in virtù della prassi costante secondo cui le iniziative popolari di cui è provata la non attuabilità pratica non sono sottoposte al voto di Popolo e Cantoni. Le richieste dell'iniziativa «Per una cassa malati unica e sociale» sono tuttavia pienamente realizzabili sia dal profilo giuridico sia da quello pratico.

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» è pertanto valida.

2

Scopo e tenore dell'iniziativa

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» persegue un duplice obiettivo: da una parte, chiede alla Confederazione di istituire una cassa unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e, dall'altra, di instaurare un nuovo finanziamento per mezzo di premi fissati in funzione della capacità economica degli assicurati.

A tal fine l'iniziativa chiede di introdurre un nuovo capoverso 3 nell'articolo 117 e una disposizione transitoria ad esso relativa (art. 197 n. 2). Ciò comporterebbe un cambiamento fondamentale del sistema dell'assicurazione sociale malattie svizzera con le seguenti caratteristiche:

- l'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie incombe a un'unica istituzione: la «cassa unica»;
- il consiglio d'amministrazione e il consiglio di vigilanza della cassa in questione sono costituiti di un pari numero di rappresentanti delle autorità, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati;
- il cosiddetto «sistema del premio unico pro capite» è sostituito da un finanziamento dei premi in funzione della capacità economica degli assicurati;
- la parte degli attivi e passivi delle casse malati esistenti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è ripresa dalla «cassa unica» chesará operativa al più tardi tre anni dopo l'accettazione dell'iniziativa.

Secondo l'argomentario disponibile (www.mpf-ch.org), l'iniziativa mira:

- a una solidarietà estesa tra tutti gli assicurati con una maggiore giustizia sociale;
- alla riduzione dei premi per una grande maggioranza degli assicurati in seguito alle nuove modalità di calcolo e al potenziale di risparmio in materia di gestione della cassa;
- a un rafforzamento della posizione degli assicurati e a un minore potere delle casse malati;
- a una maggiore responsabilità di tutti gli attori del settore sanitario.

3

Valutazione dell'iniziativa

3.1

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

3.1.1

Tentativi di revisione precedenti

Abbiamo confermato a più riprese, basandoci sull'analisi degli effetti della LAMal, che la legge sull'assicurazione malattie in vigore aveva raggiunto gli obiettivi che il legislatore si era prefissato per quanto concerne le prestazioni (catalogo più esteso) e il sistema (assicurazione obbligatoria con una pluralità di assicuratori e un premio unico). A nostro avviso l'assicurazione sociale malattie dovrebbe continuare ad essere esercitata da molte compagnie d'assicurazioni diverse.

Un rapporto di esperti sui vantaggi di una cassa unica¹, pubblicato nel 2001 in risposta a un postulato della CSSS-N (99.3009), trae le stesse conclusioni. Secondo l'autore gli effetti positivi di una cassa unica sull'evoluzione dei costi e dei premi dovrebbero essere pressoché nulli. In tale ottica, questo strumento va qualificato come inefficiente. A parità di spese, infatti, potrebbero essere conseguiti effetti tangibili sull'evoluzione dei costi e dei premi avvalendosi di risorse mirate, in particolare da parte dei fornitori di prestazioni. Ciò varrebbe sia per le misure adottate dallo Stato sia per quelle orientate alla concorrenza.

Nonostante il fatto che, soprattutto nella Svizzera romanda e nel Cantone Ticino, l'attuale sistema della concorrenza tra le casse malati venga rimesso in discussione da anni e che un rapporto del novembre 2003² giunga alla conclusione che l'istituzione di un organo centrale forte con istanze d'applicazione potrebbe mettere fine ai problemi urgenti dell'assicurazione malattie svizzera, non siamo persuasi della necessità di cambiare radicalmente il sistema vigente.

La richiesta di una cassa malati unica è stata respinta a più riprese a livello federale: dal nostro Collegio, nelle sue risposte a interventi parlamentari (98.3415 Postulato Günter, Assicurazione di base. Introduzione di un'unica cassa malati per tutta la Svizzera; 01.3495 Postulato Zisyadis, LAMal. Deroga provvisoria per una cassa cantonale unica); dal Consiglio nazionale, che non ha dato seguito alle iniziative parlamentari Fasel (98.442, Una cassa malati unica per tutti) e Zisyadis (01.447, Cassa nazionale unica per l'assicurazione di base); dal Consiglio nazionale e dal Consiglio degli Stati, che non hanno dato seguito a un'iniziativa cantonale presentata dal Cantone del Giura (02.305. Revisione della LAMal. Per una cassa nazionale unica e dei premi che tengano conto del reddito); e ancora dal Consiglio degli Stati, che non ha dato seguito nemmeno all'iniziativa del Cantone Ticino (03.303, LAMal. Cassa malati pubblica federale). L'unico ammesso è stato il postulato Robbiani (01.3722, Una cassa malati unica?), all'origine del rapporto summenzionato (cfr. nota 1).

¹ Dr. Willy Oggier: Vorteile einer Einheitskasse, rapporto finale commissionato dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (d/f), Zurigo, dicembre 2001.

² Caisse suisse d'assurance maladie, rapporto del Gruppo di lavoro per le assicurazioni sociali dei Cantoni della Svizzera occidentale (GLAS) alla Conferenza romanda in materia sanitaria e sociale (CRASS), novembre 2003.

3.1.2 Organizzazione / forma giuridica della cassa unica

L'iniziativa «Per una cassa malati unica e sociale» chiede che la Confederazione istituisca una cassa malati unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma lascia aperta la questione della forma giuridica che tale istituzione dovrebbe rivestire. Per contro, il testo dell'iniziativa prevede un consiglio d'amministrazione e un consiglio di vigilanza quali organi obbligatori della cassa unica. Tenuto conto del nuovo articolo 117 capoverso 3 Cost. proposto, la cassa unica potrebbe essere organizzata in una delle forme giuridiche illustrate qui di seguito.

Consiglio d'amministrazione

In mancanza di una definizione precisa della forma giuridica della cassa malati unica formulata nel testo dell'iniziativa, si potrebbe considerare una delle attuali forme organizzative delle casse malati (associazione, fondazione, società cooperativa, società anonima con fine non economico o persona giuridica di diritto pubblico cantonale). La forma di un «istituto autonomo di diritto pubblico» o di una «società anonima di diritto speciale» potrebbe rispondere al meglio alle esigenze del testo dell'iniziativa. Le istituzioni esistenti nel diritto svizzero che potrebbero entrare in considerazione per la costituzione di una cassa malati unica ai sensi dell'iniziativa sono:

- la Cassa nazionale svizzera d'assicurazione in caso di infortuni (INSAI), organizzata giuridicamente in un istituto di diritto pubblico con personalità giuridica (art. 61 LAINF³);
- la Posta Svizzera (Posta), costituita in un ente autonomo di diritto pubblico dotato di personalità giuridica (art. 2 LOP⁴);
- la ragione sociale «Schweizerische Bundesbahnen SBB, Chemins de fer fédéraux CFF, Ferrovie federali svizzere FFS», organizzata sotto la forma giuridica di una società anonima di cui la Confederazione è azionista al 100 per cento.

