

00.046

**Messaggio  
relativo all'iniziativa popolare  
«La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»**

del 31 maggio 2000

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

Con il presente messaggio vi invitiamo a sottoporre al voto di popolo e Cantoni l'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» con la raccomandazione di respingerla senza controprogetto.

Il disegno del relativo decreto federale si trova in allegato.

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

31 maggio 2000

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Adolf Ogi

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

---

## Compendio

*La nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) ha colmato lacune sul piano delle prestazioni garantendo a tutti, grazie al regime obbligatorio, l'accesso a un sistema sanitario di alta qualità. Il problema dei costi di un simile sistema di prestazioni, però, non è stato ancora risolto come se lo prefigurava il legislatore della LAMal. Rispetto a un decennio fa, l'aumento delle spese per le cure medico-sanitarie ha nettamente rallentato. Ciononostante negli ultimi anni i tassi di crescita erano ancora superiori all'obiettivo fissato nel messaggio del Consiglio federale secondo cui la crescita annua delle spese pro capite per la salute della popolazione avrebbe dovuto seguire l'evoluzione generale dei salari e dei prezzi. I costi della salute pro capite della popolazione (e quindi, specularmente, i premi individuali), però, sono il risultato delle due variabili prezzo e quantità. L'elemento quantitativo non consente, tuttavia, di parificare l'aumento dei costi della salute a un indice dei prezzi. Già solo per questa ragione la LAMal non sarà praticamente mai in grado di soddisfare la richiesta formulata nel messaggio del 1991. Ciononostante è stato possibile constatare come la tendenza all'aumento dei premi dell'assicurazione malattie si stia chiaramente attenuando.*

*Va tuttavia osservato che oggi il finanziamento dell'assicurazione sociale malattie grava – con quasi due terzi – principalmente sui premi pro capite e sulla partecipazione alle spese degli assicurati. Dal 1992 al 1996, anno del passaggio alla LAMal, infatti, l'onere finanziario delle economie domestiche è fortemente aumentato esclusivamente in seguito alla diminuzione dei contributi cantonali. Se nel 1998 i bilanci pubblici cantonali si fossero assunti la stessa parte di spesa che sostenevano nel 1992, l'onere supplementare per i Cantoni sarebbe stato dell'ordine di 1,3 miliardi di franchi, che invece sono stati posti a carico delle economie domestiche.*

*L'iniziativa popolare federale del Partito Socialista Svizzero «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» solleva la questione dei costi e del finanziamento nell'assicurazione malattie. Essa chiede, a tal proposito, un riordinamento fondamentale del finanziamento dell'assicurazione sociale malattie proponendo che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia finanziata soprattutto per mezzo di introiti supplementari a destinazione vincolata provenienti dall'imposta federale sul valore aggiunto e, in misura almeno equivalente, mediante contributi pagati dagli assicurati. Questi ultimi devono essere fissati in funzione del reddito e della sostanza reale e tenendo conto degli oneri familiari.*

*Il Consiglio federale ritiene che una riorganizzazione del sistema di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie come prospettato dall'iniziativa sulla salute non sia da prendere in considerazione. Oggi la riduzione dei premi adempie nel complesso bene i compiti che le sono stati assegnati e le carenze ancora esistenti possono essere eliminate grazie a correttivi mirati del sistema in vigore. Possibili vantaggi sul piano della sicurezza sociale non giustificano le profonde ripercussioni che l'iniziativa sulla salute eserciterebbe sui bilanci pubblici e privati. Se si vorrà perseguire una giustizia sociale ancora maggiore, lo si farà - così il Consiglio federale - ottimizzando gli strumenti attualmente già introdotti.*

---

*Il Consiglio federale vuole, perciò, per principio mantenere il sistema attuale dei premi pro capite e della riduzione dei premi. È consapevole che l'onere costituito dai premi dell'assicurazione malattie continua a gravare notevolmente su numerose economie domestiche. Per poter ridurre a un livello sopportabile tale aggravio, il legislatore ha però introdotto un sovvenzionamento dei premi orientato al bisogno. Per questo compito continuano a essere competenti e responsabili primariamente i Cantoni. Da un'analisi degli effetti, però, risulta che la riduzione dei premi non raggiunge l'obiettivo di politica sociale in modo ottimale in tutti i Cantoni. L'applicazione della riforma della perequazione finanziaria può fungere da cornice per armonizzare le differenze fra i Cantoni per quanto concerne gli sgravi. Anche la riduzione dei premi riveste una notevole importanza nel quadro del progetto di una Nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni dato che continua a essere prevista come compito comune di entrambi.*

*Con il titolo «Misure ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario», inoltre, l'iniziativa sulla salute intende sancire nella Costituzione il compito, affidato espressamente a Confederazione e Cantoni, di provvedere a contenere efficacemente i costi nel settore sanitario. A tal fine sarà trasferita dai Cantoni alla Confederazione tutta una serie di competenze nel settore sanitario e, in particolar modo, nell'assicurazione malattie. Ne sono interessati i settori medicina di punta, pianificazione sanitaria, prezzi e prezzi massimi, tariffazione, autorizzazione per i fornitori di prestazioni, controllo della qualità e, in generale, le misure di contenimento dei costi in caso di quantità eccessiva di prestazioni fornite.*

*Nella prima tappa della revisione parziale della LAMal, conclusa il 24 marzo 2000, e nella seconda, già iniziata, (in merito a questo cosiddetto «progetto di finanziamento ospedaliero» si prevede di sottoporre alle Camere federali un ulteriore messaggio ancora nel corso dell'anno) potevano e possono essere realizzati, perlomeno per quanto riguarda la direzione da prendere, diversi obiettivi dell'iniziativa sulla salute. Ciò concerne soprattutto i settori prezzi dei medicinali, autorizzazione per i fornitori di prestazioni, stanziamento globale di bilancio, obbligo a contrarre e tariffa limite. In altri settori tematizzati dall'iniziativa sulla salute la LAMal dispone di strumenti che possono influire ancor di più sull'andamento e sul contenimento dei costi di quanto facciano già ora. Proprio nel settore tariffario, però, non sono ancora riusciti ad essere sempre pienamente efficaci.*

*Pertanto, il Consiglio federale propone di raccomandare a popolo e Cantoni di respingere l'iniziativa.*

# Messaggio

## 1 Aspetti formali

### 1.1 Tenore dell'iniziativa

Il 9 giugno 1999 il Partito Socialista Svizzero (PSS) ha depositato l'iniziativa popolare federale «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» sotto forma di progetto già elaborato del seguente tenore:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

*Art. 34bis*

<sup>1</sup> La Confederazione emana disposizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

<sup>2</sup> L'assicurazione malattie obbligatoria è esercitata da assicuratori di utilità pubblica. Essa garantisce a tutti gli assicurati una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi.

<sup>3</sup> L'assicurazione malattie obbligatoria è finanziata segnatamente per mezzo di:

- a. introiti supplementari a destinazione vincolata provenienti dall'imposta sul valore aggiunto, nella misura fissata dalla legge;
- b. contributi pagati dagli assicurati, in misura almeno equivalente; questi contributi sono fissati in funzione del reddito e della sostanza reale nonché tenendo conto degli oneri familiari.

<sup>4</sup> Gli assicuratori malattie ricevono, per ogni persona assicurata, contributi attinti ai fondi di cui al capoverso 3. Le differenze di rischi tra gli assicuratori vengono compensate. Le eccedenze sono restituite agli assicurati.

<sup>5</sup> La Confederazione e i Cantoni si adoperano ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario.

La Confederazione prende segnatamente le seguenti misure:

- a. regola la medicina di punta e coordina le pianificazioni sanitarie dei Cantoni;
- b. fissa i prezzi massimi delle prestazioni fornite nell'assicurazione malattie obbligatoria, medicinali compresi;
- c. emana disposizioni di autorizzazione per i fornitori di prestazioni e si adopera ai fini di un controllo efficace della qualità;
- d. se la quantità delle prestazioni fornite è eccessiva, prende misure complementari di contenimento dei costi differenziate per specialità e regioni.

I Cantoni possono prendere misure più ampie nel settore della pianificazione sanitaria.

## II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono completate come segue:

### *Art. 24 (nuovo)*

<sup>1</sup> Le prestazioni della Confederazione e dei Cantoni in favore del settore sanitario corrispondono almeno agli importi del 1997, dopo correzione in base al rincaro.

<sup>2</sup> Il ricavo di cui all'articolo 34<sup>bis</sup> capoverso 3 corrisponde almeno al volume complessivo dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria nell'anno precedente l'entrata in vigore della legislazione d'applicazione.

### *Art. 25 (nuovo)*

<sup>1</sup> Se la legge d'applicazione dell'articolo 34<sup>bis</sup> non può essere messa in vigore entro tre anni dall'accettazione dell'articolo costituzionale, il Consiglio federale emana mediante ordinanza le necessarie disposizioni d'applicazione per i capoversi 3 e 5 dell'articolo 34<sup>bis</sup>.

<sup>2</sup> Tiene in particolare conto dei seguenti principi:

- a. per il calcolo dei contributi degli assicurati conformemente al capoverso 3 lettera b si applica una franchigia di franchi 20 000 sul reddito e di franchi 1 000 000 sulla sostanza reale;
- b. i contributi degli assicurati calcolati in funzione della sostanza reale, previsti nel capoverso 3 lettera b, ammontano almeno a un quarto dei contributi complessivi degli assicurati di cui allo stesso capoverso.

## **1.2 Riuscita**

Con decisione del 4 agosto 1999 la Cancelleria federale ha accertato che l'iniziativa popolare federale «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)», depositata il 9 giugno 1999, aveva raccolto 108 081 firme valide e che quindi era formalmente riuscita (FF 1999 6252).

## **1.3 Termine di trattazione**

Secondo l'articolo 29 capoverso 1 della legge sui rapporti fra i Consigli (LRC; RS 171.11) il nostro Collegio deve sottoporre un messaggio all'Assemblea federale al più tardi entro un termine di un anno dopo il deposito dell'iniziativa. Tale scadenza è quindi fissata per il 9 giugno 2000.

Qualora l'iniziativa popolare riguardi una revisione parziale della Costituzione federale e rivesta la forma di progetto già elaborato, l'Assemblea federale decide, entro un termine di 30 mesi dal deposito dell'iniziativa, se l'approva o no come presentata (art. 27 cpv. 1 della legge sui rapporti fra i Consigli). Questo termine è prorogato di un anno se il nostro Consiglio sottopone all'Assemblea federale un controprogetto o un atto legislativo in stretto rapporto con l'iniziativa popolare (art. 27 cpv. 5<sup>bis</sup> della legge citata).

## 1.4

### Adeguamento alla Costituzione federale del 18 aprile 1999

In seguito all'entrata in vigore della Costituzione federale del 18 aprile 1999 (nCost.; RS 101) per il 1° gennaio 2000 il progetto elaborato dell'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» non può più recare la *numerazione* della Costituzione federale precedente (34<sup>bis</sup> vCost.), ma dev'essere adeguato alla nuova Costituzione federale. Adesso il messaggio relativo è disciplinato nell'articolo 117 nCost. Il *testo dell'iniziativa popolare*, invece, non necessita di alcun adeguamento redazionale alla nuova Costituzione, anche se di massima ciò sarebbe possibile nell'ambito di quanto imposto dalle disposizioni previste nel capitolo III nCost. Lo stesso vale per le disposizioni transitorie dell'iniziativa sulla salute secondo i nuovi articoli proposti 24 e 25 nCost. La loro *numerazione* dev'essere adeguata come segue: «art. 197 (nuovo) 1. Disposizioni transitorie dell'art. 117 (assicurazione contro le malattie e gli infortuni); (cpv. 1-4)». Ad eccezione della modifica dei rinvii all'articolo 34<sup>bis</sup> vCost. con rinvii all'articolo 117 nCost., il *testo della disposizione transitoria* non necessita di alcun adeguamento redazionale.

## 1.5

### Validità

### 1.5.1

#### Unità formale e materiale

Secondo l'articolo 139 capoverso 2 nCost. un'iniziativa popolare per la revisione parziale della Costituzione federale può essere formulata come proposta generica o progetto elaborato. Secondo gli articoli 139 capoverso 3 e 194 capoverso 3 nCost. l'iniziativa popolare deve rispettare il principio dell'unità della forma. Non sono permesse forme miste (art. 75 cpv. 3 della legge federale sui diritti politici [LDP]; RS 161.1). Nel caso dell'iniziativa sulla salute il *principio dell'unità formale è rispettato* avendo essa la forma di progetto elaborato.

Le disposizioni degli articoli 139 capoverso 3 e 194 capoverso 2 nCost. definiscono l'esigenza dell'unità materiale: un'iniziativa che chiede una revisione parziale della Costituzione federale può avere per oggetto una sola materia. L'unità materiale è preservata se le singole parti dell'iniziativa sono intrinsecamente connesse (art. 75 cpv. 2 della legge federale sui diritti politici). L'iniziativa sulla salute chiede, da una parte, il riordinamento fondamentale del finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. Dall'altra conferisce alla Confederazione e ai Cantoni il mandato costituzionale di provvedere a contenere efficacemente i costi nel settore sanitario. Dato che una parte essenziale di quest'ultimo è finanziata tramite l'assicurazione sociale malattie, la premessa che le singole parti dell'iniziativa siano intrinsecamente connesse è adempiuta. L'*obbligo dell'unità materiale è rispettato*.

### 1.5.2

#### Disposizioni del diritto internazionale

Secondo gli articoli 139 capoverso 3 e 194 capoverso 2 nCost. un'iniziativa popolare per la revisione parziale della Costituzione federale non può violare disposizioni cogenti del diritto internazionale. Attualmente questa premessa è soddisfatta per tutte le misure chieste dall'iniziativa. L'*obbligo della conformità con disposizioni*

*cogenti del diritto internazionale è rispettato* (circa la conformità con il diritto europeo vedi il n. 10.3).

### **1.5.3 Attuabilità**

Soltanto l'inattuabilità evidente di un'iniziativa popolare costituisce un limite materiale non scritto a una revisione costituzionale. Una prassi costante vuole che soltanto le iniziative manifestamente inattuabili siano sottratte al verdetto popolare. L'impossibilità di attuare un'iniziativa dal punto di vista giuridico o in seguito a difficoltà pratiche non è sufficiente per dichiararla nulla a causa della sua inattuabilità.

Le richieste dell'iniziativa sulla salute non sono impossibili né da realizzare dal punto di vista giuridico né da attuare in pratica, perciò l'iniziativa dev'essere sottoposta al voto di popolo e Cantoni.

## **2 L'iniziativa sulla salute rispetto agli attuali sviluppi nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie**

### **2.1 Scopi principali dell'iniziativa sulla salute**

Le richieste dell'iniziativa sulla salute sono tutte in rapporto alla questione del finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. L'iniziativa ha un approccio duplice al problema:

#### *a. dal punto di vista del finanziamento delle entrate degli assicuratori malattie*

In taluni settori i costi della salute saranno finanziati e in parte anche ripartiti diversamente da oggi. L'iniziativa sulla salute mette in gioco alternative di finanziamento tramite premi dipendenti dal reddito e ricavi dell'imposta sul valore aggiunto. Ci esprimiamo in merito essenzialmente nel numero 6.1.

#### *b. Dal punto di vista della limitazione delle uscite degli assicuratori malattie (contenimento dei costi)*

Occorre limitare i costi della salute, rafforzare gli incentivi a ridurre i costi e, di conseguenza, ridurre le uscite degli assicuratori malattie. Ci esprimiamo in merito in particolare nel numero 6.2.

### **2.2 Panoramica delle revisioni della Costituzione pendenti**

Sono pendenti le iniziative popolari «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» (FF 1999 7607), «per farmaci a prezzi più bassi» (FF 1999 6475) e «per costi ospedalieri più bassi» (FF 1999 8571). Nel presente contesto si deve menzionare anche l'iniziativa popolare «per una fornitura di medicinali sicura e volta alla promozione della salute (Iniziativa medicinali)» (FF 1999 3747):

*a. Iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero»*

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» chiede che l'assicurazione di base obbligatoria conferisca agli assicurati il diritto di scegliere liberamente il medico e l'istituto ospedaliero in tutta la Svizzera e di farsi rimborsare i costi. Il 14 giugno 1999 abbiamo sottoposto l'iniziativa al voto del Parlamento raccomandando di respingerla (FF 1999 7607). Il 13 dicembre 1999 il Consiglio nazionale ha deciso di respingere l'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero». Si attende ancora la decisione del Consiglio degli Stati.

*b. Iniziativa popolare «per farmaci a prezzi più bassi»*

L'obiettivo dell'iniziativa «per farmaci a prezzi più bassi» è di abbassare i prezzi dei farmaci. Tale risultato è raggiunto, tra l'altro, consentendo di accedere direttamente sul mercato svizzero a farmaci ottenibili e in vendita in Germania, Italia, Francia e Austria. L'iniziativa chiede inoltre che l'assicurazione sociale malattie limiti il rimborso di farmaci ai preparati economici e, se disponibili, ai generici. Nel messaggio del 12 maggio 1999 (FF 1999 6475) abbiamo raccomandato di respingere l'iniziativa. Inoltre abbiamo contrapposto all'iniziativa controprogetti a livello di legge attualmente in discussione in Parlamento (Legge sugli agenti terapeutici) o che sono già stati adottati (possibilità per i farmacisti di effettuare sostituzioni con generici ai sensi del nuovo art. 52a LAMal introdotto con la prima revisione parziale del 24 marzo 2000). Il 20 marzo 2000 il Consiglio nazionale ha deciso di respingere l'iniziativa «per farmaci a prezzi più bassi». Si attende ancora la decisione del Consiglio degli Stati.

*c. Iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi»*

L'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» mira a diminuire i costi ospedalieri. Per raggiungere questo obiettivo si propone di limitare il regime obbligatorio nell'assicurazione malattie alla copertura delle degenze ospedaliere. Per le degenze ospedaliere gli assicurati hanno la possibilità di concludere un'assicurazione nel quadro della LAMal o un'assicurazione di diritto privato. I Cantoni devono provvedere che sia a disposizione il numero di letti occorrente nei tre reparti comune, semiprivato e privato. Per la degenza dell'assicurato nel reparto comune di un ospedale pubblico i Cantoni ricevono dalle assicurazioni 250 franchi al giorno per persona. La somma servirebbe a coprire tutte le prestazioni dell'ospedale e gli assicurati sarebbero esentati dal partecipare alle spese. Se un assicurato si fa ricoverare in un ospedale privato l'assicurazione sarebbe obbligata a versare a quest'ultimo lo stesso importo quale contribuito ai costi di degenza. Nel messaggio dell'8 settembre 1999 (FF 1999 8571) abbiamo raccomandato di respingere l'iniziativa. Le Camere federali hanno seguito la raccomandazione il 24 marzo 2000 decidendo, con un solo voto contrario, di raccomandare al popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi».

