

13.080

**Messaggio  
concernente la modifica della legge federale  
sull'assicurazione malattie**

**(Compensazione dei rischi. Separazione tra assicurazione di base e  
assicurazione complementare)**

del 20 settembre 2013

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie concernente la compensazione dei rischi e la separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare.

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

20 settembre 2013

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Ueli Maurer

La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

---

## Compendio

*Il presente disegno prevede di recepire la compensazione dei rischi in via definitiva nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), affinandone alcuni elementi al fine di diminuire nettamente l'incentivo per i singoli assicuratori a operare una selezione dei rischi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre prevede di separare l'assicurazione complementare dall'assicurazione sociale contro le malattie, che raggruppa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera e che è conosciuta come assicurazione di base: in futuro le due forme assicurative dovranno predisporre barriere informative tra le società che si occupano dell'assicurazione sociale contro le malattie e le altre società affiliate al gruppo. Tale provvedimento serve ad arginare la selezione dei rischi oltre che a migliorare la trasparenza.*

### *Situazione iniziale*

*L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene espletata attualmente da 61 assicuratori in un sistema orientato alla concorrenza. Si basa sul principio della solidarietà ed è finanziata dal premio unico. Gli assicuratori hanno interesse ad assicurare il più possibile «buoni» rischi e tendono quindi ad operare una selezione dei rischi. La compensazione dei rischi provvisoria nella forma attuale non riesce ad arginare sufficientemente questo fenomeno.*

*Un'ulteriore lacuna del sistema attuale consiste nella trasparenza limitata di quelle casse malati che gestiscono l'assicurazione sociale malattie e l'assicurazione complementare nella stessa società. La trasparenza limitata riguarda, da un lato, gli aspetti finanziari, dall'altro la problematica della protezione dei dati. Nonostante le disposizioni legali vigenti in materia di protezione dei dati, non si può infatti escludere uno scambio di dati tra i due settori assicurativi.*

*Con le modifiche proposte il Consiglio federale intende attuare gli adattamenti necessari all'interno del sistema dell'assicurazione malattie, al fine di ottimizzarlo.*

### *Contenuto del disegno*

*Il recepimento definitivo e l'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi all'interno della LAMal dovrebbero ridurre al minimo l'incentivo alla selezione dei rischi per i singoli assicuratori operanti nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.*

*Inoltre, l'assicurazione sociale contro le malattie – che comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera e che è conosciuta anche come assicurazione di base – dovrà essere separata dall'assicurazione complementare, nel senso che in futuro le due forme assicurative dovranno essere esercitate da società (entità giuridiche) diverse e che all'interno di un gruppo verranno predisposte barriere informative tra la società*

---

*che esercita l'assicurazione sociale contro le malattie e le altre società dello stesso gruppo. Anche questa misura mira a ridurre la selezione dei rischi oltre che a incrementare la trasparenza.*

*Con l'introduzione di misure volte a contrastare la selezione dei rischi si intende mantenere la concorrenza tra gli assicuratori voluta dal legislatore. Il fattore della concorrenzialità produrrà così i suoi effetti prevalentemente nel senso auspicato in origine dal legislatore, ovvero nella qualità dell'offerta assicurativa, dei servizi e del controllo dei costi.*

# Messaggio

## **1**                      **Punti essenziali del progetto**

### **1.1**                    **Situazione iniziale**

#### **1.1.1**                **Normativa vigente**

##### **Compensazione dei rischi**

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si basa 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 (art. 61 della legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie, LAMal). Il premio unico instaura il rapporto di solidarietà tra la persona sana e quella malata, in cui la persona sana paga per quella malata. Questo premio non corrisponde tuttavia al rischio effettivo, ossia al rischio che una persona assicurata rappresenti per l'assicuratore se si ammala e causa costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Di conseguenza, gli assicuratori sono incentivati a selezionare i rischi. Ciò significa che cercano miratamente di stipulare contratti d'assicurazione con persone sane, i cosiddetti rischi «buoni», e di rendere l'affiliazione più difficile a quelle ammalate, i cosiddetti rischi «cattivi», nonostante l'obbligo di cui all'articolo 4 LAMal, oppure cercano di indurre questi ultimi a interrompere il rapporto assicurativo.

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<sup>2</sup> concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione dell'assicurazione malattie, entrato in vigore il 1° gennaio 1993, ed è stata recepita nel diritto ordinario nel 1996 con l'entrata in vigore 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). Con il presente disegno proponiamo di recepire tale normativa senza limitazioni temporali nella LAMal.

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 o più alto rischio di malattia. In particolare, mira a compensare finanziariamente le differenze nella struttura del portafoglio dell'assicurazione, 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 di compensazione applicati riescono a pronosticare i costi individuali degli assicurati. La compensazione dei rischi attualmente in vigore tiene conto di fattori quali età e sesso, nonché, dal

<sup>1</sup> RS **832.10**

<sup>2</sup> RU **1991** 2607

1° gennaio 2012, del rischio di malattia elevato indicato da un ricovero in un ospedale o in una casa di cura superiore a tre giorni avvenuto nel corso dell'anno precedente. Esistono tuttavia altri rischi, soprattutto nel settore ambulatoriale, che questi criteri non includono.

### **Assicurazione di base e complementare**

L'assicurazione sociale malattie, che comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera e che è conosciuta come assicurazione di base, è, come dice il nome stesso, un'assicurazione sociale. Al contrario, le assicurazioni complementari sono assicurazioni private. L'assicurazione sociale malattie può attualmente essere proposta dalle casse malati ma anche dalle imprese di assicurazione private ai sensi della legge del 17 dicembre 2004<sup>3</sup> sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) titolari di un'autorizzazione rilasciata dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) (art. 11, 12 e 68 LAMal). Le imprese di assicurazione private non hanno tuttavia finora mai sfruttato questa possibilità. Viceversa, le casse malati possono oggi offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie, assicurazioni di altro genere, come l'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della legge federale del 20 marzo 1981<sup>4</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), o le assicurazioni complementari ai sensi della legge del 2 aprile 1908<sup>5</sup> sul contratto d'assicurazione (LCA). Attualmente 3 casse malati offrono l'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF e 16 casse malati offrono l'assicurazione di base e quella complementare nella stessa società (entità giuridica).