Consiglio di vigilanza

Oltre al consiglio d'amministrazione, l'iniziativa prevede di istituire un consiglio di vigilanza quale organo della cassa malati unica.

L'iniziativa non accenna alle modalità di ripartizione dei compiti tra questi due organi.

3.1.3 Gestione della cassa unica

Sia il consiglio d'amministrazione che il consiglio di vigilanza sarebbero composti di un numero pari di rappresentanti delle autorità, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati. La cassa unica avrebbe pertanto una gestione tripartita, ossia una direzione suddivisa in tre, un tipo di organizzazione sconosciuto nel diritto svizzero. Secondo diversi pareri, una simile struttura per la cassa unica in quanto organo d'applicazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie va respinta. Una cassa unica con una gestione tripartita, composta

³ Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione infortuni (LAINF; RS 832.20).

⁴ Legge federale del 30 aprile 1997 sull'organizzazione delle poste (LOP; RS 783.1).

di rappresentanti delle autorità, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati rimarrà, a seguito dei vari interessi in gioco, sotto un forte influsso politico divergente. Temiamo che i diversi interessi presenti nella direzione conducano a lunghe discussioni che potrebbero affievolire gli sforzi intesi a contenere i costi o a migliorare il rapporto costi/prestazioni nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

L'iniziativa lascia aperta la questione di chi nomina il consiglio d'amministrazione e il consiglio di vigilanza, del numero dei membri di tali consigli e delle esigenze, in termini di qualifica, che ogni consiglio dovrebbe soddisfare per nominare i suoi membri. Non vi sono indicazioni nemmeno riguardo all'assegnazione della competenza per fissare i premi. A questo proposito, è opportuno prendere in considerazione il fatto che l'importante funzione di ripartire l'onere dei costi sugli assicurati, da una parte, e sulle autorità, dall'altra, spetta all'organo che decide in materia di tassi dei premi. In tal modo, le decisioni che rientrano nel campo della fiscalità potrebbero essere prese senza un controllo garantito dal processo democratico. Dato l'importante volume dei costi, di circa 27,7 miliardi di franchi per le prestazioni nel quadro dell'AOMS⁵, una siffatta competenza che esula dal processo democratico potrebbe essere problematica nei confronti del principio della legalità.

3.1.4 Organizzazione centralizzata o decentralizzata della cassa unica

L'iniziativa non indica se la cassa unica sarà organizzata in modo centralizzato o decentralizzato. Dall'argomentario dei promotori dell'iniziativa si può tuttavia evincere che la cassa malati unica deve essere organizzata in modo molto decentralizzato sull'esempio delle casse di disoccupazione, garantendo in tal modo agli assicurati una prestazione di qualità e di prossimità. Di conseguenza, gli assicurati sarebbero ampiamente dipendenti dalla filiale della loro regione, il che corrisponde alla situazione attuale con la differenza sostanziale, tuttavia, che gli assicurati non potrebbero aderire a un altro assicuratore malattia nel caso in cui non fossero soddisfatti della qualità del servizio o se dovessero insorgere problemi inconciliabili tra gli assicurati e la persona di riferimento competente.

3.1.5 Posizione di monopolio della cassa unica e relative conseguenze

L'istituzione di una cassa unica e sociale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conduce inevitabilmente a una situazione di monopolio da parte degli assicuratori con le seguenti conseguenze principali:

- gli assicurati non avranno più la possibilità, come avviene adesso, di cambiare assicuratore se non sono soddisfatti del modo in cui sono fornite le prestazioni o della qualità del servizio o se ritengono di essere trattati male a causa, per esempio, di una forte domanda di prestazioni;

⁵ Il volume totale delle prestazioni lorde e le spese amministrative degli assicuratori secondo la statistica 2004 dell'UFSP, nonché le sovvenzioni agli ospedali, calcolate sulla base dei dati dettagliati dell'UST per l'anno 2002 proiettati al 2004.

- in mancanza di concorrenza, una cassa unica è meno motivata a comportarsi in modo tale da contenere i costi. Data la situazione concorrenziale esistente tra casse malati diverse, queste sono maggiormente incentivate ad essere efficienti e hanno pertanto un atteggiamento più aperto nei confronti delle innovazioni che non una cassa malati unica;
- da un raffronto con l'estero, risulta che le situazioni di monopolio nell'assicurazione di base influenzano la ripartizione del finanziamento tra assicurazione di base e assicurazioni complementari. In tali sistemi, il bisogno di forme di approvvigionamento e di assicurazione al di fuori dell'assicurazione di base tende ad aumentare, mentre le strutture concorrenziali apportano una qualità e una disponibilità nelle prestazioni tali da rispondere molto meglio alle preferenze dei richiedenti le prestazioni.

3.1.6 La cassa unica quale strumento di contenimento dei costi?

Secondo le sue due esigenze principali, l'istituzione di una cassa unica da parte della Confederazione per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la fissazione dei premi in funzione della capacità economica degli assicurati, l'iniziativa non ha quale scopo prioritario il contenimento dei costi. Essa infatti non contiene alcun obbligo esplicito relativo a misure di contenimento dei costi.

Tuttavia, gli autori dell'iniziativa nell'argomentario proposto presentano la cassa unica come strumento indispensabile per contenere i costi; in primo luogo vengono menzionate le sue migliori possibilità di controllo, di analisi e di ripartizione dei costi. Questo argomento non può essere completamente respinto: se la cassa unica riuscisse a rilevare i dati concernenti le prestazioni e i costi e a renderne possibile l'analisi secondo uno schema uniforme per tutta la Svizzera, disporrebbe di una possibilità che oggi manca. Questa migliore possibilità di controllo non induce però necessariamente un contenimento dei costi limitando la quantità delle prestazioni che nel singolo caso non sono indicate dal profilo medico. Occorre piuttosto partire dal principio che in un sistema in cui i fornitori di prestazioni partecipano alla gestione, l'incentivo a limitare le prestazioni che nel singolo caso non sono indicate dal profilo medico e a migliorare il rapporto fra costi e prestazioni avrebbe soltanto un'importanza ridotta.