*d. Iniziativa popolare «per una fornitura di medicinali sicura e volta alla promozione della salute (Iniziativa medicinali)»*

L'iniziativa popolare «per una fornitura di medicinali sicura e volta alla promozione della salute (Iniziativa medicinali)» (FF 1999 3747) chiede alla Confederazione, nell'interesse della salute pubblica, di disciplinare le modalità di vendita di farmaci e la loro consegna alle persone tramite professionisti della salute autorizzati. In particolare s'intende evitare qualsiasi incitamento a un consumo di medicinali inadeguato, eccessivo o abusivo. Nel messaggio del 1° marzo 2000 abbiamo chiesto

al Parlamento di respingere l'iniziativa senza controprogetto. L'iniziativa medicinali è in rapporto con l'iniziativa sulla salute nella misura in cui quest'ultima vuole obbligare la Confederazione a emanare disposizioni in materia di ammissione dei fornitori di prestazioni abilitati a consegnare medicinali. La Confederazione dovrebbe quindi provvedere, vietando gli abusi, a garantire un efficace controllo della qualità. Il rapporto con l'iniziativa sulla salute, però, è nel suo complesso piuttosto secondario e l'iniziativa medicinali non sarà più trattata nell'ambito del presente messaggio.

## **2.3 Revisioni della LAMal in corso o concluse**

### *a. Prima revisione parziale della LAMal*

Il 24 marzo 2000 le vostre Camere hanno adottato all'unanimità la prima revisione parziale della LAMal. La prima revisione contiene in particolare provvedimenti per rafforzare la solidarietà tra gli assicurati. Il messaggio concernente il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie e la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie è stato da noi approvato il 21 settembre 1998 (FF 1999 687). Nel quadro della revisione sono stati stabiliti nuovi importi massimi annui per la riduzione dei premi per il periodo compreso tra il 2000 e il 2003 (decreto federale del 31 maggio 1999).

### *b. Seconda revisione parziale della LAMal*

Il messaggio concernente la tappa successiva della revisione (il cosiddetto progetto di finanziamento ospedaliero) vi sarà sottoposto presumibilmente ancora nel corso di quest'anno. Dall'8 marzo al 23 aprile 1999 abbiamo avviato la consultazione su un avamprogetto di revisione del finanziamento ospedaliero (FF 1999 687).

## **2.4 Due discussioni del Consiglio federale in merito alla questione dell'evoluzione dell'assicurazione malattie**

Nell'ambito dell'elaborazione del messaggio relativo all'iniziativa sulla salute, il 17 novembre 1999 abbiamo proceduto a una prima discussione su richiesta del Dipartimento federale dell'interno (DFI). In base alla discussione abbiamo deciso di non opporre all'iniziativa un controprogetto. Abbiamo quindi incaricato il DFI di verificare modelli atti a migliorare il sistema di finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di sottoporceli ancora prima del progetto di messaggio relativo all'iniziativa sulla salute. Abbiamo inoltre deciso di mantenere per principio l'attuale sistema dei premi pro capite e della riduzione dei premi.

Il 6 marzo 2000, nel corso di un'ulteriore discussione nell'ambito dell'elaborazione del presente messaggio, abbiamo trattato le proposte e le domande sottoposteci dal DFI sulla base dei risultati della prima discussione e l'abbiamo quindi incaricato di continuare a seguire le misure sul finanziamento ospedaliero che ci erano state sottoposte nell'ambito della revisione della LAMal e di effettuare, nel messaggio relativo all'iniziativa sulla salute, un'analisi dello stato reale ai sensi di una visione generale dell'assicurazione malattie e delle questioni pendenti in rapporto all'iniziativa sulla salute.



## 4.2.1

### Riduzione dei premi

La riduzione dei premi è lo strumento più importante per generare solidarietà tra persone con redditi diversi. La LAMal prevede una riduzione mirata dei premi dell'assicurazione di base per le persone «di condizione economica modesta» (art. 65 cpv. 1). La *riduzione dei premi* – tanto più che è finanziata da gettiti fiscali – rappresenta il correttivo sociale al premio unico per cassa che non tiene conto della capacità finanziaria degli assicurati. Per realizzarla, la Confederazione mette a disposizione di ogni Cantone una somma stabilita in base alla popolazione, alla capacità finanziaria e al livello medio dei premi (fino al 2001), somma che i Cantoni devono completare con fondi propri. Complessivamente, il contributo che i Cantoni sono tenuti a versare deve corrispondere ad almeno la metà di tutto il contributo federale. Parallelamente alla prima revisione della LAMal, il Parlamento ha adottato la nuova serie di sussidi federali per il periodo compreso tra il 2000 e il 2003. Gli importi massimi a disposizione dei Cantoni aumentano dell'1,5 per cento all'anno in modo da tener conto dell'evoluzione dei costi e della situazione finanziaria della Confederazione (per i quattro anni consecutivi: 2213 milioni, 2246 milioni, 2280 milioni e 2314 milioni di franchi). I Cantoni sono autorizzati a diminuire i contributi federali che spettano loro del 50 per cento al massimo se, con i loro sussidi, raggiungono comunque l'obiettivo di politica sociale sancito dalla legge.

La legge non stabilisce nessun criterio per definire l'obiettivo sociale. Nel messaggio del 1991 raccomandavamo ai Cantoni di ridurre i premi in modo che gravassero sulle economie domestiche per un massimo dell'8 per cento del reddito imponibile. Poi, però, il legislatore ha trasferito ai Cantoni il compito di definire il regime di riduzione dei premi e, quindi, di fissare l'obiettivo di politica sociale da raggiungere.

Anche il progetto posto in consultazione sulla Nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni ha ripreso la tematica proponendo, conformemente a quanto accade con altre assicurazioni sociali, che la Confederazione stabilisca quali sono le categorie di reddito che hanno diritto a una riduzione dei premi. La somma totale messa a disposizione dei Cantoni dalla Confederazione sarà calcolata in base a un onere medio (fittizio) causato alle economie domestiche dai premi dell'assicurazione malattie, per esempio dell'8 per cento del reddito imponibile. L'onere medio da non superare sarà infine fissato in modo vincolante per ogni Cantone in base alla differenza dei costi dell'assicurazione di base obbligatoria rispetto a una media svizzera. Per i Cantoni in cui i costi della salute sono alti, ciò comporterebbe un limite più elevato dell'8 per cento del reddito imponibile e, di conseguenza, un onere maggiore per gli assicurati.

Sviluppi:

- Nel corso del primo anno dall'introduzione della LAMal si sono resi necessari diversi adattamenti, segnatamente un'armonizzazione nell'ambito delle prestazioni complementari. Si trattava di evitare che i beneficiari di prestazioni complementari perdessero il loro diritto perché i sussidi per la riduzione dei premi rientravano nel calcolo del loro reddito (entrata in vigore dell'ordinanza per l'1.1.97).
- La determinazione della cerchia dei beneficiari ha dato luogo a una decisione del Tribunale federale secondo cui i Cantoni non erano obbligati a prendere in considerazione i lavoratori stagionali perché manca la base legale per farlo. La prima revisione della LAMal (art. 65 cpv. 1 LAMal) ha colmato

questa lacuna attribuendo al Consiglio federale la competenza di estendere la cerchia degli aventi diritto anche agli stagionali

- Il computo del 35 per cento dei premi medi cantonali nella ripartizione dei sussidi federali tra i Cantoni ha incontrato una forte opposizione dei Cantoni di lingua tedesca che hanno chiesto, tramite iniziative cantonali, di eliminare questo criterio. Il Parlamento ha deciso di tener conto del livello dei premi nella chiave di ripartizione limitando, però, questa misura a sei anni, ovvero fino al 2001.
- Dato che il legislatore ha trasferito ai Cantoni il compito di definire il sistema di riduzione dei premi e che le soluzioni scelte dai Cantoni sono molto diverse tra di loro, è difficile valutare se la riduzione raggiunge l'obiettivo sociale perseguito dalla legge.
- Uno studio realizzato nell'ambito di un vasto programma di ricerca sugli effetti della LAMal e pubblicato nel febbraio 1999 (*Balthasar, Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca n. 21/98, UFAS, Berna, d/f) ha mostrato il ruolo positivo di questo strumento per raggiungere gli obiettivi di politica sociale. Sulla base di tre esempi di famiglie residenti nei capoluoghi di ciascun Cantone, lo studio mostra tuttavia che la riduzione dei premi – pur sgravando notevolmente le categorie di reddito più basse – spesso non è sufficiente per i redditi inferiori della classe media, in particolare per le famiglie. Effettivamente, la famiglia tipo considerata nello studio (due adulti e due bambini in età compresa tra 10 e 15 anni con un reddito lordo di 70'000 franchi e una sostanza di 100'000 franchi) in dodici Cantoni (ZH, SZ, OW, GL, BS, BL, AG, TI, VD, NE, GE e JU) è costretta a spendere per i premi oltre il 6 per cento del reddito disponibile. Questa media corrisponde all'8 per cento del reddito imponibile. Sei dei Cantoni menzionati (ZH, SZ, OW, GL, BL e AG) non sfruttano appieno il loro diritto di chiedere fondi della Confederazione.
- Nella prima parte della revisione della LAMal abbiamo rinunciato a definire nel diritto federale la nozione giuridica imprecisa di «condizione economica modesta» o a delimitare la cerchia dei beneficiari. Al fine di ammortizzare i casi di rigore, frutto del sistema basato sulla dichiarazione d'imposta, la prima parte della revisione della LAMal (24 marzo 2000) obbliga i Cantoni a tener conto delle situazioni economiche e familiari più recenti per la concessione di riduzioni di premi. I Cantoni devono anche garantire un versamento rapido dei sussidi in modo che gli assicurati aventi diritto non siano costretti ad anticipare l'importo dei premi di tasca propria. Infine sono tenuti a dare un'informazione regolare a tutti gli assicurati su quali persone hanno diritto ai sussidi.

#### 4.2.2 Compensazione dei rischi

Al fine di garantire la solidarietà tra malati e sani e per porre un freno alla tentazione degli assicuratori di strapparsi l'un l'altro i rischi «buoni», la LAMal ha introdotto, per un periodo limitato a 10 anni, la *compensazione dei rischi* tra assicuratori. Nell'intento principale di ristabilire un equilibrio minacciato da una selezione dei rischi a oltranza praticata da certi assicuratori prima dell'entrata in vigore della

LAMal, questa misura è stata limitata a un arco di tempo definito. Sulla base dei criteri età e sesso, gli assicuratori la cui struttura dei rischi è più favorevole della media svizzera versano un contributo proporzionale in un fondo comune destinato agli assicuratori con una struttura dei rischi piuttosto sfavorevole. Nel 1998 è stato ridistribuito tra gli assicuratori un importo pari a 609 milioni di franchi (rapporto di gestione 1998 dell'istituzione comune LAMal).

Sviluppi:

- Per tener conto il più rapidamente possibile dei cambi di assicurazione, dall'entrata in vigore il 1° gennaio 1999 di una modifica dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi, il calcolo della compensazione si effettua sulla base dei dati provvisori dell'anno precedente (e non più dei due anni precedenti). Anche i movimenti finanziari della compensazione sono accelerati. Effettivamente, i ritardi dei pagamenti compensativi causavano una distorsione della concorrenza tra gli assicuratori.
- La prima revisione parziale della LAMal, inoltre, ha introdotto l'obbligo di versare interessi di mora che spinge gli assicuratori a pagare i propri contributi il più velocemente possibile per non essere penalizzati (art. 18 cpv. 5 secondo periodo).
- Nell'ambito dell'analisi degli effetti della LAMal, uno studio sulla compensazione dei rischi pubblicato nel febbraio 1992 illustra il ruolo positivo di questo strumento per frenare la desolidarizzazione (*Spycher, Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, rapporti di ricerca n. 1/99 e 2/99, UFAS, Berna, d/f): il risultato ottenuto è un avvicinamento dei premi degli assicurati. Dai risultati dello studio si evince che la compensazione dei rischi non ha effetti importanti sul costo totale a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Pur indicando i pericoli di una simile scelta, si domanda se sia opportuno introdurre criteri supplementari in merito allo stato di salute (ospedalizzazione, decesso) per la compensazione dei rischi. Una compensazione integrale dei costi avrebbe l'effetto di ridurre gli incentivi a realizzare economie. Infine, notando che le diverse strutture di rischio degli assicurati tra le casse non sono armonizzate – contrariamente a quanto era stato ammesso al momento di elaborare la legge – lo studio propone che la compensazione dei rischi sia definitivamente sancita nella legge.

### 4.2.3 **Libero passaggio (premio unico e assicurazione obbligatoria)**

La LAMal considera il libero passaggio degli assicurati il principio fondamentale della solidarietà. Nella stessa cassa e nella stessa regione per ogni assicurato si applica un *premio unico*, indipendente dall'età, dal sesso o dallo stato di salute. In questo modo l'assicurato può cambiare cassa senza essere penalizzato. Premi ridotti sono previsti per bambini e giovani. L'obbligo d'assicurazione impedisce che i titolari di rischi «buoni» abbandonino il sistema e non versino il loro contributo.

Sviluppi:

- In base alla revisione parziale della LAMal del 24 marzo 2000, adesso gli assicuratori possono fissare premi più bassi per tutti gli adulti in età compre-

sa tra 18 e 25 anni anche se non stanno più svolgendo una formazione (art. 61 cpv. 3 LAMal).

- Nel quadro della revisione parziale menzionata, la legge sancisce anche che l'assicuratore della madre deve assumere i costi delle prestazioni per un neonato sano, finché soggiorna con la madre all'ospedale (art. 29 cpv. 2 lett. d LAMal).
- In base alla prima revisione della LAMal saranno escluse dall'assicurazione obbligatoria le persone che assolvono il servizio militare o il servizio civile per più di 60 giorni consecutivi e che sono affiliate all'assicurazione militare (art. 3 cpv. 4 LAMal).
- La decisione dell'assicuratore Visana dell'agosto 1998 di ritirarsi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in otto Cantoni (AI, AR, GE, GL, GR, JU, NE, TG) ha dimostrato la solidità e la fondatezza del sistema di libero passaggio. Il ritiro era stato autorizzato dal DFI a condizioni severe, segnatamente il divieto di praticare nei Cantoni menzionati per dieci anni. 104'000 assicurati, quindi, hanno dovuto mettersi alla ricerca di una nuova cassa; tuttavia la LAMal garantiva l'ammissione senza riserve a tutte le casse di loro scelta, indipendentemente dal loro stato di salute, dall'età e dal sesso. La grande maggioranza degli assicurati interessati ha trovato da sola un altro assicuratore. Gli uffici cantonali di vigilanza sono dovuti intervenire solo in 7000 casi circa e hanno cercato di collocare le persone che non avevano ancora cercato o trovato un assicuratore. L'obbligo, emanato anch'esso dal DFI, di trasferire una parte della sostanza ai nuovi assicuratori affiliati non è stato avallato dal Tribunale federale delle assicurazioni, che ha motivato la sua decisione con il fatto di non trovare nessuna base legale per un obbligo simile. Nel frattempo la LAMal è stata adeguata nell'ambito della prima revisione parziale della stessa (art. 13 cpv. 5 LAMal).
- Dopo che un assicuratore ha lanciato un prodotto che consentiva di assicurare il rischio di una franchigia opzionale («Visana-Limit»), la possibilità di assicurare tale rischio è stata esplicitamente proibita per il futuro nell'ambito della prima revisione parziale della LAMal con l'obiettivo di evitare una desolidarizzazione tra gli assicurati. In base ai premi, che in simili prodotti sono graduati a seconda del rischio per la salute, soltanto assicurati giovani e sani avrebbero potuto approfittare dell'offerta e anche l'effetto di contenimento dei costi della franchigia più elevata sarebbe venuto meno (art. 62 cpv. 2<sup>bis</sup> e 64 cpv. 8 LAMal).
- Nell'ambito della prima revisione parziale della LAMal, inoltre, è stato semplificato il disciplinamento relativo al cambio di assicuratore. Quando in autunno gli assicuratori comunicano i premi per il nuovo anno, in futuro gli assicurati potranno cambiare cassa con un preavviso di un mese anche se i premi del loro assicuratore attuale non aumentano (art. 7 cpv. 2 LAMal).
- Inoltre, nell'ambito della prima revisione parziale, agli assicuratori è ora vietato esplicitamente collegare la disdetta dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie con quella delle assicurazioni complementari e consentire una disdetta solo per entrambe contemporaneamente (art. 7 cpv. 7 e 8 LAMal).

## 4.3

## Contenimento dell'evoluzione dei costi

Contenere i costi rappresenta il secondo obiettivo importante della LAMal. Per raggiungerlo è stata approntata tutta una serie di strumenti intesi a favorire gli accordi tra i diversi attori del settore sanitario svizzero e a rendere questi ultimi più responsabili.

### 4.3.1

### Ospedali

Il settore ospedaliero (trattamenti ospedaliero e semi-ospedaliero) rappresenta la voce più importante dei costi (circa un quarto) nell'ambito delle spese a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Non sorprende, quindi, che il finanziamento ospedaliero sia la questione che dà luogo alle maggiori divergenze d'interpretazione tra assicuratori e Cantoni che si suddividono tale onere. La controversia principale riguarda l'eventuale partecipazione dei Cantoni ai costi causati dai pazienti ricoverati in reparti privati o semiprivati. Attualmente le spese di ricovero di un assicurato privato o semiprivato nel proprio Cantone sono interamente a carico degli assicuratori. La LAMal si contenta di fissare, per i Cantoni, l'obbligo di assumere almeno il 50 per cento delle spese di ricovero in un reparto comune di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico (art. 49 cpv. 1 LAMal).