#### **1.1.2 Problemi attuali**

Alcune analisi sulla ripartizione dei costi nell'assicurazione sociale malattie hanno evidenziato che circa il 40 per cento della popolazione non genera costi imputabili all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, mentre il 10 per cento circa ne causa quasi il 70 per cento. Dato che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, come spiegato sopra, si basa sul principio della solidarietà ed è finanziata tramite il premio unico, gli assicuratori hanno interesse ad assicurare soprattutto i rischi «buoni» e, a tale scopo, sono incentivati ad effettuare una selezione dei rischi. Ciò significa che cercano miratamente di stipulare contratti assicurativi con persone sane, i cosiddetti rischi «buoni», e di rendere l'affiliazione più difficile a quelle ammalate, i cosiddetti rischi «cattivi», nonostante l'obbligo di cui all'articolo 4 LAMal, o cercano di indurre questi ultimi a interrompere il rapporto assicurativo.

La selezione dei rischi può assumere forme diverse. Uno studio di Baumgartner/Busato<sup>6</sup> mostra differenze chiare e in parte significative nel comportamento degli assicuratori in risposta alle richieste di offerte a seconda che a presentare la richiesta sia un rischio «buono» o uno «cattivo». Ad esempio, il tempo di attesa prima di dare una risposta a una richiesta di offerta presentata per un rischio «catti-

<sup>3</sup> RS 961.01

<sup>4</sup> RS 832.20

<sup>5</sup> RS 221.229.1

<sup>6</sup> Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung - eine empirische Untersuchung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2011

vo» è più lungo rispetto a quello di 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. Anche tramite i servizi di confronto si effettua la selezione del rischio, dato che talvolta vengono presentate offerte non complete e non obiettive, nel senso che per determinate persone alcune offerte risultano non ordinabili o addirittura non visualizzabili.

Poiché la normativa attuale non riesce ad arginare sufficientemente questo fenomeno, è necessario affinare la compensazione dei rischi.

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 non si può infatti escludere un travaso di risorse dall'assicurazione sociale malattie a quella complementare, il cosiddetto sovvenzionamento incrociato, benché la legge non lo ammetta. In particolare è possibile procedere allo scambio di investimenti di capitale non distinti in modo univoco oppure attribuire in modo non corretto i proventi di tali investimenti rispettivamente all'assicurazione di base o a quella complementare, dato che le disposizioni legali obbligano gli assicuratori a istituire depositi separati soltanto per il patrimonio vincolato, non invece per quello non vincolato. Un sovvenzionamento incrociato può parimenti verificarsi anche in caso di fallimento di un assicuratore malattie che esercita l'assicurazione di base e quella complementare nella medesima società, dato che egli può dichiarare il fallimento soltanto in quanto entità giuridica unica, nonostante i due settori assicurativi dispongano di riserve distinte. Tale pericolo esiste infine anche nell'ambito dei costi amministrativi non attribuibili in modo univoco.

D'altro canto, in questi ambiti si osserva almeno in parte un problema legato alla protezione dei dati. I dati sulla salute sono dati personali particolarmente sensibili e degni di protezione che non possono essere trasmessi ad altri comparti del medesimo gruppo assicurativo. Non si può però oggi escludere uno scambio di informazioni. Anche lo scambio di dati incentiva la selezione dei rischi, nel senso che può favorire l'abuso dei dati e delle informazioni concernenti l'assicurazione sociale malattie nell'interesse dell'assicurazione complementare. Sono pertanto necessarie regole concrete applicate nel contesto di una «barriera informativa» affinché il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati possa essere verificato. Inoltre, le società che gestiscono l'assicurazione di base e quella complementare nella stessa entità giuridica dispongono di una sicurezza finanziaria più 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 sociale malattie e le assicurazioni complementari è opportuna anche per quanto riguarda le attività di sorveglianza e le chiare competenze che ne conseguono.

### 1.1.3 Mandato

Sulla base delle motivazioni sopra elencate il nostro Consiglio ha riconosciuto la necessità di intervenire. Abbiamo quindi deciso di elaborare un controprogetto indiretto all'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» e di mandarlo in consultazione al fine di migliorare in maniera mirata le debolezze del sistema, senza intraprendere il radicale cambiamento di rotta chiesto dall'iniziativa popolare.

Una volta stilato il controprogetto indiretto, il 27 febbraio 2013 è stata aperta la relativa consultazione, durata fino al 3 giugno 2013. Dai risultati della procedura di consultazione è emerso che un'ampia maggioranza da un lato sostiene l'introduzione di misure che contrastano la selezione dei rischi e dall'altro auspica una votazione rapida sull'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica». Una votazione in tempi brevi sull'iniziativa, che il nostro Consiglio raccomanda di respingere, permetterebbe verosimilmente di accantonare il tema della cassa unica perché il Popolo ha già respinto diverse volte proposte simili. Per informazioni sulla consultazione si rimanda al numero 1.3.2.

A dicembre 2012 sono state depositate cinque mozioni parlamentari con le medesime richieste intitolate *Sottoporre rapidamente al voto popolare l'iniziativa «per una cassa malati pubblica» senza controprogetto*<sup>7</sup>. Una mozione è stata depositata nel Consiglio degli Stati, le altre nel Consiglio nazionale. Nonostante il nostro Consiglio le abbia respinte, le mozioni sono state accolte da entrambe le Camere federali nelle sessioni primaverile ed estiva 2013.

Tenendo conto dei chiari risultati emersi sia in Parlamento sia dalla consultazione, abbiamo deciso di rinunciare a un controprogetto indiretto e di proporre al Parlamento un disegno autonomo per la modifica della LAMal. Con ciò proponiamo una revisione importante e da tempo necessaria della LAMal per eliminare l'incentivo alla selezione dei rischi, un aspetto negativo dell'attuale sistema di assicurazione sociale malattie non voluto dal legislatore.