Secondo gli argomenti degli autori dell'iniziativa, la cassa unica potrà ridurre i costi amministrativi. Sono menzionati in particolare i costi pubblicitari e di mutazione degli assicuratori attuali. Certamente, con una cassa unica taluni costi amministrativi verrebbero soppressi o ridotti. Tuttavia, occorrerà prevedere costi di ristrutturazione considerevoli che influiranno sui conti per molti anni. Non è inoltre garantito che l'instaurazione di un istituto d'assicurazione in una situazione di monopolio permetta a quest'ultimo di lavorare in modo più efficiente che le casse malati attuali. Del resto, il numero delle casse malati che praticano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sotto la LAMal si è ridotto da 145 a 85. Per quanto riguarda i costi amministrativi, si osserva – in franchi per assicurato – dapprima una diminuzione da 133 franchi (1996) a 118 franchi (1999) poi un leggero aumento al livello del 1996 (133 franchi). Niente lascia supporre che la cassa malati unica sarebbe in grado di situarsi al di sotto di questo livello.

3.1.7 Consequenze nel settore delle tariffe

In un sistema con una cassa unica, le regole della concorrenza non sono più le stesse per quanto riguarda le tariffe: un grande numero di fornitori di prestazioni è confrontato con un solo assicuratore. L'assicuratore si trova così in situazione di monopolio e si trova pertanto di una posizione più forte nell'ambito dei negoziati tariffali rispetto a quanto accade quando vi sono più assicuratori. Questa posizione di monopolio, estranea alla struttura di partenariato del sistema sanitario svizzero, non garantisce affatto un miglior controllo dell'efficacia, della convenienza e dell'economicità delle prestazioni mediche e meno che mai un influsso più mirato sulla quantità di queste prestazioni.

3.1.8 Consequenze sulle riserve e gli accantonamenti

Come vantaggio supplementare della cassa unica, gli autori dell'iniziativa menzionano la possibilità di ridurre le riserve e gli accantonamenti «al minimo indispensabile», fatto che rappresenterebbe uno sgravio di almeno 1–2 miliardi di franchi. È vero che una cassa malati con 7 milioni di assicurati presenta un ventaglio di rischi più ampio rispetto a quanto avviene con le casse malati attuali e per questo motivo potrebbe disporre di un tasso di riserva inferiore. In tal modo, però, i costi non verrebbero contenuti dato che una riduzione delle riserve – 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 durante i primi anni. Per ridurre le riserve non è inoltre necessario lo strumento della cassa unica. Una diminuzione delle riserve minime può essere prevista anche nel sistema attuale con diverse casse malati. Una corrispondente modifica di ordinanza da parte del nostro Collegio è attualmente in preparazione. Peraltro occorre ricordare che una cassa unica ha parimenti bisogno di riserve sufficienti per far fronte a eventi straordinari, ad aumenti dei costi sottostimati o a perdite su investimenti. A questo proposito occorre chiedersi che cosa succede se le riserve non sono sufficienti per coprire i costi imprevisti. In un caso simile toccherebbe ai contribuenti sopprimere ai mezzi finanziari mancanti?

3.1.9 Consequenze per altri settori assicurativi

3.1.9.1 Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal

Il testo dell'iniziativa non si esprime sul destino dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera. Nel diritto vigente essa è, con l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, una delle componenti dell'assicurazione sociale malattie ed è disciplinata dalla LAMal. Ogni assicuratore autorizzato a esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuto per lo meno a esercitare anche l'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

L'iniziativa chiede unicamente che la cassa unica riprenda gli attivi e i passivi degli istituti d'assicurazione esistenti per quanto riguarda l'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Per principio, 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 d'assicurazione come casse malati ancora riconosciute. Il legislatore è tuttavia libero di disciplinare in modo nuovo l'assicurazione d'indennità giornaliera sociale. È però possibile immaginare ad esempio che la legge obblighi la cassa unica a esercitare anche l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

3.1.9.2 Settore dell'assicurazione complementare

Il testo dell'iniziativa non esclude che la cassa malati unica possa anche esercitare le assicurazioni complementari, benché questo non corrisponda alle intenzioni degli autori dell'iniziativa.

D'altra parte, l'iniziativa non rende impossibile il fatto che le casse malati riconosciute esistenti possano continuare a offrire assicurazioni complementari come assicuratori d'indennità giornaliera. Se queste casse malati intendono esercitare settori d'assicurazione complementare anche dopo la costituzione della cassa unica, questo dovrebbe per principio essere possibile sulla base del nuovo articolo costituzionale. Nel sistema esistente vi è un numero non trascurabile di casse malati, soprattutto quelle piccole, che presentano nel settore delle assicurazioni complementari una dimensione d'esercizio critica. La costituzione di una cassa unica avrebbe senza dubbio quale conseguenza che portafogli di piccole dimensioni o con effettivi composti da cattivi rischi dovrebbero essere trasferiti verso importanti attori del mercato dell'assicurazione complementare. Ne deriverebbe una concentrazione del mercato su pochi grossi offerenti. È pertanto poco probabile che le assicurazioni complementari continuino in gran parte a essere offerte dalle casse malati d'indennità giornaliera esistenti. Se il settore dell'assicurazione complementare fosse invece aperto alla cassa unica, ciò potrebbe portare a una concentrazione anche in questo settore.

Il destino dell'assicurazione d'indennità giornaliera e delle assicurazioni complementari dipende in gran parte dall'elaborazione di un disciplinamento da parte del legislatore, dato che mancano a tale proposito disposizioni esplicite nel testo dell'iniziativa e nell'argomentario degli autori dell'iniziativa.

3.1.10 Effetti della cassa unica sulla compensazione dei rischi

La compensazione dei rischi verrebbe soppressa. Tuttavia, ciò non avrebbe conseguenze degne di nota sul livello dei prezzi poiché le spese amministrative per assicurato, causate agli assicuratori e all'Istituto comune in relazione con la compensazione dei rischi, sono minime.

3.1.11 Bilancio

Secondo il nostro Collegio, un cambiamento fondamentale nell'esercizio dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie con il passaggio da una molteplicità di casse a una cassa unica non s'impone. Al contrario, pensiamo 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 vari assicuratori malattie vanta una lunga tradizione nel nostro Paese e ha dato buoni risultati nell'ambito della legge sull'assicurazione malattie. Con il libero passaggio integrale, la popolazione svizzera dispone di una libertà di scelta del proprio assicuratore senza restrizioni. Gli assicurati possono decidere se continuare ad assicurarsi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso la cassa a cui erano affiliati fino a quel momento o se affidarsi presso un altro assicuratore.

In tal modo gli elementi essenziali di concorrenza propri al sistema favoriscono anche gli incentivi volti a prendere misure per contenere i costi. L'eliminazione completa della concorrenza fra assicuratori con la conseguenza di una situazione di monopolio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresenta a nostro avviso un intervento dello Stato non necessario nella libertà d'azione e nella libertà contrattuale degli assicuratori malattie. Non si può imputare agli assicuratori malattie una distorsione del mercato.