Sviluppi:

- Per quanto concerne l'assunzione delle spese di ricovero per motivi di ordine medico fuori dal Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal), si è posta la questione di sapere se anche il Cantone di domicilio era tenuto a partecipare a trattamenti in reparto privato o semiprivato. In due sentenze pronunciate nel dicembre 1997, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) è giunto alla conclusione che l'obbligo contributivo del Cantone in caso di degenza extracantonale esiste indipendentemente dal tipo di reparto di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico sempreché l'ospedale figuri in un elenco cantonale degli ospedali quale fornitore di prestazioni LAMal. Ha ritenuto che, in caso di degenza in un reparto privato o semiprivato, i costi sono assunti come se l'assicurato fosse stato ricoverato in un reparto comune. Se l'ospedale non dispone di un reparto comune, una tariffa di riferimento funge da scala. Il TFA ha basato il suo giudizio soprattutto sull'obiettivo perseguito dall'articolo di legge in questione, ovvero la ripartizione degli oneri tra i Cantoni e il potenziamento del coordinamento intercantonale. Ha stimato che una compensazione era opportuna tra i (piccoli) Cantoni che, per motivi di politica sanitaria, non sono in grado di offrire determinate prestazioni ospedaliere e quei Cantoni che dispongono di infrastrutture ospedaliere sviluppate cofinanziate dalle imposte dei domiciliati nel Cantone.

Sulla questione – immediatamente sollevata dagli assicuratori – della partecipazione, per analogia, del Cantone ai costi dei trattamenti ospedalieri in reparto privato e semiprivato anche *all'interno* dello stesso Cantone, il TFA non si è pronunciato. Essa è al centro della seconda parte della revisione della LAMal di cui adotteremo il messaggio ancora quest'anno. In effetti il tempo stringe perché, nell'attesa che la situazione sia chiarita dalla legge, i

Cantoni e gli assicuratori, tramite il DFI, sono giunti a un accordo che ha posto fine all'incertezza giuridica generata dalle divergenze dei punti di vista delle due parti. L'accordo è tuttavia limitato al 31 dicembre 2000 con la possibilità di essere rinnovato ancora solo per un anno. Concluso nel settembre 1998, prevede principalmente che i Cantoni continuino a non versare contributi al finanziamento delle prestazioni ospedaliere in reparto privato o semi-privato all'interno del proprio territorio, ma che partecipino al finanziamento dei ricoveri dei propri domiciliati fuori dal Cantone, come stabilito dal TFA. Gli assicuratori rinunciano a presentare ricorso in attesa delle disposizioni definitive della legge.

- Nell'*avamprogetto di revisione parziale della LAMal in materia di finanziamento ospedaliero*, posto in consultazione nel marzo 1999, ci siamo impegnati a proporre un sistema che definisse chiaramente la partecipazione dei partner al finanziamento ospedaliero con l'obiettivo primario di eliminare eventuali distorsioni e di porre un freno alle spese e non semplicemente di trasferirle da un partner all'altro.
- L'avamprogetto prevede che la giurisprudenza del TFA relativa ai ricoveri extracantonali sia applicata ai trattamenti ospedalieri all'interno del Cantone e che i Cantoni assumano il 50 per cento delle spese di degenza di tutti i pazienti indipendentemente dal reparto in cui sono ricoverati e dalla loro copertura assicurativa, sempreché lo stabilimento ospedaliero figuri sull'elenco del Cantone. Questa proposta applica il principio, alla base della LAMal, di un sistema assicurativo unico con le stesse regole per tutti gli assicurati, dato che anche i pazienti privati pagano l'assicurazione di base.
- La distinzione tra reparto comune e privato non sarà più determinante per quanto riguarda la partecipazione dei Cantoni alle spese di ricovero. In effetti - seconda innovazione - un sistema di finanziamento per prestazioni, secondo costi stabiliti in anticipo, sostituirà il sistema di finanziamento per stabilimento. Non saranno più rimborsati i costi effettivi, ma prestazioni il cui costo è stabilito in anticipo, per esempio sotto forma di forfait per caso o per reparto. Le spese che non rientreranno nel calcolo delle prestazioni di cura vere e proprie – per esempio la possibilità di disporre di una camera singola – saranno fatturate a parte e finanziate ricorrendo ad altre fonti (assicurazioni complementari). Per consentire confronti validi per tutta la Svizzera e un rimborso semplice tra i Cantoni, si prevede di applicare in tutto il Paese una struttura unica per le tariffe forfetarie. Tutto ciò contribuirà a rendere i costi ancor più trasparenti.
- La nuova perequazione degli oneri tra Cantoni e assicuratori, quindi, porrà un freno alla tendenza dei Cantoni di trasferire cure dispensate nel settore ospedaliero – da loro sussidiate – al settore semiospedaliero, completamente a carico degli assicuratori e, di conseguenza, degli assicurati.
- Infine la pianificazione ospedaliera assumerà un'importanza ancora maggiore poiché i Cantoni dovranno finanziare i ricoveri in tutti gli stabilimenti che figurano sull'elenco degli ospedali. I Cantoni avevano tempo fino al 1° gennaio 1998 per presentare la loro pianificazione ospedaliera, strumento previsto dalla LAMal per ridurre le capacità eccedenti nel settore ospedaliero. Prevedendo misure per prospettive molto differenti che abbracciano un arco temporale compreso tra il 2000 e il 2010 e a causa anche di numerosi ricorsi

pendenti, alcune pianificazioni non hanno ancora potuto spiegare tutti i loro effetti. Sarà possibile ottenere una migliore trasparenza dei costi e, di conseguenza, consentire una comparabilità se gli ospedali calcoleranno i propri costi e registreranno le proprie prestazioni secondo un metodo uniforme (art. 49 cpv. 6 LAMal). L'emanazione da parte nostra dell'ordinanza corrispondente è attualmente ancora in sospeso.

#### **4.3.2 Strutture tariffali per tutta la Svizzera («trasparenza»)**

Le tariffe e i prezzi sono fissati per principio in convenzioni concluse tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal, le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. La struttura consente di determinare in punti il valore astratto di ogni prestazione nonché la relazione tra i valori delle singole prestazioni. Se le parti alla convenzione non si accordano sulla struttura tariffale uniforme, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale. Il valore del punto, invece, e quindi il costo finale della prestazione, è oggetto di negoziati tra i partner a livello cantonale e può variare. Strutture tariffali uniformi a livello svizzero sono già in vigore per diversi fornitori di prestazioni: è il caso di levatrici, dietisti, fisioterapisti e delle cure a domicilio o ambulatoriali fornite da personale infermieristico.

Un settore tuttavia, il più importante quanto al volume dei costi, manca all'appello: quello delle prestazioni dei medici. La situazione attuale è tutt'altro che soddisfacente: esistono oltre 26 tariffe cantonali diverse, disparità salariali scioccanti tra specialisti e generalisti si sono consolidate nel corso del tempo, le prestazioni tecniche sono in generale sopravvalutate a danno di quelle che richiedono tempo come, per esempio, i colloqui tra medico e paziente. Se il principio di una struttura uniforme è incontestato, la sua elaborazione, tuttavia, si scontra con interessi particolari divergenti. Da oltre dieci anni i partner tariffali (Federazione dei medici svizzeri FMH, H+ Gli ospedali svizzeri, Concordato degli assicuratori malattia e INSAI) discutono per istituire una nuova struttura tariffale medica, nota fino a poco fa con il nome di GRAT e, adesso, di *TarMed*. A medio e lungo termine, grazie alla trasparenza ottenuta con una tariffa uniforme, la nuova struttura dovrebbe esercitare un effetto frenante sui costi e riequilibrare prestazioni intellettuali e tecniche. Se i partner alla convenzione non riuscissero a mettersi d'accordo rapidamente, saremo costretti a emanare noi una struttura tariffale.

#### **4.3.3 Spitex e case di cura**

Durante la fase introduttiva della LAMal è stata constatata un'insufficiente trasparenza dei costi nel settore dello Spitex e delle case di cura. Secondo l'articolo 43 capoverso 7 LAMal il Consiglio federale può stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Sulla base di questo articolo il DFI ha stabilito nell'Opre una tariffa limite (art. 9a Opre).

Nel settore dei *medicamenti* la Confederazione possiede ampie competenze. Spetta all'UFAS, sentita la Commissione federale dei medicamenti, allestire l'elenco delle specialità (ES) in cui figurano, con i relativi prezzi, i medicamenti che rientrano nell'offerta di base coperta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I disciplinamenti contenuti nella legge e nell'ordinanza consentono di ammettere nell'ES nuovi preparati «vitali» nel più breve tempo possibile. Questa procedura accelerata permise nel 1996 all'UFAS di iscrivere i nuovi medicamenti contro l'AIDS nell'ES entro appena qualche mese dalla loro omologazione.

La Confederazione s'impegna comunque a utilizzare tutti i mezzi a sua disposizione per ridurre i prezzi dei medicamenti, che rappresentano quasi il 20 per cento dei costi a carico dall'assicurazione malattie. Parallelamente all'entrata in vigore della LAMal, un adeguamento dell'ordinanza relativa alla fissazione dei prezzi dei medicamenti a carico dell'assicurazione malattie ha permesso di riesaminare il prezzo dei vecchi medicamenti. In tale occasione il termine di protezione del prezzo di cui beneficiavano è stato portato da 30 a 15 anni (in compenso, la fissazione del prezzo dei nuovi medicamenti tiene conto di un premio all'innovazione).

Sviluppi:

- La procedura di riesame volta ad abbassare i prezzi prevedeva un confronto con tre Paesi europei di riferimento. Tuttavia, dopo la notifica delle modifiche di prezzo da parte dell'UFAS, i ricorsi interposti da numerosi fabbricanti e importatori di medicamenti avevano rallentato tutto il processo di adeguamento dei prezzi. Dopo lunghi negoziati tra le autorità federali e l'industria farmaceutica è stato possibile trovare un accordo che ha posto fine a una situazione bloccata dal 1996. Entrato in vigore il 1° gennaio 1999, l'accordo introduce cambiamenti nel metodo di confronto che ora tiene conto dei prezzi a partire dal luogo di produzione. Rispetto alla media dei tre Paesi presi a confronto (Germania, Paesi Bassi e Danimarca), le differenze dei costi non vengono completamente corrette. In compenso l'industria farmaceutica si è impegnata a ritirare tutti i ricorsi pendenti. La riduzione di prezzo dei medicamenti interessati è valutata al 18 per cento circa, ovvero a 220 milioni di franchi all'anno.
- Al fine di incoraggiare il consumo di medicamenti generici meno cari, la prima revisione della LAMal accorda ai farmacisti un diritto di sostituzione; invece di un preparato originale, i farmacisti possono consegnare il medicamento generico corrispondente figurante nell'elenco delle specialità a patto che il medico non abbia prescritto espressamente il preparato originale (nuovo art. 52a LAMal).
- Dato che gli introiti delle farmacie dipendono dai prezzi dei medicamenti, la normativa vigente spinge a proporre medicamenti cari e in gran quantità. Con la prima revisione parziale è stato introdotto un nuovo modello di retribuzione delle farmacie che separa la prestazione di consulenza delle stesse e dei medici che preparano e consegnano medicamenti dal prezzo di questi ultimi e le retribuisce in base a tariffe (art. 25 cpv. 2 lett. h LAMal). Emaneremo le disposizioni relative ancora nel corso di quest'anno.
- La nuova legge sugli agenti terapeutici, infine, prevede di autorizzare le importazioni parallele a determinate condizioni. Sarà dunque possibile immet-

tere sul mercato svizzero medicinali esteri più convenienti. Il Consiglio nazionale, Camera prioritaria, ha deciso di adeguare di conseguenza la legge l'8 marzo 2000.

- Anche le *analisi di laboratorio*, la cui percentuale sul volume dei costi è nettamente inferiore a quella dei medicinali, rientrano nelle competenze della Confederazione. Sulla base delle raccomandazioni della commissione della concorrenza e del sorvegliante dei prezzi il DFI ha deciso, a partire dal 1° ottobre 1997, una diminuzione lineare del 10 per cento della tariffa delle 50 analisi effettuate con maggior frequenza.

### **4.3.5 Partecipazione degli assicurati alle spese**

A titolo di una partecipazione minima alle spese, gli assicurati adulti pagano una *franchigia* annuale e un'*aliquota* del 10 per cento sulle spese che superano la franchigia, fino a un massimo di 600 franchi per anno civile.

Le franchigie opzionali mirano a sviluppare negli assicurati una consapevolezza in merito al loro consumo di cure spingendoli eventualmente a rinunciare a determinate prestazioni o a ricorrervi in modo oculato. Le persone che scelgono queste forme assicurative particolari s'impegnano ad assumere una parte più consistente dei costi che causano. In compenso le casse malati concedono loro uno sconto sui premi assicurativi indipendentemente dal fatto che ricorrano o meno a prestazioni.

Sviluppi:

- Affinché l'evoluzione dei costi non si ripercuota solo sui premi, abbiamo aumentato la franchigia di base portandola da 150 a 230 franchi a partire dal 1° gennaio 1998 (art. 103 cpv. 1 OAMal).
- Dall'entrata in vigore della LAMal la maggior parte degli assicuratori concede agli assicurati con franchigie opzionali sconti sui premi che, a partire da un certo importo del premio di base, superano nettamente il rischio massimo assunto dagli assicurati. Per evitare tali distorsioni, avevamo ordinato già nel 1997 una riduzione delle percentuali massime di sconto per le franchigie opzionali (adeguamento dell'art. 95 OAMal per l'1.1.1998).
- Tuttavia questa misura non è stata sufficiente e il 23 febbraio 2000 abbiamo deciso un nuovo adeguamento del sistema delle franchigie opzionali per il 1° gennaio 2001, che vieterà agli assicuratori di offrire sconti superiori al rischio massimo assunto dall'assicurato che sceglie una franchigia opzionale. Senza questo correttivo gli assicuratori finirebbero per ripercuotere il mancato guadagno sui premi penalizzando chi sceglie la sola franchigia di base. D'altro canto gli assicurati avranno la possibilità di modulare gli sconti sui premi secondo le regioni (adeguamento dell'art. 95 OAMal: aggiunta del cpv. 1<sup>bis</sup> e stralcio del cpv. 3).

### **4.3.6 Le forme particolari di assicurazione (HMO, medico di famiglia)**

Le forme particolari di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (HMO, medico di famiglia) attirano sempre più assicurati, anche se la loro percen-

tuale rimane ancora relativamente bassa. Tuttavia non è ancora possibile valutare l'effetto sul contenimento dei costi.

### **4.3.7 Limitazione delle autorizzazioni per fornitori di prestazioni**

Nell'ambito delle deliberazioni in merito alla prima revisione della LAMal il Parlamento ha discusso la possibilità di prevedere, a titolo di misura straordinaria di contenimento dei costi, una limitazione dell'ammissione di nuovi fornitori di prestazioni. La legge prevede ora temporaneamente una tale possibilità (nuovo art. 55a LAMal). Questo offre al nostro Consiglio la possibilità di rendere dipendente da un bisogno l'ammissione di nuovi fornitori di prestazioni a esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione sociale malattie per un periodo limitato fino a tre anni. Spetta al Consiglio federale stabilire i criteri per definire il bisogno. Prima di introdurre la limitazione si dovranno sentire i Cantoni e le associazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. I Cantoni stabiliscono le categorie di fornitori di prestazioni interessate dal provvedimento.

### **4.3.8 Obbligo di concludere una convenzione**

Sempre nell'ambito delle deliberazioni in merito alla prima revisione parziale della LAMal, il Parlamento ha accolto una mozione che chiede di abrogare l'obbligo imposto agli assicuratori di collaborare con tutti i fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare l'assicurazione di base (obbligo di concludere una convenzione). Introducendo questo elemento concorrenziale dovrebbe essere possibile limitare a medio o lungo termine il numero dei fornitori di prestazioni e, di conseguenza, anche la quantità delle prestazioni fornite. Siamo stati incaricati di elaborare una disposizione in merito nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal.

### **4.3.9 Controllo dei premi**

Con l'assicurazione obbligatoria e l'obbligo di pagare i premi, *il controllo e l'approvazione dei premi* dell'assicurazione malattie, di competenza dell'UFAS (art. 21 LAMal), assumono un'importanza notevole. Con il controllo s'intende garantire la sicurezza finanziaria dell'assicuratore ricorrendo ai criteri della solvibilità e delle riserve legali. Esso deve però anche tener conto del principio della parità di trattamento degli assicurati, in particolare in relazione ai premi graduabili a seconda delle differenze cantonali dei costi. Per garantire che i premi siano calcolati in modo corretto e trasparente, l'UFAS deve giudicare anche se le ipotesi sull'evoluzione dei costi, sulle quali si basano gli assicuratori quando aumentano i premi, sono plausibili.

Sviluppi:

- Dall'entrata in vigore della LAMal il 1° gennaio 1996 la procedura di controllo è stata adeguata e migliorata di anno in anno cosicché si è instaurata una collaborazione regolare tra la Confederazione e i Cantoni e tra i Cantoni e gli assicuratori. In base a una modifica della LAMal entrata in vigore il

1° luglio 1999, i Cantoni possono chiedere dagli assicuratori gli stessi documenti ufficiali di cui l'autorità federale ha bisogno per approvare le tariffe dei premi. Possono utilizzarli tuttavia soltanto per esprimere un parere destinato alla Confederazione o per informare gli assicurati sulla giustificazione dei premi approvati (art. 21a LAMal).

- Affinché l'UFAS possa svolgere il suo compito di controllo nel modo più efficiente possibile, nella prima revisione parziale della LAMal è stato sancito esplicitamente che l'UFAS può intervenire direttamente presso gli assicuratori e sanzionarli con multe disciplinari se commettono infrazioni contro disposizioni della LAMal (art. 93a LAMal).
- Per evitare aumenti dei premi non necessari per motivi attuariali, abbiamo modificato l'OAMal per il 1° gennaio 1998 e autorizzato gli assicuratori con oltre 250 000 assicurati ad abbassare il tasso minimo delle riserve della sostanza portandolo dal 20 al 15 per cento dei premi dovuti (art. 78 cpv. 4 OAMal).
- Con la prima revisione parziale della LAMal, infine, viene introdotta anche un'unificazione delle regioni di premi per tutti gli assicuratori. L'UFAS ha ora la competenza di stabilire unitariamente le regioni per tutti gli assicuratori. Finora questi ultimi potevano determinare liberamente le regioni, fatto questo che rendeva difficile agli assicurati confrontare i premi e all'UFAS controllare le tariffe dei premi (art. 61 cpv. 2 LAMal).