Siamo consapevoli del fatto che le commissioni incaricate dell'esame preliminare hanno già dato seguito a due iniziative parlamentari che chiedono un affinamento ulteriore della compensazione dei rischi. Entrambe le iniziative si differenziano tuttavia sia dalla nostra proposta sia l'una dall'altra: l'iniziativa 11.473 intende continuare a limitare nel tempo la compensazione del rischio, mentre l'iniziativa 12.446 chiede che non venga stabilito a livello di legge nessun criterio di morbilità, neanche il periodo di degenza «in un ospedale o in una casa di cura». Su entrambe le iniziative parlamentari riportiamo maggiori dettagli al numero 1.4.2.

Il testo di legge posto in consultazione nel quadro del controprogetto all'iniziativa popolare relativo all'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi è fondamentalmente identico a quello presentato dal Parlamento nell'ambito delle deliberazioni parlamentari sul progetto «Managed Care» (04.062) e accolto da entrambe le Camere. Il testo di legge è stato accolto con favore praticamente da tutti i partecipanti alla procedura di consultazione. Al fine di introdurre il più velocemente possibile la compensazione dei rischi affinata e tenendo conto del desiderio generale di rinunciare a un controprogetto all'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica», il nostro Consiglio ha deciso di licenziare una revisione di legge che contenga la

<sup>7</sup> 12.4123 Mozione de Courten Thomas del 12 dicembre 2012, 12.4157 Mozione Humbel Ruth e 12.4164 Mozione Cassis Ignazio del 13 dicembre 2012, inoltre 12.4277 Mozione Schwaller Urs e 12.4207 Motion Hess Lorenz del 14 dicembre 2012.

normativa accolta con favore dai partecipanti alla consultazione e dal Parlamento e che miri ad affinare ulteriormente la compensazione dei rischi. Come previsto in consultazione, la compensazione dei rischi deve essere recepita in via definitiva. Per ridurre ulteriormente l'incentivo alla selezione dei rischi il progetto contiene anche la separazione istituzionale dell'assicurazione sociale malattie e dell'assicurazione complementare, in concomitanza con l'introduzione di barriere informative, un altro aspetto che è stato accolto positivamente dalla metà di coloro che in consultazione si sono pronunciati su questo punto.

## **1.2 La normativa proposta**

### **1.2.1 Recepimento definitivo e affinamento della compensazione dei rischi**

Già da tempo il Parlamento si impegna affinché la compensazione dei rischi, finora limitata a cinque anni e disciplinata nelle disposizioni transitorie della LAMa<sup>8</sup>, venga recepita in via definitiva all'interno di tale legge e venga affinata ulteriormente tramite l'introduzione di criteri appropriati che indichino il rischio di malattia elevato di un determinato assicurato. Un affinamento doveva essere introdotto già nell'ambito del progetto «Managed Care» (04.062), che però è stato respinto nella votazione popolare del 17 giugno 2012<sup>9</sup> con la conseguenza che non sono state adottate nemmeno le basi legali per l'affinamento della compensazione dei rischi. In seguito, con le iniziative parlamentari 11.473 del Gruppo socialdemocratico e 12.446 del Gruppo liberale radicale è stato chiesto un affinamento della compensazione dei rischi. Nel concreto le iniziative chiedono di integrare nel sistema di compensazione dei rischi criteri adeguati che delineino la morbilità dell'assicurato. L'affinamento della compensazione dei rischi viene chiesto anche dalla mozione 12.3815 del gruppo verde liberale.

Con l'affinamento della compensazione dei rischi proponiamo di prevedere altri criteri, oltre alla degenza in un ospedale o in una casa di cura, che indichino un rischio di malattia elevato. Tali indicatori dovranno essere stabiliti a livello di ordinanza. Ad esempio, le malattie croniche vengono spesso curate con farmaci specifici. I dati farmaceutici o i costi dei medicinali dovrebbero quindi essere utilizzati come indicatori aggiuntivi di una malattia cronica e dovrebbero essere inclusi all'interno della compensazione dei rischi. Insieme al criterio della degenza ospedaliera nel corso dell'anno precedente, con il gruppo dei costi farmaceutici verrà coperto sia l'ambito ambulatoriale, sia quello stazionario.

Con questa misura la selezione dei rischi può essere impedita in maniera efficace e la concorrenza nei confronti degli assicurati può tornare ad espletare i suoi effetti nel senso auspicato dal legislatore, ovvero nella qualità dell'offerta assicurativa, nei servizi e nel controllo dei costi, cioè nei principi fondanti dell'assicurazione sociale malattie in Svizzera, che intende garantire solidarietà tra persone malate e persone sane, nonché un'assistenza sanitaria efficiente e qualitativamente elevata.

<sup>8</sup> Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi).

<sup>9</sup> FF 2012 6865

## **1.2.2 Separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare**

Data la problematica illustrata al numero 1.1.2 il presente progetto prevede che l'assicurazione sociale malattie e l'assicurazione complementare non potranno essere gestite da un'unica entità giuridica. I gruppi che comprendono anche una società che offre l'assicurazione sociale malattie devono garantire tramite «barriere informative» che tra gli assicuratori malattie e le altre società del gruppo non vi sia alcuno scambio dei dati degli affiliati. Gli assicuratori devono tenere banche dati separate per il conteggio delle prestazioni dell'assicurazione di base e dell'assicurazione complementare. Inoltre il medico di fiducia che decide in merito alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non può essere lo stesso che decide in merito alle prestazioni dell'assicurazione complementare. Strutture come la logistica o altri servizi centrali possono e devono essere utilizzate in comune nell'ambito di sinergie per evitare costi amministrativi troppo elevati.