Il nostro Collegio teme che i diversi interessi nella gestione provochino intense discussioni che ridurranno gli sforzi intesi a contenere i costi o a migliorare il rapporto costi/prestazioni nell'assicurazione malattie.

Siamo convinti che l'obiettivo perseguito, il contenimento dei costi, possa essere meglio raggiunto mediante incentivi economici a vantaggio di tutti gli attori coinvolti piuttosto che attraverso uno stretto controllo da parte di un unico assicuratore. Proponiamo pertanto, per influire sulla domanda, di continuare a lasciare agli assicurati la possibilità di assumere una maggiore responsabilità finanziaria o di ridurre la scelta dei fornitori di prestazioni e, per agire sull'offerta, di limitare il numero dei fornitori di prestazioni ammessi, sia mediante la pianificazione, sia introducendo la libertà di contrarre, che è un mezzo per favorire la concorrenza a livello delle tariffe e della qualità.

3.2 Finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

3.2.1 Tentativi di revisione precedenti

3.2.1.1 Revisioni della LAMal

La LAMal è fondata su un sistema di finanziamento con premi individuali per cassa malati e per regione. Le casse malati devono fissare premi più bassi per i bambini che per gli adulti a partire da 26 anni e possono farlo anche per i giovani adulti. Come correttivo sociale ai premi uniformi, i premi degli assicurati di condizione modesta vengono ridotti grazie ai sussidi della Confederazione e dei Cantoni.

Nella seconda revisione della LAMal le Camere hanno approvato il principio dell'obiettivo sociale realizzato mediante una riduzione dei premi differenziata e scaglionata. Per quanto riguarda le modalità d'applicazione, vi erano tuttavia importanti disaccordi. Nella sessione invernale 2003 il Consiglio nazionale ha respinto per la seconda volta il disegno nel suo complesso, facendo così fallire la seconda revisione della LAMal.

Considerati questi elementi e dato che siamo coscienti dell'onere crescente che pesa sugli assicurati e in particolare sulle famiglie a causa dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nel nostro messaggio del 26 maggio 2004 (FF 2004 3869) relativo alla riduzione dei premi abbiamo proposto un modello con un obiettivo sociale differenziato⁶, come quello che era stato elaborato dal Parlamento nell'ambito della seconda revisione della LAMal, ma che non venne adottato. Il legislatore non ha seguito questo modello e ha deciso, nella sessione primaverile 2005, che in futuro⁷ spetterà ai Cantoni ridurre almeno del 50 per cento i premi dei minorenni e dei giovani adulti in periodo di formazione i cui genitori dispongono di redditi bassi o medi (RU 2005 3587). Questa modifica entra in vigore il 1° gennaio 2006.

3.2.1.2 Interventi parlamentari

Mediante un postulato (03.3237) la CSSS-N ha invitato il nostro Collegio a riesaminare i criteri di attribuzione e di valutazione dei sussidi federali destinati all'assicurazione malattie e a formulare proposte nell'ambito della terza revisione della LAMal. Abbiamo accolto il postulato.

L'iniziativa cantonale del Cantone del Giura (02.305) che chiede una cassa malati unica e premi in funzione del reddito e l'iniziativa parlamentare Fehr (00.453) che chiede la soppressione dei premi per i bambini non hanno avuto seguito da parte del Consiglio degli Stati e del Consiglio nazionale e neppure da parte della CSSS-N.

La mozione Robbiani (00.3082), che chiedeva di dispensare dal pagamento dei premi i giovani sino all'inizio dell'attività lucrativa, al massimo però fino a 25 anni, è stata respinta su proposta del nostro Collegio.

La mozione Gysin (97.3255), che proponeva una riduzione generale dei premi dell'assicurazione malattie per bambini, adolescenti e giovani adulti, è stata trasformata in postulato su proposta del nostro Collegio.

3.2.1.3 Iniziative popolari

Il Consiglio federale e il Parlamento hanno raccomandato di respingere l'iniziativa «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» che chiedeva una riforma del sistema di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie in particolare con l'introduzione di premi dipendenti dal reddito e dalla sostanza. Nella votazione popolare del 18 maggio 2003, il Popolo e i Cantoni hanno chiaramente respinto l'iniziativa.

⁶ Il modello con un obiettivo sociale differenziato prevedeva un'attribuzione da parte dei Cantoni di riduzioni dei premi scaglionate alle famiglie e agli altri assicurati. I Cantoni avrebbero suddiviso questi due gruppi di persone in almeno quattro categorie di reddito e avrebbero dovuto accordare riduzioni di premi tali per cui la quota propria scaglionata delle famiglie ammontasse al massimo fra il 2 e il 10 % del reddito e la quota delle altre persone al massimo fra il 4 e il 12 %. I Cantoni avrebbero inoltre potuto fissare redditi massimi che danno diritto a una riduzione dei premi.

⁷ Per i Cantoni è previsto un termine transitorio. Hanno un anno di tempo per attuare il nuovo sistema di riduzione dei premi.

3.2.2

Premi in funzione della capacità economica degli assicurati

L'iniziativa, come il diritto vigente, sembra fondarsi sui premi degli assicurati come principale fonte di finanziamento dell'assicurazione malattie obbligatoria. Esplicitamente l'iniziativa esige unicamente che i premi siano riscossi in funzione della capacità economica degli assicurati, ma lascia aperta la questione su quale debba essere la base di definizione e di calcolo della capacità economica. Oltre al reddito, anche la sostanza è un importante indicatore della capacità economica. Non è chiaro neppure se, nella definizione della capacità economica, sia necessario considerare anche l'onere delle persone interessate, ossia se ad esempio debbano essere compresi gli oneri familiari. Dato che l'iniziativa prevede espressamente un finanziamento mediante i premi, dovrebbe essere istituito un sistema di riscossione dei premi interamente nuovo per adempiere il postulato di giustizia cui tende l'iniziativa.

Con l'elemento del finanziamento, l'iniziativa riprende nuovamente la principale rivendicazione dell'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili» (cfr. n. 3.2.1.3), che è stata chiaramente respinta nella votazione del 18 maggio 2003. Contrariamente all'iniziativa popolare di allora, l'articolo costituzionale proposto ora non contiene alcuna precisazione su elementi di finanziamento supplementari.

L'iniziativa lascia aperta anche la questione se i premi, come accade attualmente, debbano essere scaglionati secondo le differenze dei costi stabilite a livello cantonale o regionale. Realisticamente, si può presumere che una cassa malati unica con il finanziamento proposto porterà a una riduzione del numero delle regioni di premi esistenti oggi. In caso di accettazione dell'iniziativa la possibilità di stabilire premi solo per talune parti di una regione o per taluni Comuni, come è possibile nel diritto vigente e come è praticato in particolare nelle zone rurali e nelle regioni di montagna da parte delle casse che hanno soltanto un raggio d'attività limitato, sarebbe certamente soppressa.