### **4.3.10 Stanziamento globale di bilancio nel settore ambulatoriale**

La mancanza di provvedimenti adeguati a contenere i costi a livello cantonale nel settore ambulatoriale non è rimasta priva di conseguenze: dall'introduzione della LAMal questo settore ha registrato ogni anno il maggiore aumento dei costi. Mentre i Cantoni influenzano l'evoluzione dei costi nel settore ospedaliero (pianificazione ospedaliera, stanziamento globale di bilancio), nel settore ambulatoriale possono intervenire solo se i partner tariffali non trovano un accordo. Nel messaggio del 21 settembre 1998 relativo alla prima revisione parziale della LAMal proponevamo di conferire ai Cantoni la competenza di prevedere uno stanziamento globale di bilancio per i settori ambulatoriale e semiospedaliero. Il Parlamento ha rimandato la proposta perché sia trattata nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal.

### **4.4 Prestazioni di alta qualità**

Uno degli obiettivi principali della LAMal consiste nel procurare a tutti gli assicurati l'accesso a una copertura medica di alta qualità. Il conseguimento di questo obiettivo è garantito dall'obbligo generale d'assicurazione e dalla prescrizione di un catalogo unitario delle prestazioni per tutti gli assicurati.

Con l'introduzione della LAMal il catalogo è stato esteso a prestazioni repute indispensabili per una copertura medica di base di qualità: si tratta principalmente dell'assunzione di determinate misure di prevenzione, dello Spitex e di cure in case

di cura nonché della soppressione del limite previgente di durata dell'assunzione delle spese per le degenze ospedaliere.

Il catalogo unico di prestazioni aumenta anche la trasparenza essendo oramai possibile confrontare i premi dei diversi assicuratori. Prima della LAMal gli assicuratori avevano carta bianca e rimborsavano determinate prestazioni volontariamente anche se queste non figuravano sul catalogo delle prestazioni.

Nella LAMal si parte dal principio che tutte le prestazioni fornite da medici (e da chiropratici) sono assunte dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Il DFI è autorizzato a indicare le prestazioni contestate che non sono rimborsate o lo sono solo a determinate condizioni. Per contro, in fondo agli elenchi dei mezzi ausiliari, delle analisi e delle specialità (medicamenti) figurano le prestazioni rimborsabili obbligatoriamente. Questo vale anche per le prestazioni nell'ambito della medicina preventiva.

Sviluppi:

- La procedura di ammissione di nuove prestazioni, di competenza diretta della Confederazione, ha assunto un'importanza ancora maggiore con l'introduzione della LAMal. L'adeguamento periodico del catalogo delle prestazioni è indispensabile per garantire un'assicurazione di base di alta qualità. Tuttavia bisogna soddisfare sia la necessità di tener conto dei progressi della medicina che gli sforzi di contenere i costi. Raggruppando specialisti provenienti da tutti i settori interessati, la *commissione delle prestazioni* ha l'oneroso incarico di esaminare l'opportunità di ammettere nuove prestazioni sulla base dei tre criteri definiti nella legge: efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 LAMal). In seguito, essa trasmette le sue raccomandazioni al DFI che prende la decisione finale. È stato presto evidente che l'enorme carico di lavoro che incombe sulla commissione delle prestazioni minacciava di paralizzare il processo. È stato quindi deciso di riorganizzarla. La nuova struttura è entrata in vigore il 1° gennaio 1998 e comprende l'istituzione di una Commissione federale delle questioni fondamentali che coordina le *commissioni* specializzate, già esistenti, *delle prestazioni generali e dei medicamenti*, alle quali se ne aggiungono altre due, la *commissione delle analisi* e quella *dei mezzi e degli apparecchi*. La riorganizzazione ha consentito inoltre di rappresentare meglio gli assicurati nonché la medicina complementare e quella preventiva.
- Una *commissione delle questioni fondamentali*, che tratta temi generali quali l'etica e la protezione dei dati, funge anche da forum di discussione di questioni che, in parte, suscitano un notevole interesse anche nell'opinione pubblica (assunzione dei costi di medicamenti particolarmente costosi come il *Novoseven* o di prodotti «life style» come il *Viagra* o lo *Xenical*).
- L'ammissione di nuove prestazioni a carico dell'assicurazione di base tramite il DFI è una questione delicata e complessa. Un elemento della valutazione è costituito sempre da una stima dei costi che le nuove prestazioni causerebbero. Oltre ai criteri fissati dalla legge, il DFI può stabilire anche *condizioni per l'ammissione di nuove prestazioni*, per esempio una limitazione temporale o la condizione che il trattamento possa essere effettuato solo da fornitori di prestazioni che hanno seguito una formazione particolare. È il caso delle cinque nuove discipline della medicina complementare, rimborsate dal 1° luglio 1999. Trattamenti nei settori della medicina antro-



L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è attualmente finanziata mediante un sistema di finanziamento misto che si avvale dei contributi delle economie private e delle imposte. Le cifre precise relative all'entità e all'evoluzione delle singoli voci figurano nelle tabelle 1 e 2 allegate al presente messaggio (qui di seguito sono *in corsivo i dati relativi all'anno indicato, espressi in milioni di franchi*).

- *Premi (pro capite) versati dagli assicurati (1998: 12 604)*. Ogni persona assicurata è tenuta a pagare un premio fin dalla nascita. Il premio deve essere ridotto fino all'età di 18 anni compiuti e può esserlo fino a 25 anni compiuti (persone in formazione) Non devono influire sulla determinazione del premio né l'età, né il sesso, né lo stato di salute o la capacità finanziaria. L'ammontare del premio deve essere uguale per tutte le persone adulte assicurate presso lo stesso assicuratore malattie in un Cantone e in una regione (art. 61 LAMal). Tale sistema viene designato per semplificazione come «sistema dei premi pro capite».
- *Partecipazione degli assicurati ai costi (1998: 2097)*. Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni loro fornite in tre modi: gli adulti pagano una franchigia ordinaria di 230 franchi o, a titolo facoltativo, una franchigia superiore. Inoltre pagano un'aliquota del 10 per cento limitata a 600 franchi all'anno per gli adulti e a 300 franchi per i bambini. Più componenti di una stessa famiglia di età inferiore a 18 anni pagano complessivamente al massimo la franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale di un adulto (art. 64 LAMal). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari (art. 64 cpv. 5 LAMal). Tale contributo ammonta, ai sensi dell'articolo 104 capoverso 1 OAMal, a 10 franchi per ogni giorno di degenza ospedaliera. Il contributo deve essere essenzialmente pagato dalle persone prive di obblighi di mantenimento.
- *Sussidi federali e cantonali destinati alla riduzione dei premi (1998: 2491)*. I Cantoni riducono i premi degli assicurati di condizioni economiche modeste. Dispongono di ampia libertà per quanto riguarda le modalità d'esecuzione. L'ammontare annuo dei sussidi federali viene stabilito mediante decreto federale semplice valevole per quattro anni. Nel contempo viene fissato l'ammontare del sussidio mediante il quale i Cantoni devono completare i sussidi della Confederazione. I Cantoni hanno la possibilità di ridurre al massimo del 50 per cento il contributo che sono tenuti ad assumersi. Il sussidio federale concesso è in questo caso ridotto in misura corrispondente (art. 65 e 66 LAMal).
- *Sovvenzionamento dei Cantoni per le prestazioni ospedaliere (1998: 4897)*. I Cantoni sono tenuti a coprire mediante introiti fiscali almeno il 50 per cento dei costi amministrativi correnti per i pazienti del reparto comune di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico (art. 49 cpv. 1 e 2 LAMal). Sono inoltre tenuti a versare tale contributo anche per gli abitanti del Cantone che hanno sottoscritto un'assicurazione per il reparto privato o semiprivato, i quali per ragioni mediche o in caso di emergenza sono ricoverati fuori dal Cantone di domicilio. In virtù di un «accordo di moratoria» sottoscritto

tra la maggioranza degli assicuratori malattie e tutti i Cantoni, fino alla fine del 2000 i Cantoni non pagheranno questo sussidio per le persone assicurate in reparto privato o semiprivato che sono ricoverate nel loro Cantone, nel caso in cui tali assicurati non fossero degenti nel reparto comune.

- *Allestimento di infrastrutture da parte di Cantoni e Comuni (1996: 745)*. I Cantoni e i Comuni finanziano direttamente (in parte) la costruzione di ospedali e di installazioni di cura. Si assumono inoltre anche le spese (in parte) delle (maggiori) acquisizioni infrastrutturali correnti.
- *Proventi da capitale e altre entrate (1998: 331)*. Alle principali fonti di finanziamento finora menzionate si aggiungono i proventi da capitale provenienti da riserve e accantonamenti e i proventi dalla sostanza degli assicuratori, anche se in un sistema di finanziamento per ripartizione a questi ultimi viene attribuita un'importanza secondaria.
- *Compensazione dei rischi (ridistribuzione 1998: 609)*. Tra gli assicuratori malattie vige una compensazione dei rischi finanziata mediante i premi (art. 105 LAMal). In tal modo, i costi sono ripartiti tra gli assicuratori malattie che presentano un numero di assicurati onerosi superiore alla media e quelli che sono nella situazione inversa. La compensazione dei rischi non è una componente del finanziamento dell'assicurazione malattie nel suo insieme, bensì del finanziamento dei singoli assicuratori, di cui completa o diminuisce le entrate. Per quanto riguarda la ridistribuzione è importante unicamente la suddivisione degli assicurati per classi di età e sesso. Le modalità di calcolo della compensazione dei rischi implica che la somma dei contributi versati al fondo di compensazione corrisponda ai contributi provenienti dal medesimo. Nel 1998 sono stati ridistribuiti tra gli assicuratori malattie 609 milioni di franchi nel quadro della compensazione dei rischi (rapporto di gestione 1998 dell'istituzione comune LAMal).

### **5.3 Finanziamento dell'assicurazione sociale malattie nel contesto del finanziamento di tutte le assicurazioni sociali**

Nel messaggio del 2 febbraio 2000 sull'11<sup>a</sup> revisione dell'AVS abbiamo presentato quale obiettivo prioritario il consolidamento finanziario delle assicurazioni sociali. Partiamo dal presupposto che, grazie alle misure finora adottate, l'aumento dei costi dell'assicurazione malattia causato dai progressi della medicina, a cui si aggiunge quello dovuto all'evoluzione salariale e demografica, potrà essere limitato al 2 per cento negli anni 2000-2003, all'1,2 per cento negli anni 2004-2010 e allo 0,5 per cento a partire dal 2011. Questa stima andrebbe riveduta, qualora il popolo accettasse una o tutte le iniziative popolari pendenti – «Per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», «Per costi ospedalieri più bassi» e «Per farmaci a prezzi più bassi» –, oltre a quella sulla salute, dato che in questo caso ci si dovrebbe attendere tendenzialmente un aumento dei costi dell'assicurazione malattie. Nel messaggio sull'11<sup>a</sup> revisione dell'AVS, siamo partiti dal presupposto che per finanziare l'assicurazione sociale malattie nel 2025 vi sarà un maggior fabbisogno, rispetto all'anno 2000, equivalente a 3,5 punti percentuali dell'imposta sul valore aggiunto. Per coprire il maggior fabbisogno dell'assicurazione malattie in materia di finanziamento, riteniamo tuttavia di far capo in primo luogo ai premi dell'assicurazione

malattie. L'aumento dei costi di cui si è riferito nel numero 1.1.3.2 del messaggio sull'11<sup>a</sup> revisione dell'AVS è stato espresso in punti percentuali dell'IVA, al fine di creare un termine di paragone comune a tutti i rami delle assicurazioni sociali.

## **5.4 Evoluzione finanziaria dall'entrata in vigore della LAMal nel 1996**

Il fabbisogno finanziario del sistema sanitario elvetico ammonta attualmente a circa 40 miliardi di franchi all'anno (1996 36,96 mia. fr.; *Ufficio federale di statistica, Kosten des Gesundheitswesens* [d, f], p. 36, 1998). Questo importo comprende l'insieme dei costi del sistema sanitario, incluse per esempio le spese pubbliche di amministrazione e di prevenzione oppure le spese delle economie domestiche per prestazioni non assicurate, quali le prestazioni dentarie o l'acquisto di medicinali senza prescrizione medica.

Il finanziamento del sistema sanitario avviene in notevole misura tramite l'assicurazione malattie: nel 1996 le casse malati (assicurazione di base e complementare) hanno finanziato prestazioni per un ammontare di circa 18 miliardi di franchi, corrispondente a circa il 50 per cento dei costi complessivi. Nel 1985 la quota delle casse malati era soltanto del 40 per cento (*Statistica UST, op. cit., p. 38*).

Mentre nel 1996 i costi globali corrispondevano a una quota poco superiore al 10 per cento del PIL (*Statistica UST, op. cit., p. 7*), i costi veri e propri per le cure di base ai sensi della LAMal possono essere stimati a un valore appena superiore al 5 per cento del PIL. Per spese per le cure di base ai sensi della LAMal si intendono le spese dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e il sovvenzionamento cantonale degli ospedali pubblici.

Il 5 per cento del PIL è considerata una percentuale piuttosto bassa per una copertura medica di alta qualità, e ciò anche nel raffronto internazionale.

Dalle *tabelle 1 e 2 in allegato* si evince che

- l'essenziale del finanziamento, ossia poco più di due terzi, è garantito dai premi pro capite e dalla partecipazione degli assicurati ai costi;
- l'onere finanziario delle economie private è nettamente aumentato tra il 1992 e il 1996 (passaggio alla LAMal). Tale aumento è dovuto unicamente alla diminuzione proporzionale dei sussidi cantonali. Se nel 1998 le economie pubbliche cantonali avessero assunto la stessa quota del 1992, avrebbero dovuto assumersi, al posto delle economie private, costi supplementari dell'ordine di 1,3 miliardi di franchi;
- nel 1998 la quota degli enti pubblici (Confederazione e Cantoni) è di nuovo lievemente aumentata, in conseguenza dei maggiori sussidi destinati alla riduzione dei premi;
- la quota dei Cantoni al finanziamento degli istituti ospedalieri (sovvenzioni) è diminuita, a continuazione della tendenza osservata nell'ultimo decennio, anche nel 1998 (*Ufficio federale di statistica, Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens* [d, f], Neuchâtel 2000).

Dato che i cambiamenti avvenuti nei bilanci pubblici vanno attribuiti esclusivamente all'aumento dei sussidi destinati alla riduzione dei premi, se i premi continueranno a salire ci si dovrà attendere che la quota di finanziamento delle economie domestiche andrà di nuovo aumentando. Sarebbe questo il caso se gli aumenti dei premi superassero il tasso di crescita annuo (1,5 %) dei mezzi finanziari di cui la Confederazione dispone per ridurre i premi.

## **5.5 Basi per la valutazione del finanziamento attuale**

### **5.5.1 Obiettivi del messaggio LAMal del 1991**

Come già esposto nella visione generale al numero 4, nel messaggio del 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattie il nostro Collegio ha definito tre obiettivi che la riforma deve raggiungere:

- *il rafforzamento della solidarietà* tra le persone malate e sane, giovani e anziane, nonché economicamente benestanti e di condizione economica modesta;
- *il contenimento dei costi*: l'obiettivo fissato nel messaggio sarà completamente raggiunto quando l'aumento annuo delle spese pro capite per la salute sarà adeguato all'evoluzione generale dei salari e dei prezzi (cfr. n. 5.5.3);
- *la qualità*, ossia la garanzia di una copertura medica di alta qualità finanziariamente sopportabile.

### **5.5.2 Esigenze dal profilo economico**

Oltre agli obiettivi menzionati che il legislatore si è prefisso in merito alla LAMal, nell'ottica economica occorre porre al finanziamento le seguenti esigenze:

- non deve porre falsi incentivi per gli operatori;
- non deve falsare la competenza;
- deve suscitare un'armonia tra competenze decisionali e responsabilità in materia di finanziamento;
- per poter essere accettato, deve presentare una struttura semplice e trasparente;
- deve poter essere amministrato a costi contenuti.

### **5.5.3 La questione del «corretto» livello dei costi**

In relazione all'obiettivo della LAMal di contenere i costi, gli ambienti economici fanno notare che non esiste un «corretto» livello dei costi. Secondo loro, non ha quindi alcun senso correlare le spese della salute a indicatori, quali l'evoluzione dei salari, l'evoluzione del PIL ecc.; tutte le dichiarazioni in tal senso dovrebbero essere prese con la massima cautela. La «quota della salute», vale a dire la quota delle spese per la salute rispetto al PIL, aumenterà anche in futuro, sia perché il progresso tecnico non può essere arrestato sia per il fatto che nei Paesi benestanti come la

Svizzera si assiste a un continuo aumento della domanda ma anche dell'offerta di prestazioni sanitarie. L'unica questione che si pone dal punto di vista economico è di sapere se i costi sono conformi al mercato o se le decisioni in merito all'impiego delle scarse risorse a disposizione sono prese nell'ambiente adeguato e se gli incentivi per gli operatori del sistema sanitario sono adatti. Sempre secondo gli ambienti economici, le circostanze menzionate sono considerate appropriate quando le decisioni sono state prese tenendo conto dei principi di economicità, efficacia e opportunità contenuti nella LAMal.

Anzitutto va detto che gli obiettivi del nostro messaggio possono trovarsi in contrapposizione, da un punto di vista puramente economico, con i principi di finanziamento. Quando si verifica un simile caso, gli obiettivi d'ordine giuridico e politico prevalgono. La fissazione di incentivi economici non deve nemmeno condurre a un sistema di «medicina a due velocità». A questo proposito vi è attualmente una grande unità di vedute, nonostante il fatto che su altre questioni fondamentali del sistema sanitario e del relativo finanziamento vi siano opinioni e interessi diversi.

Fin dall'introduzione della LAMal, i tassi di crescita dei costi si sono sempre situati al di sopra dell'obiettivo, fissato nel messaggio, di adeguare l'aumento annuo delle spese pro capite per la salute all'evoluzione dei salari e dei prezzi (vedi n. 5.5.1). A questo proposito, occorre tuttavia tener presente quanto segue: i costi pro capite della popolazione per la salute (e di riflesso i premi individuali) sono il prodotto delle due variabili prezzo e quantità. L'elemento quantitativo non consente di equiparare l'aumento dei costi della salute a un indice dei prezzi. Non fosse altro che per questo motivo, è difficile che si possa soddisfare l'esigenza formulata nel messaggio LAMal del 1991. È vero che con l'istituzione di modelli managed-care la LAMal offre agli assicuratori malattie la possibilità di influenzare la quantità delle prestazioni fornite. Per diversi motivi (nessun incentivo di investimenti aziendali per tali modelli nell'assicurazione di base, pressione dei premi troppo debole, nessuna pressione del mercato per i fornitori di prestazioni) i successi in tal senso rimangono molto circoscritti. Vi è inoltre il fatto che le componenti della crescita dei costi legata al progresso medico non dipendono dall'evoluzione generale dei salari e dei prezzi. Si può pertanto prevedere che l'obiettivo descritto nel messaggio del 1991 non potrà essere raggiunto completamente nemmeno in futuro.