## **1.3 Motivazione e valutazione della soluzione proposta**

### **1.3.1 Motivazione**

Il sistema di assicurazione malattia attualmente vigente presenta lacune in quanto non è in grado di arginare in maniera sufficiente l'incentivo alla selezione dei rischi. Intendiamo invertire questa tendenza con disposizioni legislative esplicite. A tal fine la compensazione dei rischi, che finora era limitata nel tempo e disciplinata all'interno delle disposizioni transitorie, deve essere recepita nella legge e ulteriormente affinata. Una separazione disposta per legge di assicurazione sociale malattie e assicurazione complementare garantisce maggiore trasparenza in entrambi i campi assicurativi e previene, appunto, la selezione dei rischi.

### **1.3.2 Risultati della consultazione**

Il 27 febbraio 2013 il nostro Consiglio ha aperto la consultazione sull'avamprogetto del controprogetto indiretto all'iniziativa popolare, durata fino al 3 giugno 2013. Il controprogetto prevedeva in particolare l'integrazione e l'affinamento della compensazione dei rischi nonché la separazione di assicurazione di base e assicurazione complementare. Oltre a ciò si proponeva anche di introdurre una riassicurazione obbligatoria per costi molto elevati. L'ultimo punto è stato respinto dalla maggior parte dei partecipanti durante la consultazione. Dato che, fatta salva la riassicurazione aggiuntiva, il contenuto è identico, i risultati della procedura di consultazione del controprogetto possono essere utilizzati per il presente disegno.

Sono stati invitati ad esprimere il proprio parere i governi cantonali, le conferenze delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, delle finanze e delle opere sociali e la Conferenza dei governi cantonali. Sono stati invitati ad esprimersi anche i partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale, le associazioni mantello nazionali dei comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali e organizzazioni dell'economia, nonché le varie organizzazioni del settore della salute che rappresentano, fra l'altro, i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e i pazienti. In tutto sono state chiamate a pronunciarsi 197 autorità e organizzazioni interessate.

Sono pervenuti 111 pareri. Hanno preso parte alla consultazione tutti i Cantoni e sette partiti politici federali. Da parte dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni del settore della salute sono pervenuti 43 pareri, mentre tra gli assicuratori e le loro associazioni si sono espressi in sei. Tra le associazioni rimanenti ci sono state 23 prese di posizione.

Dei 111 pareri pervenuti, 28 sostengono il controprogetto; la metà di questi sono fornitori di prestazioni e organizzazioni del settore della salute. Gli altri partecipanti non sostengono il controprogetto oppure lo respingono, pur riconoscendo una necessità d'intervento alla base che consenta di ottimizzare l'incentivo sbagliato del sistema, in particolare nel campo della selezione dei rischi. Il recepimento legislativo definitivo della compensazione dei rischi e il suo affinamento è ritenuto necessario e dal punto di vista contenutistico incontra il favore quasi di tutti. Tuttavia la maggioranza degli interpellati ritiene che dovrebbe essere introdotto mediante procedimento legislativo ordinario e non mediante un controprogetto nell'ambito della discussione sulla cassa pubblica.

La proposta di separare l'assicurazione di base e quella complementare è stata sostenuta da circa la metà di coloro che hanno espresso il proprio parere in merito.

Per i dettagli relativi alle risposte della procedura di consultazione rimandiamo al rapporto sui risultati della consultazione<sup>10</sup>.

## **1.4 Rapporto tra il disegno e altre modifiche di legge in discussione**

### **1.4.1 Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal)**

Il disegno di legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (12.027), che il nostro Consiglio ha trasmesso al Parlamento il 15 febbraio 2012, contiene misure per rafforzare la vigilanza dell'attuale sistema di assicurazione malattie e miglioramenti nel campo della sicurezza finanziaria e della gestione d'impresa degli assicuratori malattie, ma non prevede modifiche del sistema e quindi neanche una separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare. Tale separazione contribuirebbe tuttavia a semplificare la vigilanza nei confronti di entrambi i settori assicurativi. Il disegno è attualmente all'esame della Commissione della seconda Camera.

Dato che la tematica del disegno di legge si riferisce anche alla vigilanza sull'assicurazione malattie, i progetti legislativi che puntano all'affinamento della compensazione dei rischi e alla separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare potranno essere integrati nella LVAMal, con gli adeguamenti eventualmente necessari, non appena questa sarà stata adottata.

<sup>10</sup> [www.admin.ch](http://www.admin.ch) > Diritto federale > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione concluse > 2013 > Dipartimento federale dell'interno

## 1.4.2 Iniziative e interventi parlamentari

Le iniziative parlamentari «Compensazione dei rischi» del Gruppo socialdemocratico del 21 settembre 2011 (11.473n) e «Introdurre rapidamente una compensazione dei rischi efficace» del Gruppo liberale radicale del 14 giugno 2012 (12.446n) sono state presentate perché si temeva che l'integrazione della compensazione dei rischi nella LAMal e l'affinamento della stessa come parte del progetto «Managed Care» non avrebbero superato la votazione popolare. I progetti corrispondono dal punto di vista materiale al presente disegno in quanto chiedono un affinamento della compensazione dei rischi tramite l'introduzione di altri indicatori di morbilità. Un affinamento della compensazione dei rischi viene chiesto parimenti dalla mozione «Migliorare la compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie con l'introduzione di fattori di morbilità» del Gruppo verde liberale, depositata il 26 settembre 2012 (12.3815).

## 1.5 Rapporto con il diritto europeo

### 1.5.1 Normativa dell'Unione europea

Ai sensi dell'articolo 3 paragrafo 3 secondo comma del Trattato sull'Unione europea<sup>11</sup> l'Unione si prefigge di promuovere la giustizia e la protezione sociali. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)<sup>12</sup>. Il principio della libera circolazione richiede un coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, come previsto all'articolo 48 TFUE. Il diritto dell'Unione non prevede l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati membri conservano la facoltà di determinare l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale è attuato dal regolamento (CE) n. 883/2004<sup>13</sup> nonché dal relativo regolamento di applicazione (CE) n. 987/2009<sup>14</sup>. Dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione Svizzera-UE<sup>15</sup> il 1° giugno 2002 la Svizzera è parte del sistema di coordinamento multilaterale.

<sup>11</sup> GU C 326 del 26.10.2012, pag. 13.

<sup>12</sup> GU C 326 del 26.10.2012, pag. 47.