Né nell'iniziativa né nelle argomentazioni dei suoi autori si trovano indicazioni sull'attuazione del finanziamento proposto dal punto di vista tecnico. Soltanto la capacità di distinguere i rapporti finanziari modificati e di adeguare in modo corrispondente i premi entro un termine ristretto causerà costi amministrativi notevoli. In numerosi casi, problemi in materia di protezione dei dati potrebbero impedire l'applicazione di procedure praticabili.

Il concetto di finanziamento proposto si oppone anche diametralmente alla strategia di finanziamento che il nostro Collegio e il Parlamento hanno sempre difeso e che comprende, da un lato, una componente di tecnica assicurativa inclusa la solidarietà fra i sessi, fra giovani e anziani e fra persone sane e malate e, dall'altro, un correttivo di politica sociale grazie alle riduzioni mirate dei premi. Fissando i premi in funzione della capacità economica degli assicurati, queste due componenti verrebbero combinate. In tal modo, anche la perequazione di politica sociale sarebbe finanziata dai mezzi finanziari provenienti dagli assicurati. Secondo il nostro parere, questa perequazione dovrebbe però continuare a essere compito dello Stato e, quindi, dovrebbe anche essere finanziata da quest'ultimo.

3.2.3

Conseguenze per la politica sociale

Il punto di partenza per valutare le conseguenze per la politica sociale è costituito dai principali meccanismi di ripartizione perseguiti dall'attuale sistema, ossia la solidarietà fra persone sane e malate, fra donne e uomini e fra giovani e anziani. I premi individuali pro capite hanno tuttavia quale conseguenza che non vi è solidarietà fra assicurati economicamente favoriti e assicurati economicamente deboli. I premi rappresentano pertanto un onere più rilevante per le persone e le famiglie con un reddito esiguo o medio che per le persone e le famiglie con un reddito e una sostanza elevati.

La LAMal tiene conto di questo problema assicurando un sostegno alle persone economicamente deboli, alle quali i premi vengono parzialmente o integralmente rimborsati. Inoltre, considerato il finanziamento progressivo della fiscalità, anche come contribuenti queste persone sono parzialmente o completamente sgravate in quanto il loro onere fiscale supplementare, in seguito alla riduzione dei premi e al finanziamento ospedaliero, viene ridotto o è addirittura nullo.

Stabilire i premi in funzione della capacità economica degli assicurati vorrebbe dire che gli obiettivi di politica sociale sarebbero una parte del sistema d'assicurazione in un senso più stretto. Così, l'intenzione del legislatore di separare nel modo più chiaro possibile i compiti attuariali e gli obiettivi di politica sociale verrebbe abbandonata. Lo scopo dell'attuale legge è di sviluppare gli incentivi atti a favorire quei comportamenti nel settore sanitario che consentono di concretizzare in priorità gli obiettivi di efficienza ed efficacia. La trasparenza nell'evoluzione dei costi nel settore sanitario non dovrebbe, se possibile, essere influenzata negativamente da interferenze dovute a misure di ripartizione. Come dimostrano le esperienze fatte con la LAMal, le aspirazioni di politica sociale possono essere adempiute al di fuori del sistema assicurativo vero e proprio mediante misure di compensazione, con il vantaggio di poter meglio prendere in considerazione le varie situazioni individuali e le diverse condizioni regionali rispetto a quanto avviene in un sistema uniforme esteso a tutta la Svizzera.

3.2.4

Conseguenze sulla partecipazione ai costi e sulla responsabilizzazione degli assicurati per quanto riguarda i costi

La questione della partecipazione degli assicurati ai costi non è menzionata nel testo dell'iniziativa ed è appena accennata nelle argomentazioni dei suoi autori. Il disciplinamento di tale questione viene dunque lasciato al legislatore. Anche in un sistema con cassa unica, una partecipazione degli assicurati ai costi è perfettamente immaginabile; tuttavia, se i premi sono finanziati secondo la capacità economica degli assicurati, sarà più difficile creare incentivi per concludere assicurazioni con franchigia a opzione, soprattutto per gli assicurati i cui premi saranno comunque più bassi.

Gli incentivi economici secondo il diritto vigente della LAMal nel sistema di finanziamento proposto non avrebbero inoltre gli stessi effetti sugli assicurati che hanno in un sistema di contributi individuali indipendenti dal reddito. Ciò vale in particolare per il rafforzamento della responsabilità propria degli assicurati: attualmente, oltre la metà degli assicurati adulti ha aderito a un modello d'assicurazione con una

franchigia più alta. La motivazione per concludere una simile assicurazione risiede nel ribasso del premio in funzione dell'importo della franchigia scelta. Nel sistema di finanziamento proposto non ci si può attendere che possano essere messe a punto franchigie opzionali più elevate attrattive per gli assicurati e nel contempo corrette dal profilo attuariale. Se le franchigie opzionali dovessero essere soppresse, i costi sostenuti attualmente in questo contesto dagli assicurati dovrebbero essere finanziati dall'assicurazione.

3.2.5 Contributi dei poteri pubblici

L'iniziativa lascia aperta anche la questione se i mezzi finanziari dei poteri pubblici già messi a disposizione e destinati a finanziare le prestazioni dell'approvvigionamento medico di base saranno disponibili anche in futuro. È evidente che una riduzione dei premi in un sistema di finanziamento mediante premi riscossi in funzione della capacità economica degli assicurati non ha più senso.

L'iniziativa non contiene alcuna indicazione su che cosa avverrà dei mezzi finanziari già messi a disposizione per la riduzione dei premi e per il finanziamento ospedaliero. Spetterà pertanto al legislatore decidere se e in che misura i poteri pubblici devono partecipare al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'entità della partecipazione dei poteri pubblici avrà ripercussioni anche sui premi.

Partendo dal volume attuale dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie pari a circa 19 miliardi di franchi all'anno, compresi i contributi dei poteri pubblici destinati alla riduzione individuale dei premi (circa 3 miliardi di franchi all'anno), l'istituzione di una cassa malati unica finanziata secondo il principio della capacità economica non produrrà probabilmente nell'insieme alcun effetto di sgravio dell'onere sostenuto dalla classe media. Realisticamente, un finanziamento secondo la capacità economica degli assicurati andrebbe soprattutto a carico della classe media. Nel migliore dei casi, si potrebbe raggiungere una ripartizione appropriata dell'onere dei premi tra la parte inferiore e quella superiore della classe media.

3.2.6 Bilancio

Per il nostro Collegio, non vi è motivo di scostarsi dal sistema di finanziamento attuale che prevede premi individuali uniformi per assicuratore e per regione e il correttivo di politica sociale della riduzione dei premi. Continuiamo sulla via del consolidamento e dell'ottimizzazione di questo sistema.