## **5.6 Valutazione del finanziamento in base ai criteri definiti al numero 5.5**

### *a. Obiettivo della LAMal «Solidarietà tra persone sane e malate»*

Il *premio pro capite* unico per gli adulti conduce a una completa solidarietà tra le persone sane e malate in seno alle regioni di premi di una cassa. Tuttavia tale solidarietà non è generalizzata, dato che le casse malati devono graduare i premi per i bambini e che possono farlo anche per i giovani adulti in formazione, anche se questo diritto diventerà presto parzialmente un dovere (cfr. n. 4.2.3).

La solidarietà tra persone sane e persone malate è relativizzata anche dal fatto che gli assicuratori presentano rischi collettivi molto diversi. Gli assicuratori malattie i cui assicurati richiedono prestazioni mediche più frequenti rispetto alla media riscuotono premi superiori alla media, anche se esiste una *compensazione dei rischi* tra assicuratori malattie. Per la redistribuzione nell'ambito della compensazione dei rischi esistente, ha importanza soltanto la ripartizione degli assicurati per classi di

età e per sesso. Alcune ricerche mostrano che la compensazione dei rischi basata su criteri di età e di sesso compensa solo in parte la struttura dei rischi degli assicuratori (*Spycher Stefan*, *Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung*, Berna 2000).

Anche le *franchigie* e l'*aliquota percentuale* indeboliscono la solidarietà tra le persone sane, meno sane e malate, poiché sono soltanto le prime a non dover sopportare tali costi. Tuttavia questa minore solidarietà è scientemente accettata, affinché gli assicurati che devono scegliere – d'intesa con il loro medico – una terapia tengano conto delle considerazioni di rapporto costi/benefici.

Le suddette limitazioni dipendono tuttavia dal sistema e non hanno effetti tangibili sugli assicurati per quanto riguarda uno degli obiettivi della LAMal. Esiste in particolare anche per gli assicurati che godono di cattiva salute la possibilità, senza alcuna restrizione, di cambiare un assicuratore che riscuote premi superiori alla media a causa della sfavorevole struttura del rischio e di sceglierne uno più vantaggioso.

*b. Obiettivo della LAMal «Solidarietà tra assicurati benestanti e assicurati di condizione economica modesta»*

La solidarietà tra assicurati benestanti e assicurati di condizione economica modesta è garantita grazie ai *sussidi destinati alla riduzione dei premi, alle sovvenzioni cantonali e comunali per degenze ospedaliere* come pure all'allestimento di infrastrutture da parte di Cantoni e Comuni. Tutti i costi di queste prestazioni sono finanziati tramite introiti fiscali.

Tuttavia l'entità di questa solidarietà è relativamente modesta nel raffronto internazionale. La *quota di finanziamento dell'ente pubblico* ammonta globalmente soltanto a un terzo (cfr. *tabella 1 in allegato*). Di regola, beneficiano attualmente dei contributi destinati alla riduzione dei premi, finanziati mediante introiti fiscali, soltanto le persone con un reddito basso. La questione della ripartizione dei costi della salute ha assunto maggiore importanza negli ultimi anni, proprio perché vi è stato uno spostamento dell'onere finanziario dal settore pubblico a quello privato (cfr. n. 5.4), in particolare per le persone con reddito medio.

D'altra parte, il passaggio dal sovvenzionamento secondo il vecchio diritto (generale riduzione dei premi secondo il cosiddetto «principio dell'annaffiatoio» al *sistema di riduzione individuale dei premi* introdotto dalla LAMal, ha comportato un aumento generale dei premi dell'ordine del 10 per cento. Queste sovvenzioni sono ora versate in altro modo e destinate in modo mirato soltanto agli assicurati che, date le loro condizioni economiche, beneficiano di una riduzione individuale dei premi. Gli assicuratori dovevano infatti compensare la perdita delle entrate legate alle sovvenzioni con un corrispondente aumento del livello generale dei premi. Questo effetto era atteso e si è esplicito come previsto.

Inoltre l'*introduzione di premi uniformi* per gli adulti ha comportato per il primo gruppo d'età di entrata degli adulti un aumento medio dei premi di circa l'11 per cento. Ciò si spiega per il fatto che agli assicurati anziani che versavano premi molto elevati secondo il vecchio diritto è stato ridotto l'onere dei premi. Si sono dovute compensare le perdite così registrate adeguando di conseguenza il premio di base. Questo adeguamento ha tuttavia rafforzato la solidarietà tra assicurati giovani e assicurati anziani risolvendo i problemi che si presentavano per questi ultimi in caso di fusioni delle casse.

Il sistema di riduzione individuale dei premi introdotto nella nuova legge allevia di regola soltanto gli oneri delle categorie di reddito più basso. Per il *settore inferiore del reddito medio*, a seconda della struttura cantonale, spesso non è efficace. Lo studio menzionato nel numero 4.2.1 relativo all'efficacia della politica sociale in materia di sistemi cantonali di riduzione dei premi (*Balthasar*, op. cit.) ha dimostrato che in 12 dei 26 Cantoni (Zurigo, Svitto, Obvaldo, Glarona, Basilea-Città, Basilea-Campagna, Argovia, Ticino, Vaud, Neuchâtel, Ginevra e Giura), in cui vive circa il 55 per cento della popolazione residente permanente, una famiglia di quattro persone con reddito medio (due adulti, due figli di 10 e 15 anni, 70 000 franchi di stipendio annuo lordo, 100 000 franchi di sostanza) deve spendere oltre l'8 per cento del reddito disponibile per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In tal modo, è stato superato l'onere massimo dei premi dell'assicurazione malattie per un'economia privata che ci eravamo prefissi nel messaggio del 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie.

Data l'evoluzione degli scorsi anni per quanto attiene alla ripartizione dei costi della salute, le persone con reddito medio hanno dovuto assumersi un onere maggiore: in effetti, con il vecchio diritto le *assicurazioni complementari* rientravano nel settore dell'assicurazione sociale, ma con l'entrata in vigore della LAMal sono state trasferite al settore dell'assicurazione privata. Il necessario adeguamento destinato a finanziare le assicurazioni complementari si è tradotto in un forte aumento dei premi, soprattutto per le persone con reddito medio che avevano spesso sottoscritto, a partire da una certa età, un'assicurazione complementare per coprire le spese d'ospedalizzazione, per le donne o le persone in cattive condizioni di salute. Tale aumento è coinciso con l'aumento generale dei premi legato al cambiamento di finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'*evoluzione del numero dei debitori*, in termini di richiami degli assicuratori per premi e partecipazioni ai costi non pagati, costituisce un segnale del crescente onere dei premi dell'assicurazione malattia per le economie private. Secondo quanto indicato dagli assicuratori malattie, il numero delle esecuzioni dovute a incapacità di pagamento è nettamente aumentato. Nel febbraio 2000, il maggiore assicuratore malattie, che assicura circa un sesto della popolazione, aveva in corso quasi 25 000 esecuzioni contro i suoi assicurati. Si tratta di importi scoperti dell'ordine di 50 milioni di franchi. L'associazione mantello degli assicuratori malattie stima le perdite a circa 300 milioni di franchi per tutti gli assicuratori, ciò che corrisponde al 2 per cento del volume totale dei premi. Secondo un sondaggio effettuato nel 1996 nella Svizzera romanda per conto degli assicuratori malattie, le esecuzioni concernevano circa il 4 per cento del volume dei premi di questa regione.

### *c. Obiettivi del «contenimento dei costi» e della «garanzia della qualità»*

Secondo noi sarebbe prematuro, a meno di cinque anni dall'entrata in vigore della LAMal, valutare definitivamente gli obiettivi del nostro messaggio del 1991. Al riguardo, sono attualmente in corso analisi dettagliate relative agli effetti. L'aumento dei costi nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è lievemente diminuito rispetto alla crescita dei costi medico-sanitari per assicurato constatata un decennio fa, pari al 10,5 per cento nel 1991 e all'8,9 per cento nel 1992. La variazione dei costi rispetto all'anno precedente era del 5,2 per cento nel 1997 e del 6,2 per cento nel 1998. Gli anni 1991 e 1992 presentano nondimeno un'evoluzione dei costi superiore alla media, principalmente attribuita all'applicazione di un nuovo modello di tassa ospedaliera. Dall'introduzione della LAMal, la crescita dei costi delle cure medico-sanitarie è stata superiore rispetto all'aumento dei prezzi e dei salari. Dato che

l'aumento delle tariffe mediche e delle tasse ospedaliere è stato contenuto, la recente crescita dei costi è soprattutto dovuta alla quantità delle prestazioni offerte (nuove prestazioni, estensione della quantità di prestazioni dipendente dagli incentivi ecc.). I tassi di crescita si situavano al di sopra dell'obiettivo, fissato nel nostro messaggio, di adeguare l'aumento annuo dei costi della salute pro capite all'evoluzione generale dei salari e dei prezzi. A proposito di questa situazione e delle relative conseguenze si è accennato nel numero 5.5.3.

## **6 Obiettivi e richieste dell'iniziativa sulla salute**

L'iniziativa sulla salute chiede la modifica dell'articolo 34<sup>bis</sup> vCost. (art. 117 nCost.) e delle disposizioni transitorie. Essa solleva – come per esempio anche le altre iniziative popolari «per costi ospedalieri più bassi» (messaggio nel FF 1999 8571; n. 2.2c), «per farmaci a prezzi più bassi» (messaggio nel FF 1999 6475; n. 2.2b) nonché «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» (messaggio nel FF 1999 7607; n. 2.2a) – la questione dei costi e del finanziamento nell'assicurazione malattie. In questo contesto l'iniziativa sulla salute chiede, da un lato, il riordino fondamentale del finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. Dall'altro, con il titolo «misure ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario», vuole conferire espressamente a Confederazione e Cantoni il mandato costituzionale di adoperarsi ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario. A tal fine, tutta una gamma di competenze nel settore sanitario e in particolare nell'assicurazione malattie sarà trasferita dai Cantoni alla Confederazione.

Qui di seguito sono illustrati separatamente i due settori interessati dall'iniziativa «Finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie» e «Misure ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario» nella misura in cui una distinzione appaia opportuna (in primo luogo ai n. 6.1 e 6.2, ma anche 7).

### **6.1 Finanziamento dell'assicurazione malattie obbligatoria secondo gli obiettivi dell'iniziativa sulla salute**

Secondo l'iniziativa sulla salute, l'assicurazione malattie obbligatoria dovrebbe essere finanziata, in particolare, per mezzo degli introiti, a destinazione vincolata provenienti dall'imposta federale sul valore aggiunto e, almeno in misura equivalente, mediante i contributi pagati dagli assicurati. Tali contributi dovrebbero essere riscossi in funzione del reddito e della sostanza reale nonché tenendo conto degli oneri familiari. Gli assicuratori malattie dovrebbero ricevere, per ogni persona assicurata, i contributi attinti dai suddetti fondi. Le differenze di rischi tra gli assicuratori sono così compensate. Le eccedenze sono restituite agli assicurati (art. 117 cpv. 3 e 4 nCost.).

Gli assicurati devono pagare i premi in funzione delle loro possibilità economiche. Il testo dell'iniziativa prevede che i contributi siano riscossi sul reddito totale, dopo deduzione della franchigia di 20 000 franchi che dovrà essere sancita nella legge.

Gli autori dell'iniziativa motivano la loro proposta affermando che in nessun luogo una venditrice, un operaio di cantiere o un'insegnante paga come un miliardario per l'assicurazione di base. La Svizzera è l'ultimo Paese dell'Europa occidentale che finanzia l'assicurazione malattia mediante premi pro capite, pur essendo, con la Germania e la Francia, il Paese che spende di più, rispetto alle sue risorse, per il proprio sistema sanitario. Quindi, gli assicurati che hanno un reddito modesto pagano molto di più per la loro salute che in qualsiasi altro Paese dell'Europa occidentale. Ad aggravare il problema dei costi elevati e dei contributi pro capite asociali si aggiunge il fatto che lo Stato si disimpegna progressivamente da anni dal sistema sanitario. Il sistema di riduzione dei premi previsto nella LAMal avrebbe dovuto risolvere i problemi più gravi e soprattutto sgravare i redditi più modesti. Tuttavia, sempre secondo gli autori dell'iniziativa, questo sistema si sarebbe rivelato improprio: burocratico e pesante, esso presenta differenze notevoli da un Cantone all'altro e numerosi inconvenienti. In particolare, non ha impedito che la maggior parte degli assicurati, principalmente quelli, numerosi, appartenenti al ceto medio, paghi sempre di più anno dopo anno. L'iniziativa consentirebbe di alleggerire l'onere di almeno l'85-90 per cento degli assicurati, a seconda della legislazione di applicazione, e, di conseguenza, di gravare al massimo il 10-15 per cento degli assicurati più ricchi.

Non si prevede di finanziare o di cofinanziare l'assicurazione malattie mediante ritenute sul salario e contributi dei datori di lavoro. L'iniziativa sulla salute non domanda neppure un finanziamento esclusivamente pubblico. Dunque, lungi dall'allinearsi ai sistemi di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie attualmente in uso negli altri Paesi europei, il sistema di finanziamento da essa previsto si fonda essenzialmente su quello in vigore in Svizzera. A nostro avviso, tuttavia, le rivendicazioni dell'iniziativa sulla salute comportano una riforma sostanziale del finanziamento attuale dell'assicurazione sociale malattie; la loro applicazione, infatti, implicherebbe l'introduzione di una nuova imposta sui redditi elevati.

Quanto agli altri eventuali vantaggi e inconvenienti del sistema di finanziamento da essa preconizzato, si può affermare, in generale, che l'applicazione di tale sistema porrebbe innanzitutto molti problemi tecnici, sicuramente risolvibili ma, almeno per un periodo transitorio abbastanza lungo, a costo di un notevole aggravio a tutti i livelli (Confederazione, Cantoni, assicuratori, assicurati) e di numerose incertezze. Molte normative settoriali (assicurazioni sociali, finanze, imposte, sistema sanitario, ecc.) dovrebbero essere oggetto di una revisione totale. Alcuni oneri di finanziamento dovrebbero essere ridistribuiti, causando notevoli ripercussioni sulla nuova perequazione finanziaria. Tenuto conto del fatto che, in generale, la riduzione dei premi adempie ormai il suo compito e che correzioni precise del sistema in vigore consentirebbero di colmare le lacune ancora esistenti, riteniamo che una riorganizzazione del sistema di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie nel senso previsto dall'iniziativa sulla salute debba essere respinta. Le modifiche necessarie avrebbero ripercussioni di un'entità tale su tutti i bilanci pubblici e privati che non si giustificerebbero in nome di un'eventuale maggiore equità sociale. In particolare, occorre prestare attenzione anche all'onere supplementare che graverà sulle economie domestiche con reddito basso in seguito all'aumento dell'imposta sul valore

aggiunto proposto dall'iniziativa. Se occorre rafforzare ulteriormente l'equità sociale, riteniamo che sia meglio farlo migliorando gli strumenti di cui già disponiamo. Siamo consapevoli del fatto che i premi dell'assicurazione malattie costituiscano un grosso onere per molte economie domestiche. Al fine di ridurre tali oneri a un limite sopportabile, il legislatore ha introdotto un sussidio basato sui bisogni degli assicurati. I Cantoni sono competenti e responsabili per l'erogazione di detto sussidio. Una recente analisi degli effetti ha permesso di accertare che la riduzione dei premi non adempie in modo ottimale in tutti i Cantoni il suo scopo di politica sociale. L'applicazione della riforma della perequazione finanziaria può offrire un quadro per l'armonizzazione dei diversi oneri.

Per questo motivo, proponiamo di attenerci al sistema attuale dei premi pro capite e della riduzione dei premi e di respingere l'iniziativa sulla salute senza opporle un controprogetto.

### **6.1.2 Contributi fissati in funzione della sostanza reale**

Gli autori dell'iniziativa partono dal principio secondo il quale i valori della sostanza imponibile rilevati attualmente nei Cantoni sarebbero fortemente sottovalutati. Si tratta innanzitutto dei valori immobiliari, ma anche della valutazione dei titoli di partecipazione non quotati in borsa e degli oggetti di valore. Essi prevedono dunque di fissare i contributi tenendo conto di tutti gli elementi della sostanza valutati, secondo criteri realistici, al loro valore commerciale. I contributi dovrebbero essere stabiliti in funzione della sostanza totale, dedotta la franchigia di un milione di franchi da sancire nella legge (disposizione transitoria dell'art. 197 cpv. 4 lett. a nCost.).

Per quanto concerne la presa in considerazione della sostanza per il calcolo dei contributi, non abbiamo nulla da aggiungere ai dubbi espressi nel capitolo 6.1.1, in cui si tiene conto del reddito a questo stesso scopo. Le difficoltà tecniche poste dal passaggio a un sistema di «valutazione realistica» degli elementi della sostanza al loro valore commerciale costituiscono soltanto un aspetto del problema. Ne risulterebbero innumerevoli litigi e quindi costi estremamente elevati, poiché il fatto di stabilire un valore commerciale particolare per i bisogni dell'assicurazione malattie potrebbe avere non soltanto effetti discutibili sull'ammontare dei premi da pagare, ma anche ripercussioni in settori in cui la valutazione dei valori della sostanza ha un ruolo importante (diritto fiscale, diritto successorio, diritto matrimoniale, diritti reali). Del resto, un'applicazione pertinente della regolamentazione attuale in materia di riduzione dei premi implica già, di norma, il fatto che i Cantoni tengano conto anche della situazione patrimoniale.

### **6.1.3 Questioni particolari relative al finanziamento**

#### *a. Premi dei figli / Presa in considerazione degli oneri familiari*

Dall'iniziativa sulla salute risulta che i premi dei figli sono compresi nei premi dei genitori, a meno che i figli dispongano di un reddito imponibile o di un patrimonio proprio, cosa assai rara. I figli dovrebbero dunque essere assicurati senza premi separati.