<sup>13</sup> Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 apr. 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, RS **0.831.109.268.1**.

<sup>14</sup> Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 sett. 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, RS **0.831.109.268.11**.

<sup>15</sup> Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, RS **0.142.112.681**.

## 1.5.2                    **Gli strumenti del Consiglio d'Europa**

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964<sup>16</sup> (CESS) disciplina le cure mediche nella parte II. Gli Stati firmatari hanno il dovere di garantire assistenza medica alle persone assistite in caso di malattia, a prescindere da quale ne sia la causa, e in caso di maternità. Il beneficiario può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute. Inoltre la durata della prestazione può essere limitata a 26 settimane. In occasione della ratifica del CESS la Svizzera ha dichiarato di non recepire gli obblighi di cui alla parte II. Il CESS prevede inoltre che quando l'amministrazione dei sistemi di sicurezza sociali 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, a condizioni prestabilite. Le legislazioni nazionali possono anche prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro e delle autorità (art. 71).

Il Codice europeo di sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 amplia il campo d'applicazione personale e materiale del CESS. Entrerà in vigore con la ratifica di due Stati membri del Consiglio d'Europa. Finora è stato ratificato soltanto dai Paesi Bassi (22 dicembre 2009) e firmato da altri 13 Stati.

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 e la Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996 sanciscono all'articolo 12 il diritto alla sicurezza sociale. I due accordi non sono stati ratificati dalla Svizzera.

## 2                                    **Commento ai singoli articoli**

### *Ingresso*

Come altre leggi federali, la LAMal rimanda nell'ingresso alla pertinente disposizione della Costituzione federale del 1874 (art. 34<sup>bis</sup> vCost.). In occasione di revisioni parziali di leggi il Consiglio federale coglie l'occasione per adeguare gli ingressi alla nuova Costituzione (Cost.)<sup>17</sup>. La normativa vigente della LAMal poggia sull'articolo 117 capoverso 1 Cost. che abilita la Confederazione a emanare prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie.

### *Sostituzione di espressioni e art. 7*

#### *Cpv. 2, secondo periodo*

Si tratta di adeguamenti di tipo redazionale: invece di utilizzare la denominazione abbreviata generica «Ufficio federale» per «Ufficio federale della sanità pubblica» proponiamo di ricorrere all'acronimo ufficiale «UFSP»; parimenti, «Dipartimento» è sostituito dall'acronimo «DFI».

### *Art. 11*

A seguito della modifica dell'articolo 12 capoverso 1, in cui è stabilito che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie può essere esercitata soltanto dalle casse malati, l'articolo 11 diventa privo di oggetto e va quindi abrogato.

<sup>16</sup> RS 0.831.104

<sup>17</sup> RS 101

## *Art. 12*

### *Cpv. 1*

Il capoverso 1 stabilisce quali assicuratori possono esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Attualmente si tratta delle casse malati ai sensi dell'articolo 12 LAMal e delle imprese di assicurazione private sottoposte alla LSA e titolari di un'autorizzazione di cui all'articolo 13. Secondo il presente disegno non sarà invece più possibile per un'impresa di assicurazione privata esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questa modifica non avrà nessuna ripercussione a livello pratico dato che sinora nessuna impresa privata ha fatto uso di questa possibilità.

### *Cpv. 2*

Il diritto vigente obbliga le casse malati a esercitare in primo luogo l'assicurazione sociale malattie ma permette loro di offrire parallelamente altre forme di assicurazione. Secondo il presente disegno esse potranno invece esercitare soltanto l'assicurazione sociale malattie: in virtù dell'articolo 1a LAMal questa comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. Occorre sottolineare che la soluzione da noi proposta impedirà in particolare alle casse malati di offrire l'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF. Tale modifica è indispensabile per creare completa trasparenza in merito ai flussi delle risorse finanziarie. Oggi vi sono soltanto tre casse malati che offrono l'assicurazione contro gli infortuni. Nella cifra IV del presente disegno è prevista la pertinente modifica della LAINF. La modifica qui contemplata non si ripercuote sull'assicurazione contro gli infortuni tramite la LAMal (art. 28 LAMal), che continuerà ad applicarsi alle persone che non dispongono di un'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF.

L'assicurazione sociale malattie è un'assicurazione sociale senza scopo lucrativo, e si distingue in ciò dalle assicurazioni complementari, con cui è invece perseguito il conseguimento di utili. Considerata la natura sostanzialmente diversa di questi due tipi di attività, ma anche per rafforzare la protezione dei dati e la trasparenza, con il presente disegno proponiamo che i due rami assicurativi debbano essere esercitati separatamente: in altre parole l'assicurazione sociale malattie dovrà essere offerta da un'entità giuridica separata dalle altre società del medesimo gruppo. Oggi 16 assicuratori offrono sia l'assicurazione sociale malattie che le assicurazioni complementari all'interno della medesima società: per costoro prevediamo una disposizione transitoria che concede un termine di tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica per realizzare la separazione dei due settori (cfr. cifra III del disegno).

### *Cpv. 3*

Il vigente capoverso 3 va abrogato visto che le casse malati potranno esercitare soltanto l'assicurazione sociale malattie.

## *Art. 13*

### *Cpv. 1*

Visto che l'assicurazione sociale malattie potrà essere esercitata soltanto dalle casse malati (cfr. commento all'art. 12), l'attuale espressione «istituti d'assicurazione» non è più appropriata e va sostituita con «casse malati». In tal modo si sottolinea

ulteriormente la nuova prassi, secondo cui il DFI concederà l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie soltanto alle casse malati.