L'introduzione di premi in funzione della capacità economica degli assicurati e la soppressione dei premi individuali indipendenti dal reddito e dalla sostanza corrispondono all'istituzione di una nuova imposta sul reddito e la sostanza. Un progetto paragonabile su questo punto, l'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)», è stato nettamente respinto dal popolo svizzero nel maggio 2003.

L'attuazione del finanziamento proposto potrebbe causare costi notevoli a carico della cassa unica e degli altri organi amministrativi. In numerosi casi, problemi in

materia di protezione dei dati potrebbero impedire l'applicazione di procedure praticabili.

La netta distinzione attuale fra il finanziamento attuariale e i correttivi di politica sociale mediante la riduzione dei premi sarebbe soppressa. Il finanziamento attuale suscita un grande interesse in tutta Europa e soprattutto nei Paesi che prevedono un finanziamento dell'assicurazione malattie in funzione del reddito ed è considerata un modello cui ispirarsi per possibili revisioni. Per quanto il sistema vigente presenti ancora lacune, quest'ultime sono analizzate e colmate in permanenza. L'ultima volta è stato apportato un correttivo a favore delle famiglie con bambini con una situazione economica modesta o media. Detta modifica entra in vigore il 1° gennaio 2006. Il modello di finanziamento applicato ha dato buone prove e ha dimostrato di avere rapide facoltà di adattamento. Offre soprattutto numerose possibilità di incentivare gli assicurati e i fornitori di prestazioni ad adottare comportamenti per risparmiare sui costi. Il legislatore e, di conseguenza, gli assicuratori malattie hanno fatto uso delle forme particolari di assicurazione (franchigie opzionali, scelta limitata dei fornitori di prestazioni e bonus).

3.3 Disposizione transitoria

3.3.1 Inizio dell'attività della cassa unica

Secondo la disposizione transitoria la cassa unica diventerebbe operativa al più tardi tre anni dopo l'accettazione del nuovo articolo costituzionale e riprenderebbe sia attivi che passivi degli istituti assicurativi esistenti per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La stringatezza di questa norma costituzionale e l'assenza di precisazioni in relazione a importanti questioni accessorie conferirebbero un ampio margine di manovra – dal profilo delle conseguenze giuridiche e finanziarie – agli assicuratori attualmente sul mercato. A nostro avviso il termine di tre anni è di gran lunga insufficiente per una conversione radicale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In questo periodo occorrerebbe modificare o elaborare ex novo parti importanti della legge sull'assicurazione malattie vigente adeguando di conseguenza le relative ordinanze esecutive. Inoltre, sarebbe necessario istituire la cassa unica e le strutture che ne garantiscano l'operatività. I Cantoni dovrebbero adeguare le loro disposizioni esecutive. Di conseguenza non sarebbe possibile garantire a livello federale né cantonale che la cassa entri in esercizio nei tempi previsti.

3.3.2 Ripresa degli attivi e passivi

Secondo la disposizione transitoria la cassa unica riprenderebbe gli attivi e i passivi degli istituti assicurativi esistenti che esercitano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. A nostro avviso vi sarebbe il pericolo che nei tre anni che intercorrono fra l'accettazione dell'iniziativa e l'inizio dell'esercizio della cassa unica importanti quote di riserve e accantonamenti verrebbero sciolte e non figurebbero più al momento del passaggio. Gli assicuratori, dopo l'eventuale accettazione dell'iniziativa in occasione della votazione popolare, non avrebbero più interesse a conseguire un risultato positivo e potrebbero essere tentati di offrire premi bassi e di non eseguire più il controllo dei costi in modo efficace. L'autorità di vigilanza

avrebbe difficoltà a impedire un'evoluzione in questo senso e non sarebbe in grado di intensificare la vigilanza nel poco tempo a disposizione.

Non è da escludere che, al momento della ripresa degli attivi e passivi da parte della cassa unica, diversi assicuratori non disporrebbero delle riserve prescritte dalla legge. In questi casi la cassa unica dovrebbe intervenire per colmare gli ammanchi. Senza un finanziamento da parte dei poteri pubblici i premi subirebbero inevitabilmente un aumento.

La ripresa degli attivi e passivi degli istituti esistenti che esercitano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte della cassa unica potrebbe rivelarsi assai problematica dal profilo legale e condurre a lunghi procedimenti nei casi più controversi. In particolare, l'iniziativa non precisa se le casse malati debbano ottenere una contropartita per il trasferimento degli attivi e passivi. La formulazione proposta non esclude tale eventualità, che corrisponde peraltro a quanto previsto dal diritto in materia di espropriazione.

Se partono dal principio che il trasferimento degli attivi e passivi debba avvenire senza contropartita, gli autori dell'iniziativa si fondano sul presupposto che le casse malati non sono i proprietari effettivi della sostanza che gestiscono. Dal momento che le casse malati sono in gran parte persone giuridiche di diritto privato, una costruzione giuridica secondo cui il patrimonio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia da considerarsi un bene comune degli assicurati è inconcepibile. Gli attivi sono di proprietà delle attuali casse e l'obbligo di trasferimento alla cassa unica corrisponderebbe a un'espropriazione. Già attualmente, in caso di scioglimento la legge prevede che se il patrimonio e il numero di assicurati della cassa malati non sono trasferiti a un altro assicuratore, l'eventuale saldo attivo delle casse organizzate secondo il diritto privato è accreditato al fondo in caso d'insolvenza dell'istituzione comune (art. 13 cpv. 4 LAMal). Analogamente, gli assicuratori cui è ritirata l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione malattie solo per parti del loro raggio di attività territoriale devono cedere una parte delle loro riserve. Ciononostante, in caso di istituzione di una cassa unica occorrerebbe valutare nell'ambito delle disposizioni esecutive se un'estensione di tale analogia a tutti gli attivi e passivi dell'assicurazione malattie obbligatoria possa essere giustificata. Con ogni probabilità il trasferimento sarebbe assai problematico e la cassa malati unica inizierebbe la sua attività in condizioni finanziarie poco chiare. Inoltre, siccome gli attivi delle casse malati non sono ripartiti per comparti, occorrerebbe procedere a una chiara attribuzione degli attivi per le casse malati intenzionate a mantenere l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera o le assicurazioni complementari.

4 La questione del controprogetto

Nella fattispecie, non vediamo motivo di presentarvi un controprogetto o un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa (art. 97 cpv. 2 LParl.). Siamo piuttosto dell'idea che occorra consolidare e ottimizzare il sistema attuale nell'ambito della revisione della LAMal in corso. Rinunciamo pertanto a sottoporvi una proposta che riprenda in parte il contenuto dell'iniziativa.