Per quanto riguarda la proposta, fatta del resto a più riprese, di esentare i figli e i giovani in generale dall'obbligo di versare i premi (con un finanziamento mediante

le imposte o un trasferimento sui premi degli adulti), facciamo notare che nel 1998 il 7,4 per cento dei costi, ossia 885 milioni di franchi (senza partecipazione alle spese), sono stati causati dai figli e dai giovani. Poiché la parte degli introiti proveniente da tali premi corrisponde al 6,7 per cento (ciò significa che i costi da essi causati sono, in proporzione, leggermente superiori alle entrate dovute ai premi), vi è dunque già una lieve redistribuzione a favore dei figli. Essa era maggiore sotto il regime della LAMI, poiché i premi erano un po' meno elevati per i figli e le famiglie numerose non pagavano premi a partire dal terzo figlio.

Per quanto riguarda le ripercussioni di un'esenzione generale dei figli e dei giovani dall'obbligo di pagare i premi, occorre fare le seguenti osservazioni: se queste spese fossero *finanziate mediante le imposte*, gli effetti netti per una famiglia dalla «liberazione dai premi» meno gli «oneri fiscali supplementari» sarebbero diversi a seconda dei Cantoni, dei Comuni, della cassa e della regione di attività degli assicuratori. È molto probabile che quasi tutte le famiglie trarrebbero vantaggio da questa situazione in termini netti, ma la diminuzione sarebbe maggiore per i redditi bassi che per quelli alti. In particolare, le coppie senza figli e le persone non coniugate dovrebbero assumere la maggior parte di questo trasferimento di oneri.

Se i costi di un'esenzione totale fossero *finanziati mediante i premi*, i premi degli adulti dovrebbero aumentare (nella media svizzera) di 13,40 franchi al mese o del 6,7 per cento. Per una famiglia con due figli, la diminuzione netta sarebbe, in media, di circa 80 franchi al mese (o di circa 960 franchi all'anno). Tale diminuzione non varierebbe in funzione del reddito o della sostanza. Le persone non coniugate e le coppie senza figli, invece, dovrebbero assumersi un onere netto supplementare. Dal profilo della politica sociale, il finanziamento mediante i premi degli adulti sarebbe meno mirato del finanziamento mediante le imposte, poiché ne deriverebbe un «effetto di trascinamento» per le famiglie a reddito medio e alto. In parte, la redistribuzione non si giustificerebbe (per esempio dalle persone non coniugate a basso reddito alle famiglie agiate).

Per il momento, non vediamo la necessità di emanare misure di diritto federale atte a sgravare o esentare i figli dall'obbligo di pagare i premi, tranne le possibilità di riduzione dei premi e i sussidi destinati alla riduzione dei premi esistenti nel sistema attuale. Un Cantone può fare molto per sgravare le famiglie grazie alla sua legislazione fiscale e al relativo sistema di riduzione dei premi, senza che il diritto federale debba per questo essere riformato.

La domanda dell'iniziativa sulla salute di calcolare i premi tenendo conto degli oneri familiari va interpretata nel senso che, oltre alla soppressione dei premi dei figli, bisogna equilibrare gli oneri familiari. In linea di massima, le argomentazioni summenzionate valgono anche in questo caso. Nell'ambito della riduzione dei premi, alcune famiglie sono considerate già ora entità fiscali e la loro capacità economica limitata dagli oneri familiari è presa in considerazione secondo criteri cantonali.

#### *b. Partecipazione ai costi degli assicurati*

Secondo l'iniziativa sulla salute, la partecipazione degli assicurati ai costi deve essere soppressa. A tale proposito, facciamo notare che attualmente tale partecipazione copre il 15 per cento circa delle prestazioni fornite. Riteniamo che sia difficile rinunciarevi poiché, se venisse soppressa, gli assicuratori malatte sarebbero privati di introiti annui superiori a 2 miliardi di franchi, secondo le cifre attuali. Questi ultimi dovrebbero essere compensati mediante entrate equivalenti. Senza partecipazione alle spese, non sarebbe possibile neppure mantenere l'assicurazione – attualmente

molto diffusa – che prevede una franchigia annua a scelta. Oltre alla soppressione di questa forma assicurativa, che il 38 per cento degli assicurati aveva già scelto nel 1997, anche il mantenimento delle altre forme assicurative particolari (assicurazione HMO e con bonus, sistemi di controllo con gatekeeper e medico di famiglia, altri modelli managed-care, ecc.) sarebbe rimesso in questione – secondo l'organizzazione del finanziamento dei premi – se l'incentivo a risparmiare sui premi fosse fortemente ridotto. A seconda della forma particolare di assicurazione, questo incentivo esiste già grazie a uno sconto del premio che l'assicurato ottiene scegliendo di farsi carico di una parte o di tutte le spese di cura (assicurazione con franchigia a scelta, assicurazione con bonus). Si può anche prevedere, tuttavia, uno sconto del premio e nel contempo la soppressione di tutta la partecipazione ai costi (assicurazioni HMO e assicurazione con modello del medico di famiglia o dei gatekeeper).

#### **6.1.4 Domanda di finanziamento mediante «introiti supplementari provenienti dall'imposta sul valore aggiunto»**

Secondo le proposte dell'iniziativa sulla salute, la proporzione degli introiti supplementari provenienti dall'imposta sul valore aggiunto deve essere determinata dalla legge. Tale proporzione deve equivalere al massimo a quella dei contributi pagati dagli assicurati. Secondo le valutazioni degli autori dell'iniziativa, calcolate in base al volume delle spese del 1997, questa parte corrisponderebbe a un aumento del 3,5 per cento dell'IVA.

A tale proposito, occorre segnalare innanzitutto che la quota parte dello Stato per il finanziamento dell'assicurazione malattie diminuirebbe sensibilmente in seguito al cofinanziamento previsto per mezzo dell'imposta sul valore aggiunto. La soppressione dei sussidi pubblici destinati alla riduzione dei premi permetterebbe alla Confederazione di risparmiare, ma le spese supplementari finanziate mediante gli introiti provenienti dall'IVA finirebbero per gravarla ulteriormente. Se, come vuole l'iniziativa, gli introiti supplementari provenienti dall'IVA dovessero equivalere al finanziamento garantito dai contributi degli assicurati, si arriverebbe a un importo di circa 7,5 miliardi di franchi, considerato che le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono ammontate a 14,024 miliardi di franchi nel 1998, ai quali vanno aggiunte le spese di funzionamento degli assicuratori per un importo di 862 milioni di franchi. Attualmente, i sussidi federali destinati alla riduzione dei premi ammontano, invece, a circa 2 miliardi di franchi. Il cambiamento di sistema consentirebbe invece ai Cantoni e ai Comuni di risparmiare fino a un miliardo di franchi all'anno (in base alla situazione attuale).

Nel nostro messaggio del 2 febbraio 2000 concernente l'11<sup>a</sup> revisione dell'AVS, abbiamo ricordato che i premi individuali continuano a costituire una delle fonti principali di finanziamento per colmare il fabbisogno supplementare dell'assicurazione malattie (cfr. n. 5.3). Per finanziare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, bisogna rinunciare, in linea di massima, a prelevare risorse fiscali supplementari oltre a quelle di cui la Confederazione già dispone.

Per la sua formulazione, il testo costituzionale proposto dall'iniziativa sulla salute deve essere ritenuto insoddisfacente sotto due aspetti. Da un lato, a causa della riserva contenuta nella legge, non garantisce che l'imposta sul valore aggiunto sia veramente riscossa a favore dell'assicurazione malattie. Questa garanzia potrà essere

data soltanto dall'istituzione di una sufficiente base legale, ciò che implica in particolare il successo in caso di un eventuale referendum.

D'altro canto, il testo costituzionale non contiene alcun limite superiore sufficientemente definito e trasparente per l'aumento autorizzato dell'imposta sul valore aggiunto. Un aumento dell'IVA sarebbe possibile ogni volta, in generale, fino alla metà dei costi risultanti nell'assicurazione sociale malattie. La proporzione in percentuale dell'IVA dipenderebbe dall'evoluzione effettiva dei costi dell'AM – dunque anche dall'evoluzione dell'aumento dei costi – e quindi indirettamente dal successo o dall'insuccesso delle misure di contenimento dei costi.

Finora, tuttavia, l'imposta sul valore aggiunto è stata concepita nella Costituzione federale in modo tale che i tassi massimi determinanti dei singoli tassi di imposizione e i supplementi a destinazione vincolata (AVS-AI, NFTA) siano disciplinati sul piano costituzionale. In caso di accettazione dell'iniziativa, tale principio di trasparenza sarebbe abbandonato per un supplemento di imposta che, proporzionalmente, è molto considerevole.

Un cambiamento di finanziamento mediante introiti da un'imposta pro capite diretta a un'imposta di consumo indiretta (imposta sul valore aggiunto) comporterebbe inoltre conseguenze economiche (ripercussioni sui prezzi e sull'inflazione). Contrariamente agli aumenti di premi o a un aumento dell'imposta pro capite diretta, l'aumento dell'imposta sul valore aggiunto si ripercuoterebbe infatti, in linea di massima, sui prezzi.

Da ultimo, nella legge attuale, la concorrenza fra gli assicuratori rappresenta un importante parametro di ordine politico, che deve contribuire a contenere i costi. In caso di finanziamento per metà mediante l'imposta sul valore aggiunto, l'incentivo degli assicuratori a contenere i costi diminuirebbe.

### **6.1.5 Nuovi meccanismi di compensazione (compensazione delle differenze di rischi tra gli assicuratori, restituzione delle eccedenze agli assicurati)**

Secondo l'iniziativa sulla salute, per ogni persona assicurata gli assicuratori malattie devono ricevere contributi, per l'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie, derivanti dagli introiti a destinazione vincolata provenienti dall'imposta sul valore aggiunto della Confederazione e dagli introiti provenienti dai premi pagati dagli assicurati. Le differenze di rischi fra gli assicuratori sarebbero dunque compensate e le eccedenze sarebbero restituite agli assicurati (art. 117 cpv. 4 nCost.).

Secondo noi, anche l'introduzione di questa regolamentazione avrebbe notevoli ripercussioni sull'applicazione dell'assicurazione sociale malattie. Dal sistema di finanziamento proposto non risulta chiaramente come si svolgerebbe la concorrenza fra gli assicuratori malattie, la quale attualmente ha un ruolo essenziale sui prezzi (cioè sui premi). Resta anche da definire chi determina il fabbisogno finanziario di ogni assicuratore e chi fissa i premi degli assicurati, li incassa e li ripartisce fra gli assicuratori. L'iniziativa parla di differenze di rischi fra gli assicuratori, senza tuttavia precisare di quali rischi si tratti. La prima cosa a cui si potrebbe pensare è che l'iniziativa si riferisce presumibilmente ai rischi legati all'«età» e al «sesso», poiché attualmente sono già compensati. Inoltre, questa competenza costituzionale potrebbe



di a una centralizzazione delle competenze di pianificazione e dei compiti di coordinamento, verso la Confederazione. A proposito delle singole esigenze, il nostro Consiglio deve attenersi a quanto segue:

*a. Disciplina della medicina di punta da parte della Confederazione (art. 117 cpv. 5 lett. a nCost.)*

Nelle spiegazioni relative all'iniziativa sulla salute non vi sono indicazioni specifiche in proposito. Per medicina di punta si intende soprattutto la medicina praticata negli istituti ospedalieri che si avvale delle tecnologie più avanzate. Il finanziamento è attualmente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il concetto di medicina di punta è difficile da definire, perché è sottoposto a continui cambiamenti e in parte anche perché è legato ad apprezzamenti di carattere politico. Il finanziamento concreto della medicina di punta riflette le strutture del finanziamento ospedaliero. L'esistenza della medicina di punta, che è strettamente legata all'insegnamento e alla ricerca finanziati mediante le imposte, è fondamentale affinché la tecnologia medica continui a progredire. D'altro canto, la ricerca non dovrebbe essere finanziata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cfr. art. 49 cpv. 1 LAMal). Dal profilo economico, è fondamentale non ridurre gli incentivi al progresso tecnologico. Tutt'altra questione è decidere se tutti gli sviluppi della medicina di punta possono essere inseriti nel pacchetto delle prestazioni di base dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I criteri previsti a tal fine nel diritto vigente e gli strumenti a disposizione per esaminare la necessità di ammettere una nuova prestazione si sono rivelati validi. Reputiamo che non sia necessario intervenire in questo ambito. Per quanto riguarda invece il coordinamento degli investimenti e la garanzia della qualità, nel quadro dei lavori relativi alla nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni, si prevede di dare una base giuridica alla pianificazione e alla ripartizione dei compiti a livello nazionale nel settore della medicina di punta. Il rapporto finale dell'organizzazione del progetto Nuova perequazione finanziaria propone l'istituzione di un concordato intercantonale che abbia valore normativo. Un tale concordato rafforzerebbe la pianificazione e definirebbe la gamma delle prestazioni offerte dagli ospedali nell'ambito della medicina di punta, favorendo in tal modo l'economicità. Il nostro Consiglio ha accolto tale proposta nell'avamprogetto per una nuova perequazione finanziaria posto in consultazione. Per quanto riguarda la medicina di punta, riteniamo che sia necessario trovare una soluzione alla questione del finanziamento per mezzo della procedura proposta nel quadro della nuova perequazione finanziaria.

*b. Coordinamento delle pianificazioni sanitarie dei Cantoni (art. 117 cpv. 5 lett. a nCost.)*

Gli autori dell'iniziativa contestano il fatto che in Svizzera tutte le parti in causa (Cantoni, Comuni, assicuratori, fornitori di prestazioni, altre assicurazioni sociali e istituzioni) abbiano voce in capitolo in merito all'organizzazione e alla pianificazione del sistema sanitario, ciò che permette di addossare ad altri la responsabilità nelle situazioni delicate. Secondo gli iniziativaisti, in quasi nessun altro Paese d'Europa lo Stato dispone di così poche competenze per dirigere e coordinare la politica sanitaria come in Svizzera. Le pianificazioni ospedaliere farebbero ormai parte della realtà quotidiana a livello cantonale. Il coordinamento delle pianificazioni sanitarie cantonali previsto dall'iniziativa sulla salute amplierebbe in modo opportuno l'attuale nozione di pianificazione ospedaliera. In effetti, pianificando soltanto il settore ospedaliero, ci si troverebbe presto confrontati con onerosi aumenti delle prestazioni

negli altri settori del sistema sanitario. Inoltre gli autori dell'iniziativa sulla salute affermano chiaramente che la Confederazione interverrebbe nell'interesse degli assicurati di un Cantone soltanto nel caso in cui tale Cantone facesse poco o nulla o per contenere i costi.

Il nostro Collegio ritiene inoltre che il coordinamento delle pianificazioni sanitarie da parte dei Cantoni sia un importante strumento per frenare i costi nel settore della salute e vede anche a questo proposito la necessità di ottimizzare gli interventi. Siamo tuttavia fiduciosi nel fatto che la base costituzionale vigente sia sufficiente per realizzare continui miglioramenti. Se per taluni provvedimenti si dimostrassero necessari adeguamenti a livello di legge, saranno elaborate le proposte del caso. Rinviamo ancora una volta al nostro messaggio sulla seconda revisione parziale LAMal (progetto di finanziamento ospedaliero). Le questioni che si pongono in tale contesto sono strettamente correlate e sono oggetto di un intenso dibattito politico. Le rivendicazioni già menzionate, in particolare la soppressione dell'obbligo a contrarre, le limitazioni in materia di autorizzazioni o l'introduzione di un budget globale (cfr. n. 4.3.7, 4.3.8 e 4.3.10) non possono essere separate dalle questioni relative alla pianificazione sanitaria.

*c. Prezzi massimi delle prestazioni fornite, medicinali compresi (art. 117 cpv. 5 lett. b nCost.)*

Il nostro Collegio non vede alcuna necessità di adottare altre misure, oltre agli adeguamenti già decisi o avviati nell'ambito della prima e della seconda revisione parziale della LAMal. Gli strumenti a disposizione della LAMal per contenere i costi non hanno ancora potuto, proprio nel settore delle tariffe, esplicare tutti gli effetti, dato che la loro applicazione potrà avvenire soltanto a medio termine.

*d. Adozione di disposizioni relative all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni / Efficace controllo della qualità (art. 117 cpv. 5 lett. c nCost.)*

Gli autori dell'iniziativa partono dal presupposto che un numero eccessivo di medici forniscono troppe prestazioni superflue a spese degli assicurati. Vista l'elevata densità di medici in Svizzera, sarebbero fornite innumerevoli prestazioni costose spesso superflue. Sarebbe inoltre in costante aumento il numero dei medici, soprattutto degli specialisti, ciò che susciterebbe in larga misura una domanda supplementare di prestazioni mediche. Si potrebbe fornire prestazioni di qualità con un numero di medici nettamente inferiore. La Confederazione dovrebbe ottenere la competenza di ridurre il numero dei medici, in particolare quello degli specialisti.

Le Camere federali hanno già in parte soddisfatto questa richiesta dell'iniziativa sulla salute nell'ambito delle deliberazioni in merito alla prima revisione parziale della LAMal. Nel quadro di questa prima revisione, le Camere federali avevano già deciso la possibilità di limitare per un periodo determinato l'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni (nuovo art. 55a LAMal; n. 4.3.7). In Parlamento è stata inoltre depositata una mozione (00.3003) che ci invita a esaminare la questione della *soppressione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale, semiospedaliero e ospedaliero* e di presentare – nel quadro del progetto sul finanziamento ospedaliero (n. 4.3.8) – i necessari emendamenti di legge in occasione della seconda revisione della LAMal.

La richiesta dell'iniziativa sulla salute di effettuare un *efficace controllo della qualità* è già attuata nella pratica. A tal fine è necessario tuttavia avviare importanti lavori, nell'ambito dei quali occorre anzitutto creare le condizioni tecniche adeguate.

La maggiore pressione derivante da un regime di concorrenza può migliorare la qualità delle prestazioni mediche, che diventerà un parametro di concorrenza. D'altro canto, alcuni fornitori di prestazioni potrebbero tentare di sottrarsi in parte alla pressione dei costi diminuendo la qualità delle cure e fornendo una prestazione inferiore per lo stesso prezzo.

*e. Altre misure di contenimento dei costi differenziate per settori e regioni qualora il volume delle prestazioni fornite sia eccessivo (art. 117 cpv. 5 lett. d nCost.)*

Secondo i suoi autori, l'iniziativa sulla salute chiede di introdurre una competenza supplementare per i Cantoni (e solo a titolo sussidiario per la Confederazione) in vista di limitare la quantità delle prestazioni. Se in singoli settori o in talune regioni sono fornite prestazioni ben al di sopra della media, essenzialmente a causa dell'ampia offerta esistente, il Cantone competente (a titolo sussidiario il Consiglio federale) dovrebbe determinare il volume di retribuzione per le rispettive categorie di fornitori di prestazioni. A tal fine, occorrerebbe dapprima sentire il parere delle autorità interessate, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. I fornitori per i quali è stato fissato un volume di retribuzione regolerebbero congiuntamente la ripartizione dell'importo stabilito. In caso di disaccordo, spetterebbe al Governo cantonale o al nostro Consiglio emanare le necessarie disposizioni. Al fine di evitare trasferimenti indesiderati ad altri settori del sistema sanitario, devono poter essere stabiliti volumi massimi di retribuzione sia nel settore ospedaliero sia in quello ambulatoriale.