#### *Cpv. 2 lett. g*

All'interno di un'entità giuridica la cassa malati potrà offrire soltanto l'assicurazione sociale malattie. Negli ultimi anni questa separazione è già stata realizzata senza obbligo legale da diversi assicuratori. Oggi soltanto 16 società esercitano l'assicurazione sociale malattie e le assicurazioni complementari all'interno di un'unica entità giuridica. Il presente disegno non intende impedire ai gruppi assicurativi di offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie, anche altre forme di assicurazione, ma a tal fine essi dovranno creare comparti giuridici distinti e adottare misure per impedire lo scambio di informazioni e il trasferimento di dati tra la cassa malati e le altre società del gruppo, in particolare quelle attive nel settore delle assicurazioni complementari. I dati sulla salute sono dati personali particolarmente delicati degni di protezione e non possono pertanto essere trasmessi neanche tra unità diverse del medesimo gruppo assicurativo. Nonostante le disposizioni di legge vigenti già lo vietino, non è escluso che in questo ambito avvenga uno scambio di informazioni. In particolare, in futuro si dovrà evitare che le assicurazioni complementari ottengano dati e altre informazioni personali sugli assicurati affiliati all'assicurazione sociale malattie. Lo scambio di informazioni non sarà ammesso nemmeno nella direzione inversa. A tal fine gli assicuratori devono tenere banche dati separate per il conteggio delle prestazioni dell'assicurazione di base e dell'assicurazione complementare. Inoltre il medico di fiducia che decide in merito alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non può essere lo stesso che decide in merito alle prestazioni dell'assicurazione complementare. Deve però restare possibile anche in futuro sfruttare sinergie prevedendo ad esempio il ricorso a servizi logistici e di altro genere centrali e condivisi.

### **Sezione 1a: Compensazione dei rischi**

#### *Art. 17*      Principio

I nuovi articoli 17–17b riprendono sostanzialmente la vigente normativa prevista dal numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 della LAMal (compensazione dei rischi). L'iscrizione nella LAMal della compensazione dei rischi e l'affinamento di questo meccanismo mediante l'introduzione di un nuovo criterio (cfr. art. 17 cpv. 4 D-LAMal) erano già previsti nel progetto «Managed Care» (04.062), respinto in votazione popolare il 17 giugno 2012. L'affinamento della compensazione dei rischi è stato chiesto anche in due iniziative parlamentari (11.473 e 12.446; cfr. in merito il n. 1.4.2). Il presente disegno fa seguito a queste richieste. Inoltre propone una disposizione nuova concernente gli assicurati che cambiano assicuratore: in futuro il loro rischio di malattia elevato non sarà considerato nell'ambito della compensazione dei rischi.

#### *Cpv. 4*

Oggi nella compensazione dei rischi si presume un rischio di malattia elevato se nell'anno precedente quello determinante l'assicurato ha avuto un soggiorno in un ospedale o in una casa di cura della durata superiore a tre notti consecutive. A tal fine sono tenute in considerazione le degenze in un ospedale o in una casa di cura

figurante nell'elenco ospedaliero di cui all'articolo 39 LAMal come pure quelle in un ospedale situato in Svizzera con cui è stata conclusa una convenzione secondo l'articolo 49a capoverso 4 LAMal, nella misura in cui durante il soggiorno sono state fornite prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Allo scopo di affinare la compensazione dei rischi il presente disegno prevede la possibilità di considerare ulteriori indicatori di morbilità degli assicurati, in particolare i costi per cure farmacologiche nel settore ambulatoriale. Nonostante tali costi possano essere molto elevati, oggi non danno diritto a una compensazione dei rischi per gli assicurati poiché il diritto vigente non considera un indicatore di morbilità il criterio dei costi per medicinali. È possibile che l'inclusione di tali costi nella determinazione della compensazione dei rischi induca a un aumento della prescrizione di medicinali: per evitare tale effetto si potrebbe prevedere di considerare soltanto determinati principi attivi impiegati per la terapia di malattie specifiche con costi molto elevati per le quali non vi è praticamente alcuna alternativa alla terapia farmacologica (gruppi dei costi farmaceutici). Il disegno delega al Consiglio federale la competenza di stabilire gli ulteriori indicatori di morbilità, come è avvenuto anche per la definizione della degenza di almeno tre notti in un ospedale o in una casa di cura nell'anno precedente e la definizione delle eccezioni.

*Art. 17a* Fattori determinanti per il calcolo della compensazione dei rischi

Il presente articolo corrisponde sostanzialmente al numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 della LAMal (compensazione dei rischi). Il capoverso 4 prevede una disposizione leggermente diversa rispetto a tale testo; il capoverso 5 è nuovo.

*Cpv. 2*

Dato che il presente disegno introduce più criteri per la determinazione del rischio di malattia elevato, è necessario un adeguamento redazionale e terminologico del capoverso 2.

*Cpv. 4*

Proponiamo che gli assicurati che cambiano cassa malati non siano tenuti in considerazione per il rilevamento delle degenze superiori a tre notti (art. 17 cpv. 4). Oggi la compensazione dei rischi richiede agli assicurati una procedura complessa di scambio di dati tramite l'organo centrale di comunicazione per la compensazione dei rischi (ZEMRA). Questa pratica aumenta l'onere amministrativo legato al calcolo della compensazione dei rischi e tale onere appare tanto meno giustificato se si considera che il numero di persone che cambiano assicuratore costituiscono una quota soltanto minima degli assicurati; inoltre tale categoria di assicurati segna una quota inferiore alla media di persone con degenza ospedaliera o in casa di cura nell'anno precedente, dato che a cambiare cassa sono soprattutto le persone sane. Considerati quindi l'onere e i costi necessari per includere questa categoria di assicurati nel calcolo a fronte dell'esigua utilità che ne deriva, proponiamo di non tenere più conto in futuro dell'eventuale elevato rischio di malattia di queste persone ai fini della compensazione dei rischi.

*Cpv. 5*

Il disegno attribuisce al Consiglio federale la competenza di prevedere eccezioni per gli indicatori di morbilità presi in considerazione per il calcolo della compensazione

dei rischi. In relazione al criterio della degenza in un ospedale o in una casa di cura, le eccezioni concernerebbero in particolare i soggiorni ospedalieri legati alla maternità, giacché la maternità non è un criterio che denota un rischio più elevato di malattia. Parimenti, come già nel diritto vigente, non si dovranno includere i soggiorni ospedalieri all'estero, dato che le definizioni e le condizioni applicabili agli ospedali esteri possono divergere da quelle usate in Svizzera. Si continuerebbe tuttavia a tenere conto dei soggiorni in istituti all'estero situati nelle zone di frontiera che partecipano ai progetti pilota di cui all'articolo 36a dell'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>18</sup> sull'assicurazione malattie (OAMal).