Le richieste a favore di una cassa unica sono state più volte respinte a livello federale (cfr. n. 3.1.1.1) e il fatto di riprendere anche solo in parte una proposta in questo senso sarebbe in contraddizione con la posizione chiara del nostro Collegio e delle

vostre Camere di non voler modificare nella sostanza il sistema delle casse malati. A nostro modo di vedere, un controprogetto entrerebbe in linea di conto soltanto se – diversamente da quanto avviene nella prassi – ci si scostasse sistematicamente da questa strategia più volte confermata. Anche se ci siamo dichiarati disposti a esaminare nuovi criteri per la compensazione dei rischi fra le casse malati, riteniamo che un eventuale ampliamento dei criteri non debba costituire un'inversione di rotta verso una cassa unica.

Anche per quanto concerne un finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie con premi scaglionati in base alla capacità economica degli assicurati siamo dell'idea che, in considerazione del dibattito appena concluso su un aumento della riduzione dei premi con ulteriori sgravi a favore del ceto medio, sia poco opportuno presentare proposte che si avvicinino a quanto postulato dall'iniziativa.

Siamo pertanto contrari a un controprogetto all'iniziativa sia a livello costituzionale che di legge.

5 Conseguenze in caso di accettazione dell'iniziativa

5.1 Conseguenze finanziarie per la Confederazione, i Cantoni e i Comuni

Negli scorsi anni, i sussidi dei poteri pubblici per ridurre i premi delle casse malati non hanno cessato di aumentare. Nel 2004 il contributo della Confederazione ammontava a 2,0 miliardi di franchi e quelli dei Cantoni a 991, 9 milioni di franchi⁸, cui vanno aggiunti i sussidi ospedalieri pari a 7,6 miliardi di franchi⁹. Su un importo totale pari a circa 27,7 miliardi di franchi (cfr. nota 5) coperto dall'AOMS, i poteri pubblici prendono a carico circa il 38,3 per cento. Il testo dell'iniziativa non definisce se i fondi alimentati dai poteri pubblici debbano continuare a finanziare le prestazioni mediche ed essere adeguati agli aumenti dei costi.

5.2 Conseguenze per gli assicuratori

La sorte delle attuali casse malati è tutt'altro che chiara. Da un lato potrebbero continuare a sussistere in quanto casse malati, offrendo l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera e assicurazioni complementari. Sarebbe tuttavia anche ipotizzabile che la cassa unica utilizzi l'attuale infrastruttura per insediarsi in modo decentralizzato e per approfittare dell'esperienza e del personale disponibile. D'altro canto le 85 assicurazioni attualmente attive nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perderebbero la loro attività principale. In particolare le casse che non esercitano le assicurazioni complementari, se non modificheranno il loro scopo aprendosi a nuovi settori di attività, potranno offrire soltanto l'assicurazione indennità giornaliera secondo la LAMal. E quindi facilmente prevedibile che molti istituti esistenti saranno costretti a cessare la loro attività, con conseguenze negative sul settore delle PMI in molte parti della Svizzera.

⁸ UFSP, Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2004.

⁹ UFSP, Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2004; UFSP, Costi e finanziamento della salute 2002; Proiezioni UFSP sulla base dei dati dettagliati relativi al 2002.

In seguito allo scioglimento di detti istituti, una parte degli impiegati licenziati potrebbe rimanere esclusa dal mondo del lavoro ed essere obbligata a ricorrere alla cassa disoccupazione.

A dipendenza dell'applicazione della nuova disposizione costituzionale, le famiglie e le persone con redditi da modesti a medi beneficerebbero di uno sgravio mediante una riduzione dei premi. Di conseguenza avrebbero più mezzi a disposizione rispetto alla situazione attuale.

Per quanto concerne i costi cui gli assicuratori dovrebbero far fronte in caso di accettazione dell'iniziativa, occorre distinguere fra i costi di conversione e i futuri costi di gestione. In entrambi i casi i rispettivi valori dipendono dall'attuazione concreta dell'iniziativa e al momento non possono essere quantificati.

Anche se l'istituzione di una cassa unica e la conversione del sistema di finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentano una riforma radicale, si può supporre che, per il settore sanitario nel suo insieme, le conseguenze saranno meno importanti del cambiamento in quanto tale.

Va da sé che l'istituzione di una cassa unica comporterebbe una riorganizzazione radicale delle strutture organizzative e dei processi amministrativi, che si ripercuoterebbe su gran parte dei 9800¹⁰ impiegati della casse malati nel settore dell'assicurazione di base e in quello dell'assicurazione complementare.

6 Raffronto internazionale

Nei Paesi industrializzati esistono tre diversi tipi di sistemi sanitari: il servizio sanitario nazionale, il modello dell'assicurazione sociale e quello delle assicurazioni private. Esempi di Paesi con un modello di assicurazione sociale sono il Belgio, la Germania, la Francia, il Lussemburgo e i Paesi Bassi. Contrariamente a questi Paesi, in Svizzera l'assicurazione malattie non si basa prevalentemente sui contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori, bensì su contributi pro capite che, per le persone in condizioni modeste, sono compensati da riduzioni individuali.

Per quanto concerne l'esecuzione dell'assicurazione malattie, in tutti gli Stati europei con sistemi di assicurazione sociale sono in corso dibattiti sulla futura impostazione del sistema. Senza alcuna eccezione, nei Paesi con un sistema sanitario finanziato mediante le assicurazioni sociali vi è una pluralità di assicurazioni malattie.

Le esperienze dei Paesi limitrofi mostrano che la Svizzera è spesso considerata un caso di riferimento. La LAMal ad esempio funge da modello nell'ambito del dibattito sulla politica sanitaria in Germania, dove si discute sull'eventualità di passare a un finanziamento mediante premi pro capite che corrispondano ai costi medi della salute degli assicurati. Anche nei Paesi Bassi si prevede di riprendere alcuni elementi del nostro sistema.

¹⁰ UFSP Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, 2004.

L'articolo 2 del Trattato che istituisce la Comunità europea (CE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità è disciplinata nell'articolo 39 del Trattato CE. Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come iscritto nell'articolo 42 del Trattato CE. Il diritto comunitario non persegue un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale: gli Stati membri possono continuare a determinare l'impostazione, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei propri sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale è disciplinato dal regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e dal regolamento n. 574/72 che stabilisce le relative modalità di applicazione (RS 0.831.109.268.1 e RS 0.831.109.268.11). Dal 1° giugno 2002, data dell'entrata in vigore dell'accordo sulla libera circolazione delle persone concluso tra la Svizzera e l'Unione europea (RS 0.142.112.681), la Svizzera partecipa al sistema di coordinamento multilaterale. Questo sistema può funzionare solo se tutte le Parti contraenti applicano le stesse regole.