Come già accennato, avevamo già discusso l'ulteriore possibilità di stanziare un budget globale in occasione della prima revisione parziale della LAMal conclusasi il 24 marzo 2000 (n. 4.3.10). Abbiamo proposto di conferire ai Cantoni, oltre all'attuale competenza in materia di finanziamento di ospedali e case di cura (art. 51 LAMal), anche la competenza di introdurre un budget globale per remunerare le prestazioni ambulatoriali e semiospedaliere. Il Parlamento ha respinto tale proposta in vista di trattarla nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal.

### **6.3 Disposizioni di applicazione conformemente al testo dell'iniziativa**

Sebbene l'iniziativa sulla salute proponga una regolamentazione dettagliata, a livello legislativo bisognerebbe adottare tutta una serie di decisioni di fondo concernenti la futura organizzazione del sistema dell'assicurazione sociale malattie. A tale proposito, il complemento alle disposizioni transitorie della Costituzione previsto dall'iniziativa sulla salute dà importanti punti di riferimento. L'iniziativa insiste sulla necessità che i poteri pubblici non riducano le proprie prestazioni: le prestazioni della Confederazione e dei Cantoni a favore del settore sanitario devono corrispondere almeno agli importi del 1997 dopo l'adattamento al rincaro. Gli introiti supplementari provenienti dall'imposta sul valore aggiunto e i contributi pagati dagli assicurati dovrebbero corrispondere almeno al volume totale dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria nell'anno precedente l'entrata in vigore della legislazione di applicazione.

A tale proposito, occorre notare che la Confederazione e i Cantoni hanno segnalato chiaramente mediante i sussidi già decisi per la riduzione dei premi negli anni 2000-2003 e mediante il progetto di nuova perequazione finanziaria che intendevano im-

pegnarsi a mantenere l'assicurazione malattie almeno al livello del 1997, rincaro compreso.

Se la legislazione d'applicazione relativa all'iniziativa sulla salute non potesse essere messa in vigore nei tre anni che seguono l'accettazione dell'articolo costituzionale, dovremmo emanare mediante ordinanza le disposizioni di applicazione necessarie. A tale proposito, per il calcolo dei contributi degli assicurati dovremmo tenere conto, in particolare, di una franchigia di 20 000 franchi sul reddito e di un milione di franchi sulla sostanza. I contributi calcolati in funzione della sostanza dovrebbero ammontare almeno a un quarto dei contributi degli assicurati. Tali criteri lasciano un grande margine di azione. Sarebbe difficile adottare a livello di ordinanza regolamentazioni così complesse e di tale portata. Esse possono essere esaminate dal giudice e quindi la rapida applicazione e la certezza del diritto sarebbero seriamente pregiudicate.

## **7 L'iniziativa sulla salute a confronto con il diritto federale e cantonale vigente**

### **7.1 Confronto con il diritto costituzionale vigente**

Rispetto al disciplinamento costituzionale attuale, il progetto di modifica dell'iniziativa sulla salute è molto ampio ed entra fin nei minimi dettagli. Qui di seguito richiamiamo l'attenzione, in primo luogo, sui punti seguenti:

#### *a. L'obbligo generale di assicurarsi contro le malattie*

L'articolo 117 nCost. dichiara oggi di competenza della Confederazione emanare prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (cpv. 1). Può dichiararne obbligatoria l'affiliazione, in generale o per singoli gruppi della popolazione (cpv. 2).

L'iniziativa sulla salute vuole ora sancire a livello costituzionale l'obbligo d'assicurazione. L'obbligo generale di assicurarsi contro le malattie statuito oggi a livello di legge è sostanzialmente incontestato; esistono solo concezioni diverse in merito alle caratteristiche del regime obbligatorio. Sotto il sistema di finanziamento attualmente in vigore, non reputiamo quindi necessario derogare dall'attuale ordinamento costituzionale.

#### *b. Gli obiettivi sociali della nuova Costituzione federale*

Secondo l'articolo 41 capoverso 3 nCost. Confederazione e Cantoni sono tenuti a perseguire, nell'ambito delle loro competenze costituzionali e dei mezzi disponibili, gli obiettivi sociali menzionati nell'articolo 41 capoversi 1 e 2 nCost. Sebbene gli obiettivi sociali di cui all'articolo 41 nCost. si dovevano perseguire già in base alla vecchia Costituzione, la riformulazione assume un'importanza notevole, in particolare rispetto al capoverso 2 il quale riassume gli obblighi validi per istituire le assicurazioni sociali e costituisce la base di partenza per i disciplinamenti concreti negli articoli 111-117 nCost. Si evidenzia in particolare che Confederazione e Cantoni devono adoperarsi affinché ognuno sia assicurato contro le conseguenze economiche di malattia e infortunio. L'articolo 41 capoverso 4 dichiara, in conformità con la dottrina, che dagli obiettivi sociali non si possono desumere pretese volte a ottenere direttamente prestazioni dello Stato. Si tratta però pur sempre di norme costituzionali che comportano conseguenze legali. Esse contengono istruzioni per il legislatore.

re e devono essere osservate dai tribunali quando interpretano e applicano disposizioni legali. Il legislatore deve sempre tener presenti gli obiettivi sociali e verificare attentamente come e quando saranno realizzati (*Tschudi Hans Peter*, Die Sozialziele der neuen Bundesverfassung, Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS/RSAS 43/1999, p. 364 segg., d).

Per quanto riguarda il disciplinamento dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni si ricorda in particolare che, nel caso specifico, Confederazione e Cantoni non si adoperano solo a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private com'è fatto espressamente salvo nella Costituzione per altri settori sociali (art. 41 cpv. 1 nCost.). L'impegno di Confederazione e Cantoni affinché ognuno sia assicurato contro le conseguenze economiche di malattia e infortunio fa espressamente eccezione alla riserva restrittiva formulata all'inizio del capoverso 1 in forza della disposizione specifica contenuta nell'articolo 41 capoverso 2 nCost. (*Tschudi*, loc. cit.; *Rhinow René*, Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung, da: Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft, Berna 2000, d).

Secondo le idee dei promotori, l'iniziativa sulla salute garantisce a tutti gli assicurati l'accesso a una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi. L'assicurazione di base è definita in modo tale che nessuno necessiti di prestazioni supplementari per la propria salute. Condividiamo per principio il parere dei promotori dell'iniziativa sulla salute che concorda con gli obiettivi sociali della Costituzione federale e sarebbe, quindi, applicabile a livello legislativo anche in tal senso. Tuttavia reputiamo che già oggi a tutti gli assicurati sia garantito per principio l'accesso a una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi.

### *c. Disciplinamento dettagliato?*

Mentre, secondo il disciplinamento in vigore, le disposizioni costituzionali di tenore generale devono essere concretizzate nella legge in conformità agli obiettivi sociali della Costituzione, l'iniziativa sulla salute conferisce al legislatore mandati chiaramente formulati. Se il legislatore dovesse trascurare di applicare i mandati entro il termine stabilito dall'iniziativa, il nostro Consiglio sarebbe obbligato a disciplinare la questione a livello di ordinanza (disposizione transitoria dell'art. 197 cpv. 3 nCost.). A nostro avviso la libertà del legislatore nell'attuare il mandato costituzionale sarebbe limitata dal vigente articolo 117 nCost. Molto di quanto oggi è stato introdotto e applicato a livello di legge, in futuro sarebbe già fissato a livello costituzionale limitando così i margini di manovra attualmente ancora esistenti. D'altro canto un disciplinamento dettagliato a livello costituzionale creerebbe anche certezza giuridica visto che le richieste dell'iniziativa sulla salute comporterebbero l'applicazione di misure molto importanti non solo per l'assicurazione malattie, ma per il settore sanitario nel suo complesso e quindi anche per la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni nonché per i bilanci preventivi pubblici e privati.

## **7.2 Confronto con il vigente diritto legale e con il potere regolamentare federale**

L'iniziativa sulla salute contiene disposizioni su settori attualmente disciplinati a livello di legge. Si tratta in primo luogo di prescrizioni relative all'autorizzazione di assicuratori malattie, alla garanzia di copertura degli assicurati, a tariffe e prezzi

delle prestazioni pagate, all'autorizzazione per i fornitori di prestazioni, a misure straordinarie di contenimento dei costi, al controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni nonché al finanziamento degli assicuratori malattie. Qui di seguito, perciò, le basi dell'iniziativa sulla salute sono poste brevemente in relazione con le disposizioni della LAMal. La valutazione delle disposizioni dell'iniziativa corrispondenti si trova ai numeri 6.1 e 6.2 del presente messaggio:

*a. Limitazione dell'autorizzazione come assicuratore malattie*

L'iniziativa sulla salute prevede che l'assicurazione malattie obbligatoria sia esercitata da «assicuratori di utilità pubblica» (art. 117 cpv. 2 primo periodo nCost.). Qui non si tratta di una delle richieste principali dell'iniziativa ma, se quest'ultima venisse accettata, sarebbe di una certa portata per la futura autorizzazione degli assicuratori malattie. In base al diritto vigente sono ammessi a gestire l'assicurazione sociale malattie sia le «casse malati» che «istituti d'assicurazione privati» (art. 11 LAMal). Le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano in primo luogo l'assicurazione sociale malattie e sono riconosciute dal DFI (art. 12 cpv. 1 LAMal). Gli istituti d'assicurazione privati possono essere autorizzati a esercitare l'assicurazione sociale malattie se sottostanno alla legge del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01) e se possiedono le relative autorizzazioni del Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) e del DFI (art. 11 cpv. 1 lett. b in relazione all'art. 13 LAMal). L'iniziativa sulla salute non specifica oltre il concetto utilizzato di «assicuratore di utilità pubblica». Gli istituti d'assicurazione di diritto privato, però, non perseguono un «obiettivo di utilità pubblica», bensì mirano a realizzare un profitto. Ciononostante, perché oggi questi assicuratori possano esercitare comunque l'assicurazione sociale malattie (anche se finora non è ancora mai stata presentata una simile richiesta) l'articolo 13 capoverso 2 lettera a LAMal esige che gli istituti d'assicurazione sottoposti alla LSA possano esercitare l'assicurazione sociale malattie solo se lo fanno secondo il principio della mutualità e garantiscono la parità di trattamento degli assicurati. Inoltre devono *destinare a soli scopi d'assicurazione sociale malattie i fondi provenienti da quest'ultima*. Non devono quindi né trasferire fondi da questo in altri settori d'affari né distribuire una parte di questi fondi come utile. In questo modo oggi la LAMal permette anche ad assicuratori privati orientati al profitto di esercitare l'assicurazione sociale malattie a condizioni limitate. Se l'iniziativa autorizza ancora solo «assicuratori di utilità pubblica», l'assicurazione sociale malattie dovrebbe essere esercitata nuovamente solo dalle *casse malati*, come accadeva nel vecchio diritto. Oggi ciò non avrebbe ripercussioni dirette concrete perché non ci sono assicuratori privati che operano in questo settore. Tuttavia anche in questo caso un margine di manovra concesso oggi alla LAMal subirebbe una limitazione.

*b. La garanzia della copertura medica sarà sancita esplicitamente a livello costituzionale*

Secondo il nuovo *articolo 117 capoverso 2 secondo periodo nCost.*, proposto dall'iniziativa sulla salute, l'assicurazione malattie obbligatoria deve garantire a tutti gli assicurati una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi.

Sul piano del contenuto non si tratta di nuovi postulati, potendo questi essere evinti già dagli obiettivi sociali contenuti nella vecchia e nella nuova Costituzione. Punti di contatto con gli obiettivi menzionati si trovano già in tutta una serie di disposi-

zioni della legge vigente. L'articolo 32 LAMal prevede, per esempio, che le prestazioni che servono a diagnosticare o trattare una malattia o le sue conseguenze devono essere efficaci, appropriate ed economiche, caratteristiche da riesaminare periodicamente. Inoltre l'efficacia dev'essere provata con metodi scientifici. Questi principi sono concretizzati in altre disposizioni di legge. Altri riferimenti alla garanzia di una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi (per usare la terminologia dell'iniziativa sulla salute) si trovano principalmente negli articoli 33-59 LAMal. Così il nostro Consiglio può designare le prestazioni i cui costi non sono assunti, o lo sono solo a determinate condizioni, dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È inoltre di nostra competenza stabilire in che misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di una prestazione nuova o contestata la cui efficacia, appropriatezza ed economicità devono ancora essere accertate. Il nostro Consiglio nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni e provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni (art. 33 LAMal). Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25-33 LAMal (art. 34 LAMal). Inoltre, negli articoli 35-40 LAMal si trovano prescrizioni in merito all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni e negli articoli 43-53 LAMal disposizioni su tariffe e prezzi per le prestazioni da essi fornite. Menzioniamo qui in particolare i disciplinamenti sulla protezione tariffale (art. 44 LAMal), sulla garanzia del trattamento (art. 45 LAMal), sulle convenzioni tariffali in generale (art. 46 LAMal) e sull'assenza di convenzioni tariffali (art. 47 LAMal). Inoltre la legge prevede disciplinamenti speciali su convenzioni tariffali con associazioni di medici (art. 48 LAMal), con gli ospedali (art. 49 LAMal) e con le case di cura (art. 50 LAMal). Essa consente stanziamenti globali di bilancio a livello cantonale nel settore ospedaliero (art. 51 LAMal) e disciplina la fissazione di prezzi in settori particolari (art. 52 LAMal). Come misura straordinaria per contenere l'evoluzione dei costi la legge prevede lo stanziamento globale di bilancio nel settore ospedaliero (art. 54 LAMal) e la fissazione di tariffe da parte dell'autorità che approva in tutti i settori (art. 55 LAMal). Essa obbliga in modo molto generale a controllare l'economicità delle prestazioni (art. 56 LAMal) e a garantire la qualità (art. 58 LAMal). Inoltre sancisce un sistema di medici di fiducia (art. 57 LAMal) e prevede l'esclusione di fornitori di prestazioni per gravi motivi (art. 59 LAMal), in particolare in caso di violazione del principio di economicità (art. 56 LAMal) o della garanzia della qualità (art. 58 LAMal). Un breve rapporto sulla situazione giuridica attuale nonché sugli sviluppi nell'ambito della prima e seconda tappa della prima revisione parziale della LAMal e un confronto con le richieste dell'iniziativa sulla salute si trova nella valutazione dell'iniziativa nel numero 6.2.

*c. Un sistema di finanziamento i cui punti essenziali differiscono notevolmente dall'ordinamento in vigore*

Una valutazione del sistema di finanziamento dell'iniziativa sulla salute e un confronto con il sistema attuale figurano sopra, nel numero 6.1.

*d. L'obbligo di contenere efficacemente i costi nel settore sanitario*

L'iniziativa sulla salute, secondo l'articolo 117 capoverso 5 nCost., obbliga Confederazione e Cantoni a livello costituzionale ad adoperarsi ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario. Elementi relativi agli ordinamenti ivi prescritti si ritrovano in diverse disposizioni del diritto vigente come, in primo luogo, negli articoli 33, 34, 35-40, 43-53, 54, 55 e 56-59 LAMal. In quale misura la situa-

zione giuridica attuale corrisponde già alle esigenze dell'iniziativa e quali adeguamenti dovrebbe subire è illustrato nella valutazione delle richieste dell'iniziativa nel numero 6.2.

*e. Le disposizioni transitorie contengono aspetti dettagliati di applicazione*

L'iniziativa stabilisce che le prestazioni della Confederazione e dei Cantoni in favore del settore sanitario corrispondono almeno agli importi del 1997, dopo correzione in base al rincaro. A questo punto, oltre a quanto già esposto nel numero 6.3, c'è da aggiungere solamente che il diritto vigente non stabilisce l'importo delle prestazioni della Confederazione e dei Cantoni a favore dell'intero settore sanitario, come sarebbe implicito sulla base della formulazione dell'articolo 197 capoverso 1 nCost. per le condizioni sottoposte al regime dell'iniziativa sulla salute. Oggi sono indicati importi solo per il settore della riduzione dei premi dell'assicurazione malattie degli enti pubblici (art. 65, 66 e 106 LAMal).

### **7.3 Confronto con il diritto cantonale vigente**

Sotto il diritto vigente dell'assicurazione malattie, il diritto cantonale è direttamente determinante nei settori del controllo dell'osservanza dell'obbligo d'assicurazione (art. 6 LAMal) e dei sussidi per la riduzione dei premi (art. 65 e 66 LAMal). I Cantoni devono provvedere all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione e affiliare a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto quest'obbligo tempestivamente. Essi sono tenuti ad accordare riduzioni di premi agli assicurati di condizione economica modesta. A tal fine devono stabilire dapprima la cerchia degli assicurati interessati e fissare le condizioni di assegnazione.

A ciò si aggiungono in diversi settori disciplinanti che, in base all'attribuzione federale di determinati compiti ai Cantoni, devono essere regolati nel diritto cantonale. Nel presente messaggio si devono menzionare, in questo contesto, in particolare i seguenti obblighi :

- i Cantoni devono stabilire le condizioni alle quali i medici autorizzati a condurre una farmacia sono parificati ai farmacisti (art. 37 cpv. 3 LAMal);
- essi devono, da soli o assieme ad altri Cantoni, approntare una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal);
- essi fanno figurare su un elenco cantonale gli ospedali, suddivisi in categorie a seconda dei mandati di prestazioni, ammessi a svolgere la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 39 cpv. 1 lett. d ed e LAMal);
- devono allestire una pianificazione e compilare elenchi anche per le case di cura (art. 39 cpv. 2 e 3 LAMal);
- devono provvedere a garantire il trattamento se la cura degli assicurati non è più garantita causa la ricusa di fornitori di prestazioni (art. 45 LAMal);
- quale provvedimento straordinario per limitare un aumento dei costi, il Cantone può stabilire uno stanziamento globale di bilancio per finanziare gli ospedali o le case di cura (art. 54 cpv. 1 LAMal);

- quale ulteriore provvedimento straordinario per limitare un aumento dei costi, il Cantone può ordinare un blocco delle tariffe a condizioni definite con precisione nella legge nel caso delle tariffe sottoposte all'approvazione del governo cantonale (art. 55 LAMal). In base al nuovo articolo 55a LAMal deciso nel quadro della prima revisione parziale della LAMal, ai Cantoni spettano obblighi di collaborazione qualora siano emanate disposizioni di ammissione temporanee.