*Art. 17b* Esecuzione

Questo articolo riprende senza modifiche la normativa del numero 2 capoversi 4–6 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 della LAMal (compensazione dei rischi).

*Art. 21* Vigilanza

*Cpv. 2*

Il vigente capoverso 2 disciplina la sorveglianza dell'esercizio delle assicurazioni complementari. Dato che il disegno vieta alle casse malati di esercitare tali assicurazioni, il capoverso va abrogato.

*Cpv. 6*

Il vigente capoverso 6 disciplina la sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati. Dato che il disegno vieta loro di esercitare l'assicurazione sociale malattie, la disposizione va abrogata.

*Art. 62* Forme particolari d'assicurazione

*Cpv. 3*

In questo capoverso è modificato il rimando alle disposizioni sulla compensazione dei rischi, che va fatto agli articoli 17–17b.

*Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi)*

*2. Nuova compensazione dei rischi*

La presente modifica sostituisce la vigente normativa in materia di compensazione dei rischi sancita dal numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi). La compensazione è così recepita in modo definitivo, cioè senza limitazioni temporali, nel diritto ordinario e più precisamente nei nuovi articoli 17–17b LAMal. Il numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi) va quindi abrogato.

<sup>18</sup> RS 832.102

### *Disposizioni transitorie della presente modifica*

Alle casse malati occorre concedere un termine di transizione per adempiere le nuove esigenze della legge. In particolare bisogna prevedere un certo tempo per permettere alle società interessate di realizzare la separazione tra l'assicurazione di base e quella complementare, senza dimenticare che esse devono poter continuare l'esercizio dell'attività senza interruzioni anche durante il periodo di transizione. Per l'attuazione della separazione dei due settori proponiamo pertanto un termine di tre anni a partire dall'entrata in vigore della modifica di legge. Entro il medesimo termine le società dovranno garantire che sia impedito lo scambio di informazioni tra la cassa malati e le altre società del gruppo.

## **3 Ripercussioni**

### **3.1 Per la Confederazione**

La limitazione della prassi della selezione dei rischi indurrà meno assicurati a cambiare assicuratore e di conseguenza diminuiranno i costi legati ai cambiamenti di cassa. Ne risulterà anche un minore aumento dei premi con conseguente crescita più moderata del sussidio della Confederazione destinato alla riduzione individuale dei premi nei Cantoni conformemente all'articolo 66 LAMal.

Il disegno non richiede risorse personali supplementari per la Confederazione.

### **3.2 Per i Cantoni e i Comuni**

Il disegno non richiede risorse personali supplementari per i Cantoni e i Comuni. Poiché i Cantoni definiscono autonomamente il loro contributo alla riduzione dei premi, sono liberi di decidere un adeguamento del contributo alla riduzione individuale dei premi.

### **3.3 Per l'economia**

Il volume finanziario dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie corrisponde al 4–5 per cento del prodotto interno lordo. Non vi sono da attendersi ripercussioni del disegno sull'economia svizzera. La limitazione della prassi degli assicuratori di selezionare i rischi consentirà un impiego più efficiente delle risorse nel settore interessato. Il disegno contribuisce ad assicurare un finanziamento corretto e privo di ostacoli dell'assicurazione sociale malattie. Inoltre permette di migliorare la concorrenza tra gli assicuratori nel senso inizialmente voluto dal legislatore, cioè nell'ottica della qualità dell'offerta assicurativa e del contenimento dei costi. Il disegno contribuisce quindi a vari livelli a migliorare il sistema esistente.

L'affinamento della compensazione dei rischi proposto dal disegno e la rinuncia al computo della morbilità delle persone che cambiano assicuratore nonché alla relativa trasmissione di dati da parte degli assicuratori comporta due effetti contrapposti:

- l'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi comporta un leggero aumento dell'onere amministrativo a carico dell'istituzione comune (art. 18 LAMal) dovuto alla necessità di verificare l'attendibilità dei dati forniti e di effettuare revisioni per campionatura presso gli assicuratori;
- nell'attuale compensazione dei rischi le notifiche degli assicuratori includono i soggiorni in ospedale o in casa di cura dei nuovi assicurati. A tal fine gli assicuratori procedono a uno scambio di dati per il tramite dell'organo centrale di comunicazione per la compensazione dei rischi (ZEMRA), gestito dall'istituzione comune. La rinuncia a includere nei dati trasmessi dagli assicuratori quelli relativi alla morbilità delle persone che cambiano cassa rende superfluo lo ZEMRA e permette quindi di risparmiare i costi legati all'esercizio di tale organo. Per l'istituzione comune ne risulta una riduzione dei costi legati alla compensazione dei rischi di 100 000 franchi.

I costi amministrativi a carico dell'istituzione comune per la compensazione dei rischi sono coperti dagli assicuratori malattie. Anche per questi ultimi il disegno ha ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale in parte contrapposti:

- l'affinamento della compensazione dei rischi rende meno interessante per gli assicuratori procedere a una selezione dei rischi: in tal modo diminuiranno le spese degli assicuratori per azioni di marketing e di acquisizione di nuovi clienti. Diminuirà nel contempo pure il numero di persone che cambia assicuratore, e ciò a prescindere dal fatto che la concorrenza a livello di offerta e controllo dei costi continuerà a esplicitare i suoi effetti. Oggi ogni anno il numero di persone che cambiano cassa si situa tra il 6 e il 12 per cento del numero complessivo di assicurati. Ogni cambiamento causa costi pari a 150–200 franchi.
- L'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi causerà un leggero aumento dei costi amministrativi dovuti alla registrazione e alla trasmissione di dati. Inoltre l'esame da parte degli uffici di revisione dei dati forniti dagli assicuratori malattie diventerà più complesso, e quindi leggermente più costoso, se si manterrà il grado di dettaglio dell'esame attuale. L'affinamento della compensazione dei rischi comporterà quindi un aumento molto contenuto dei costi amministrativi degli assicuratori malattie.
- In compenso verrà meno l'onere legato alla registrazione e allo scambio dei dati concernenti la morbilità degli assicurati che cambiano cassa (operazioni che oggi avvengono tramite lo ZEMRA) con un conseguente risparmio a livello finanziario e personale per gli assicuratori.