La Carta Sociale Europea del 18 ottobre 1961 è, per quanto riguarda i diritti economici e sociali, il complemento alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. L'articolo 12 sancisce il diritto alla sicurezza sociale. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma il Parlamento ne ha respinto la ratifica nel 1987 cosicché essa non è vincolante per il nostro Paese.

La Carta Sociale Europea (riveduta) del 3 maggio 1996 aggiorna e adatta il contenuto materiale della Carta del 1961. Costituisce un accordo distinto dalla Carta Sociale Europea del 1961 che non abroga. Il diritto alla sicurezza sociale figura ugualmente nell'articolo 12. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il 16 settembre 1977 la Svizzera ha ratificato il Codice Europeo di Sicurezza sociale del 16 aprile 1964 (RU 1978 1491). Tuttavia, il nostro Paese non ha accettato la parte II sulle cure mediche. Ogni Stato che voglia adempiere gli obblighi derivanti dalla parte II del Codice è tenuto a garantire la somministrazione di prestazioni alle persone assistite in ogni stato morboso per qualunque causa, come pure in caso di gravidanza. Il beneficiario delle prestazioni può essere obbligato a partecipare ai costi delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni dovute può essere limitata a 26 settimane nei singoli casi. Per quanto concerne l'organizzazione del sistema delle assicurazioni sociali l'ordinamento europeo prevede che, se 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 previste; la legislazione nazionale può anche prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro o delle autorità pubbliche (art. 71).

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 è anch'esso un accordo distinto dal Codice Europeo di Sicurezza sociale e non lo abroga. Il Codice (riveduto) amplia le norme del Codice Europeo di Sicurezza sociale, segnatamente estendendo il campo d'applicazione personale, garantendo nuove prestazioni e aumentando l'importo per le prestazioni in natura. Parallelamente introduce una maggiore flessibilità: le condizioni di ratifica, infatti, sono facilitate e le norme sono formulate in modo tale da prendere in considerazione nel miglior modo possibile i disciplinamenti nazionali. Il Codice (riveduto) non è ancora stato ratificato da nessuno Stato e, quindi, non è ancora entrato in vigore.

7.3 Compatibilità con il diritto europeo

L'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale» è compatibile con il diritto europeo.

8 Conclusioni

Riassumendo giungiamo alla conclusione che la soppressione della pluralità delle assicurazioni malattie e l'istituzione di un sistema di finanziamento fondato su premi graduati in base alla capacità economica degli assicurati siano contrari alle finalità che ci eravamo prefissati al momento in cui abbiamo ideato l'assicurazione sociale malattie. Il fatto che gli scopi definiti dalla LAMal non siano ancora stati completamente raggiunti non può essere attribuito a una distorsione del mercato degli assicuratori: il problema relativo agli elementi necessari per migliorare le condizioni di concorrenzialità del sistema sanitario – la libertà contrattuale, il finanziamento ospedaliero – non può essere risolto a livello dalle casse. I progetti di revisione sono attualmente oggetto di dibattito parlamentare.

Con il libero passaggio integrale la popolazione svizzera ha piena libertà nella scelta dell'assicuratore. Gli assicurati possono decidere se mantenere l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso l'assicuratore attuale oppure cambiare cassa. Il sistema presenta pertanto le caratteristiche della libera concorrenza e incentiva gli attori ad adottare provvedimenti volti a contenere i costi. La soppressione totale della concorrenza fra gli assicuratori e la conseguente situazione di monopolio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie costituirebbe un'ingerenza non necessaria nella libertà contrattuale e nella libertà d'azione degli assicuratori malattie.

Soprattutto per quanto concerne l'evoluzione dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il sistema proposto non costituisce alcun nuovo incentivo per un atteggiamento parsimonioso da parte degli interessati. Siamo piuttosto dell'idea che occorra proseguire sulla via del consolidamento intrapresa, al fine di stimolare in modo efficace l'istituzione di un sistema sanitario efficiente dal profilo dei costi. Ci attendiamo inoltre nuovi incentivi di risparmio mediante un esame delle prestazioni coperte dall'AOMS, un'estensione a particolari forme di assicurazione con una maggiore partecipazione ai costi e offerte nell'ambito dei modelli Managed Care nonché la libertà contrattuale e il finanziamento ospedaliero.

Con il sistema di finanziamento proposto dall'iniziativa non sarebbe più possibile offrire delle forme di assicurazione attrattive con incentivi di risparmio mediante

riduzioni dei prezzi. Se non vi fosse più concorrenza fra gli assicuratori, verrebbero meno anche gli stimoli a offrire nuovi prodotti assicurativi. Il nostro Collegio e le Camere, come pure il Popolo e i Cantoni, hanno sempre respinto le proposte di finanziamento sulla base della capacità economica degli assicurati. A tale proposito rinviemo al chiaro risultato della votazione popolare del 18 maggio in merito all'iniziativa «La salute a prezzi accessibili (iniziativa sulla salute)».

L'esecuzione del finanziamento proposto lascia aperte non poche questioni. Il solo fatto di rilevare i cambiamenti della situazione finanziaria degli assicuratori che influiscono sui premi e di procedere ai necessari adeguamenti in tempo utile comporterebbe un onere considerevole per la cassa unica. In molti casi, i problemi legati alla protezione dei dati renderebbero difficile l'adozione di procedure praticabili.

Siamo consapevoli del fatto che l'attuale sistema dei premi pro capite comporta un forte onere finanziario per numerosi assicurati, soprattutto del ceto medio. Nell'ambito nella normativa sulla riduzione dei premi abbiamo pertanto proposto la realizzazione di un obiettivo sociale. Le vostre Camere hanno successivamente deciso che i Cantoni riducano di almeno il 50 per cento i premi dei bambini e dei giovani adulti nelle fasce di reddito medie e basse.

Anche se non perseguiamo forzatamente il mantenimento della struttura attuale per quanto concerne la pluralità degli assicuratori malattie, siamo dell'idea che un cambiamento brusco di sistema a favore di un assicuratore unico non costituisca la soluzione ai pressanti problemi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Dal 1996 a oggi il numero di casse malati che eseguono l'assicurazione malattie è passato da 145 a 85 e tende a diminuire ulteriormente.

Sulla scorta dei motivi sovraesposti respingiamo la proposta di introdurre una cassa unica e di riformare il sistema di finanziamento nell'assicurazione sociale malattie.

Rinunciamo inoltre a presentarvi un controprogetto o un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa (art. 97 cpv. 2 LParl.). Essendoci sempre espressi a favore di un consolidamento e di un'ottimizzazione del sistema attuale, non condividiamo le finalità dell'iniziativa. Siamo dell'idea che qualsiasi cambiamento verso il sistema proposto non sia adeguato né efficace. Non vediamo pertanto alcun motivo di sottoporvi un controprogetto che riprenda in parte le richieste dell'iniziativa.