La separazione tra l'assicurazione sociale malattie e quella complementare causerà soltanto un aumento trascurabile dei costi amministrativi. Molte società hanno già attuato tale separazione senza obbligo di legge, creando unità giuridiche separate per le due assicurazioni. I dati forniti ogni anno dagli assicuratori all'Ufficio federale della sanità pubblica indicano che gli assicuratori che negli ultimi anni (2006–2011) hanno realizzato la separazione non hanno subito un aumento dei costi amministrativi.

vi. Al contrario, per 10 di 11 assicuratori si è addirittura constatata una diminuzione della quota percentuale dei costi amministrativi rispetto ai premi.

Le barriere informative richiederanno adeguamenti dei sistemi interni agli assicuratori – variabili a seconda delle singole organizzazioni – con un investimento complessivo unico distribuito su tutti gli assicuratori pari a circa 10 milioni di franchi. Anche prevedendo una barriera informativa tra i due settori non vi sarà un numero maggiore di fatture da controllare. Le barriere informative causeranno un onere personale supplementare diverso a seconda dell'organizzazione dei singoli gruppi, ma quantificabile in circa 10 milioni di franchi all'anno per l'intero settore delle assicurazioni malattie.

Nel bilancio complessivo è lecito quindi aspettarsi che l'introduzione delle presenti misure avrà un effetto frenante sull'evoluzione dei costi nell'assicurazione sociale malattie e quindi anche sull'evoluzione dei premi, in particolare grazie alla prevista riduzione dei costi causati alle casse malati dagli assicurati che cambiano cassa e grazie a una maggiore concorrenza nel controllo dei costi.

## **4 Programma di legislatura e strategie nazionali del Consiglio federale**

### **4.1 Rapporto con il programma di legislatura**

Il presente disegno non è annunciato né nel messaggio del 25 gennaio 2012 sul programma di legislatura 2011–2015<sup>19</sup> né nel decreto federale del 15 giugno 2012 sul programma di legislatura 2011–2015<sup>20</sup>. Il disegno è una conseguenza dei risultati della consultazione svolta in merito al controprogetto indiretto all'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica», controprogetto che inizialmente era nostra intenzione sottoporre al Parlamento. Dalla consultazione è emerso che una maggioranza auspica rinunciare al controprogetto, pur ritenendo urgente risolvere il problema della selezione dei rischi. Alla luce di tale risultato, vi sottoponiamo il presente disegno.

### **4.2 Rapporto con le strategie nazionali del Consiglio federale**

Nel nostro rapporto «Sanità 2020» del 23 gennaio 2013<sup>21</sup> abbiamo definito come obiettivo 2.1 la riduzione degli incentivi alla selezione dei rischi da parte degli assicuratori, obiettivo che dovrà essere realizzato grazie a un affinamento della compensazione dei rischi e una separazione migliore tra assicurazione di base e assicurazione complementare.

<sup>19</sup> FF 2012 305

<sup>20</sup> FF 2012 6413

<sup>21</sup> [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Temi > Sanità2020

## **5 Aspetti giuridici**

### **5.1 Costituzionalità**

Il disegno si fonda sull'articolo 117 Cost. In virtù di questa disposizione la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Questa disposizione comprende parimenti la competenza di emanare prescrizioni volte a ridurre gli incentivi indesiderati nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie come in particolare la selezione dei rischi.

### **5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera**

Il presente disegno di legge disciplina la compensazione dei rischi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nonché la separazione tra l'assicurazione sociale malattie e l'assicurazione complementare. Disciplina quindi l'organizzazione del sistema dell'assicurazione sociale malattie in Svizzera. La Svizzera non è vincolata ad accordi internazionali che ostano a una siffatta regolamentazione interna.

### **5.3 Forma dell'atto**

La regolamentazione della compensazione dei rischi e le prescrizioni in materia di separazione tra assicurazione sociale malattie e assicurazione complementare contengono disposizioni importanti che concernono diritti e obblighi degli assicuratori e degli assicurati. Siffatte disposizioni devono imperativamente essere emanate sotto forma di legge federale (art. 164 cpv. 1 lett. c Cost.).

### **5.4 Subordinazione al freno alle spese**

Secondo l'articolo 159 Cost., le disposizioni in materia di sussidi, nonché i crediti d'impegno e le dotazioni finanziarie implicanti nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi, richiedono il consenso della maggioranza dei membri di ciascuna Camera. Dato che il disegno non prevede disposizioni relative ai sussidi né decisioni di finanziamento non sottostà al freno alle spese.

### **5.5 Delega di competenze legislative**

L'articolo 96 LAMal delega al Consiglio federale la competenza di adottare le norme necessarie all'esecuzione dell'assicurazione malattie sociale (emanazione di disposizioni esecutive). Il presente disegno autorizza inoltre il Consiglio federale ad emanare disposizioni in due ambiti ulteriori.

Il Consiglio federale dovrà pertanto disciplinare gli indicatori che descrivono la morbilità degli assicurati (art. 17 cpv. 4, secondo per.).

Per quel che concerne gli indicatori di morbilità, potrà prevedere eccezioni per il calcolo della compensazione dei rischi (art. 17a cpv. 5).

## **5.6 Protezione dei dati**

La separazione tra assicurazione sociale malattie e assicurazione complementare nonché la barriera informativa tra casse malati e le altre assicurazioni affiliate al medesimo gruppo contribuiscono a una migliore protezione dei dati nei due settori assicurativi. In particolare si vuole evitare che i dati di un settore assicurativo siano utilizzati nell'altro ai fini della selezione dei rischi.