Tra gli ulteriori provvedimenti a livello cantonale particolarmente importanti per il funzionamento dell'assicurazione sociale malattie si devono menzionare i seguenti:

- il governo cantonale deve approvare tutte le convenzioni tariffali qualora non valgano per tutta la Svizzera. Il governo cantonale è tenuto a verificare se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 LAMal);
- il governo cantonale ordina uno studio comparativo delle gestioni ospedaliere (art. 49 cpv. 7 LAMal);
- prima che l'ammontare delle tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia approvato dal Consiglio federale, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione (art. 61 cpv. 4 LAMal).

## **7.4 Ripercussioni dell'iniziativa sulla salute sul settore della riduzione dei premi**

Il settore della riduzione dei premi è interessato dalle richieste dell'iniziativa sulla salute se i premi non fossero più ridotti. In tal caso la riduzione dei premi sarebbe sostituita dal calcolo dei premi a dipendenza del reddito e della sostanza.

## **8 Conseguenze finanziarie e sull'effettivo del personale**

### **8.1 Per gli assicuratori malattie**

Prima di poter valutare le ripercussioni per gli assicuratori malattie, bisogna precisare a grandi linee e nei dettagli l'organizzazione del nuovo sistema di finanziamento (capitolo 6.1.5). Le condizioni quadro sono decisive a tale proposito. Dopo una decisione di principio di popolo e Cantoni, esse dovranno essere definite nel corso di dibattiti politici approfonditi prima di poter essere sancite nella legge. Essenzialmente, l'unico elemento noto è l'importo mediante il quale l'assicurazione sociale malattie, in quanto tale, dovrebbe cofinanziare anche in futuro, con tutti i suoi mezzi, il sistema sanitario. La ripartizione dell'importo totale fra i vari assicuratori e i singoli assicurati dovrebbe essere invece completamente ridefinita. È certo, tuttavia, che per gli assicuratori un sistema di premi calcolati in funzione del reddito e della sostanza, con i necessari meccanismi di compensazione, non sarebbe né più semplice né più vantaggioso del sistema attuale.

## **8.2**

### **Per la Confederazione**

Come già indicato nel numero 6.1.4, la quota dello Stato al finanziamento dell'assicurazione malattie diminuirebbe fortemente in seguito al cofinanziamento previsto per mezzo dell'imposta sul valore aggiunto. La soppressione dei sussidi pubblici destinati alla riduzione dei premi permetterebbe alla Confederazione di risparmiare, ma le spese supplementari finanziate mediante gli introiti provenienti dall'IVA finirebbero per gravarla. Se, come chiede l'iniziativa, tali introiti dovessero equivalere al finanziamento garantito dai contributi degli assicurati, ciò corrisponderebbe a un importo di circa 7 miliardi di franchi, tenuto conto del fatto che le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel 1998 sono ammontate a 14,024 miliardi di franchi. Attualmente, i sussidi federali per la riduzione dei premi ammontano a circa 2 miliardi di franchi.

## **8.3**

### **Per i Cantoni**

Il cambiamento di sistema consentirebbe ai Cantoni e ai Comuni di risparmiare fino a un miliardo di franchi all'anno sui sussidi destinati alla riduzione dei premi e sui versamenti all'assistenza sociale (sulla base delle cifre attuali). Secondo l'organizzazione del nuovo sistema di finanziamento, i Cantoni potrebbero tuttavia trovarsi a dover far fronte a un numero considerevole di compiti amministrativi supplementari con le relative ripercussioni a livello dei costi. Basta pensare, per esempio, alla necessità di aiuti supplementari da parte delle autorità fiscali cantonali e comunali preposte alla tassazione. Allo stesso modo, non è possibile procedere alla rivalutazione di determinati valori patrimoniali senza l'aiuto delle autorità. Se dagli accertamenti risultasse che alcuni valori patrimoniali sono attualmente sottovalutati, ciò potrebbe ripercuotersi positivamente sugli introiti fiscali dei Cantoni e dei Comuni.

## **9**

### **Rapporti con la perequazione finanziaria**

Le proposte dell'iniziativa sulla salute a proposito di un futuro sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie si distanziano completamente da quelle del progetto di una nuova perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni. Sulla scorta dei risultati della procedura di consultazione, tale progetto, conformemente alla nostra decisione del 3 maggio 2000, deve tuttavia essere nuovamente riveduto. A questo punto, la riduzione dei premi ha un ruolo determinante. Essa continua a rimanere un compito comune della Confederazione e dei Cantoni. Anche le competenze decisionali e le responsabilità del finanziamento sono dunque suddivise. Spetta alla Confederazione – nell'ottica di una regolamentazione unitaria e analogamente alla struttura di altre assicurazioni sociali – stabilire le categorie di reddito che hanno diritto a una riduzione dei premi. Essa garantisce che l'onere dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non superi una certa proporzione. I Cantoni sono tenuti a completare i sussidi della Confederazione in modo da raggiungere almeno l'obiettivo da essa stabilito. Secondo i dati contenuti nel documento messo in consultazione, la Confederazione parteciperebbe in ragione del 45 per cento circa alla riduzione dei premi, poiché il restante 55 per cento sarebbe a carico dei Cantoni. A titolo di esempio, i sussidi attribuiti agli assicurati dovrebbero essere determinati in modo tale che l'onere dei premi non superi, nella media calco-

lata rispetto a *tutto il Paese*, l'8 per cento del reddito imponibile (completato dal 10 per cento della sostanza imponibile). In ogni Cantone, esso varia (ed è fissato in modo vincolante dalla Confederazione) in modo corrispondente alla differenza dei costi della salute del Cantone rispetto alla media svizzera. Dunque, la quota parte di ogni persona assicurata è tanto più elevata quanto più alte sono le spese per le cure mediche e per i medicinali nel suo Cantone. Sostanzialmente, il modello proposto nel contesto della nuova perequazione finanziaria si situa nella linea del messaggio LAMal del 1991, benché la chiave di ripartizione Confederazione/Cantoni debba essere modificata rispetto a quella applicata dal diritto vigente. Dal punto di vista degli assicurati, il cambiamento maggiore consisterebbe nel fatto che il limite dell'8 per cento potrebbe essere sorpassato nei Cantoni che hanno costi sanitari elevati.

In caso di adeguamenti del sistema di riduzione dei premi, bisogna innanzitutto decidere se occorre in primo luogo stabilire, come avviene attualmente, solo il grado di partecipazione delle finanze pubbliche alla riduzione dei premi o se d'ora in poi è necessario determinare l'onere massimo dei premi per ogni assicurato.

Nell'ambito della consultazione del progetto di una nuova perequazione finanziaria, abbiamo proposto un obiettivo medio di riduzione. Dunque, i sussidi federali possono essere utilizzati allo stesso scopo per tutte le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Noi ci prefiggiamo innanzitutto una soluzione semplice che metterebbe fine all'attuale deplorabile fenomeno di distorsione degli obiettivi sociali. Tale misura presenterebbe il duplice vantaggio di essere conforme agli obiettivi del legislatore della LAMal e di essere soddisfacente da un punto di vista economico e rappresenterebbe un potenziamento reale del sistema esistente.

Dal profilo economico, occorre notare che questa variante rafforza la responsabilità dei Cantoni nei confronti del loro sistema sanitario. Se si calcola tuttavia la quota destinata alla riduzione dei premi per quanto riguarda i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (senza partecipazione), si constata che quattro dei Cantoni che, nel 1996, si situavano al di sopra della soglia dell'8 per cento assumono già una parte di finanziamento superiore alla media (Ginevra, Basilea-città, Ticino, Vaud). Di conseguenza, essi hanno già intrapreso notevoli sforzi al fine di ridurre la pressione che i premi costituiscono per gli assicurati i cui redditi si situano appena al di sopra del limite che dà diritto a una riduzione.

## **10 Relazione con il diritto europeo**

### **10.1 Diritto della Comunità europea**

L'articolo 39 del Trattato CE, che sancisce il principio fondamentale della libera circolazione dei lavoratori, implica il coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale (art. 42 Trattato CE). Tale principio è stato applicato mediante il regolamento del Consiglio n. 1408/71 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 mediante il relativo regolamento che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 574/72 (codificati mediante il regolamento del Consiglio n. 118/97, GUCE n. L 28 del 30.1.1997, p. 1; modificati in ultima analisi mediante il regolamento del Consiglio n. 307/1999, GUCE n. L 38 del 12.2.1999, p. 1). L'entrata in vigore dell'accordo sulla libera circolazione delle per-

sone concluso con la CE e i suoi Stati membri comporterà anche, in particolare, il fatto che la Svizzera parteciperà a tale sistema di coordinamento (cfr. nostro messaggio del 23.6.1999 concernente l'approvazione degli accordi settoriali fra la Svizzera e la CE, FF 1999 5092).

Nella sua raccomandazione del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche di protezione sociale (GUCE n. L 245 del 26.8.1992, p. 49), il Consiglio delle Comunità europee invita gli Stati membri, in materia di malattia, a garantire in particolare alle persone residenti legalmente nel loro territorio l'accesso alle cure sanitarie necessarie come pure alle misure volte a prevenire le malattie. Gli obiettivi fissati mediante la raccomandazione non pregiudicano tuttavia la facoltà di ogni Stato membro di organizzare il proprio sistema sanitario.

## **10.2 Strumenti del Consiglio d'Europa**

Per quanto attiene ai diritti economici e sociali, la Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 corrisponde 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 poiché il Parlamento si è rifiutato di ratificarla nel 1987, questo trattato non è vincolante per il nostro Paese.

La revisione della Carta sociale europea del 3 maggio 1996 aggiorna e adegua il contenuto materiale della Carta del 1961. Essa costituisce un accordo distinto della Carta sociale europea e quindi non la abroga. Il diritto alla sicurezza sociale figura anche nell'articolo 12. La revisione della Carta sociale è entrata in vigore il 1° luglio 1999. La Svizzera non l'ha ratificata.

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977 (RU 1978 1491). Il nostro Paese non ha tuttavia accettato la parte II relativa alle cure mediche; pertanto non è vincolato alle disposizioni di questa parte del Codice.

Anche il riveduto Codice europeo di sicurezza sociale del 6 novembre 1990 costituisce un accordo distinto del Codice europeo di sicurezza sociale e pertanto non lo abroga. Il Codice riveduto estende alcune norme del Codice europeo di sicurezza sociale e introduce parallelamente una maggiore flessibilità, poiché le condizioni di ratifica sono state agevolate e le norme sono state formulate in modo da tenere conto più adeguatamente delle regolamentazioni nazionali. Dato che finora non è stato ratificato da alcuno Stato, il Codice riveduto non è ancora entrato in vigore.

## **10.3 Compatibilità dell'iniziativa con il diritto europeo**

Per quanto concerne il diritto della Comunità europea, il sistema di coordinamento previsto nei regolamenti n. 1408/71 e 574/72 implica che gli Stati membri rispettino alcuni principi nell'ambito dell'applicazione della loro legislazione nazionale. In particolare, vanno soppresse le clausole relative alla nazionalità e al domicilio, al fine di evitare che la libera circolazione dei lavoratori e dei loro familiari sia ostacolata da disposizioni restrittive nell'ambito della sicurezza sociale. Le disposizioni di coordinamento non indicano agli Stati membri come devono finanziare o organizzare il proprio regime. Il sistema di coordinamento vale sia per i regimi finanziati

mediante contributi assicurativi sia per quelli finanziati esclusivamente mediante le imposte. Esso non concerne invece la pianificazione nel settore sanitario e non contempla disposizioni che limitano le spese a carico degli assicurati o degli assicuratori. L'iniziativa sulla salute è dunque compatibile con il diritto della Comunità europea.

Fra le norme giuridiche citate del Consiglio d'Europa, soltanto il Codice europeo di sicurezza sociale e il riveduto Codice europeo di sicurezza sociale contengono disposizioni in materia di finanziamento dei regimi di assicurazione sociale. Nessuno di questi strumenti contempla invece disposizioni che limitano i costi nel sistema sanitario.

Ogni Stato che intende accettare gli obblighi derivanti dalla parte II del Codice europeo di sicurezza sociale deve garantire l'attribuzione alle persone protette di prestazioni mediche in caso di malattia (qualunque sia la causa), e in caso di maternità. Il beneficiario può essere tenuto a partecipare alle spese delle prestazioni ricevute in caso di malattia, può essergli imposto un periodo di attesa e la durata delle prestazioni fornite in caso di malattia può essere limitata a 26 settimane per ogni caso.

Per quanto riguarda il finanziamento, il Codice prevede che il costo delle prestazioni fornite e le spese amministrative siano finanziate collettivamente mediante contributi o imposte oppure mediante entrambi congiuntamente, in modo tale che le persone che dispongono di risorse modeste non debbano sopportare un onere eccessivo e che si tenga conto della situazione economica della parte contraente e di quella delle persone protette (art. 70 par. 1). D'altronde, il totale dei contributi assicurativi non deve superare il 50 per cento del totale dei fondi impiegati per la protezione dei salariati, dei loro coniugi e dei loro figli (art. 70 par. 2). In materia di finanziamento, l'iniziativa sulla salute non comporta né miglioramenti né peggioramenti rispetto alla situazione attuale per quanto concerne la compatibilità del diritto svizzero con la parte II del Codice europeo. Lo stesso vale per il Codice riveduto che poggia sugli stessi principi del Codice europeo.

## **11 Conclusioni**

Riassumendo, siamo giunti alla conclusione che l'applicazione dell'iniziativa, volta a riformare in modo totale il finanziamento dell'assicurazione sociale malattie, oltre a sollevare numerosi problemi di carattere tecnico (per esempio per quanto concerne l'inclusione del patrimonio reale nella determinazione dei premi), ripercussioni economiche (sui prezzi e sull'inflazione) e incentivi discutibili (per esempio la totale soppressione della partecipazione ai costi), richiederebbe una revisione completa in diversi settori di disciplinamento e si ripercuoterebbe in modo incisivo sulla Nuova perequazione finanziaria. Siamo contrari a un intervento di tale portata sul sistema di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie, soprattutto perché siamo convinti che l'attuale sistema garantisce, con la LAMal, un'ottima ed ampia protezione assicurativa in cambio di premi considerati, tutto sommato, sopportabili. Il sostegno conforme alle necessità adempie essenzialmente bene il suo compito, nonostante il fatto che la riduzione dei premi non abbia ancora espletato tutti gli effetti che il legislatore della LAMal aveva originariamente voluto. In ogni modo, se gli obiettivi fissati non sono sempre stati raggiunti in modo ottimale, non è perché il sistema sia di per sé mal concepito, ma a causa delle disparità cantonali (volume dei sussidi cantonali, grandi differenze dei premi a seconda delle regioni).

Riconosciamo peraltro che un gran numero di assicurati, soprattutto coloro che dispongono di un reddito medio, sono fortemente gravati dal sistema dei premi pro capite e che non sono sufficientemente protetti in caso di difficoltà finanziarie. Per le categorie di assicurati interessate s'impongono pertanto correzioni per quanto riguarda l'onere dei premi, le quali devono essere perseguite mediante adeguamenti dell'attuale sistema di riduzione dei premi, fissando un obiettivo di riduzione vincolante. L'attuazione della nuova perequazione finanziaria può servire da quadro per apportare le necessarie correzioni. Per i motivi esposti, l'attuale sistema di finanziamento dei premi pro capite, compensato mediante la riduzione dei premi, può essere mantenuto.

A proposito delle esigenze poste dall'iniziativa sulla salute nell'ambito della diminuzione e del controllo dei costi, siamo del parere che l'attuale LAMal metta a disposizione di tutte le parti in causa strumenti adeguati che permettono di mantenere il controllo sull'evoluzione dei costi della salute. Un'ottimizzazione di questi strumenti è senz'altro possibile anche sulla base dei fondamenti costituzionali esistenti, in parte mediante modifiche a livello di legge. Le misure rivendicate dall'iniziativa possono pertanto essere realizzate, almeno per quanto riguarda la direzione auspicata, nella seconda revisione parziale della LAMal attualmente in corso, nonché nel quadro della Nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni e in quello della nuova legge sugli agenti terapeutici. A nostro avviso, quanto richiesto dall'iniziativa comporterebbe un trasferimento delle competenze, e quindi una centralizzazione delle competenze di pianificazione e dei compiti di coordinamento, verso la Confederazione. In tal modo funzioni essenziali nel settore della salute, attualmente assunte dai Cantoni, diventerebbero di competenza della Confederazione. La divisione dei compiti, storicamente equilibrata, tra Confederazione e Cantoni, ne sarebbe modificata in misura a nostro parere eccessivo.

La Confederazione continuerà a seguire gli sviluppi dell'assicurazione malattie come pure del settore della salute in generale e adotterà le misure necessarie per raggiungere in modo ottimale gli obiettivi che il legislatore si è prefisso con l'introduzione della LAMal.

Per tutti questi motivi raccomandiamo di respingere la presente iniziativa, senza sottoporre un controprogetto.

### Finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie di base e dell'assicurazione obbligatoria tra il 1992 e il 1998

(Fonte: allegato tabella 2)

Tabella 1

	1992 %	1994 %	1996* %	1998** %	Modifica 1992-98
Bilanci pubblici	46	42	38	39	meno 7 punti percentuali
Bilanci privati	52	57	60	59	più 7 punti percentuali
Altri apporti	2	1	1	2	-

\* LAMal in vigore dall'1.1.1996

\*\* Per il 1998 sono stimati gli investimenti dell'ente pubblico

### Finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie di base e dell'assicurazione obbligatoria tra il 1992 e il 1998

(in milioni di franchi)

Tabella 2

	1992 (A)	1994 (B)	1996 (B)	1998 (C)
Bilanci privati netto (meno i sussidi destinati alla riduzione dei premi)	8 936	9829	11165	12211
Premi pro capite degli assicurati lordo	8 082	8986	11035	12604
Sussidi destinati alla riduzione dei premi degli assicurati	331	416	1549	2491
Premi pro capite degli assicurati netto	7 751	8570	9486	10113
Partecipazione ai costi da parte degli assicurati	1 185	1259	1679	2097
Bilanci pubblici	7 837	7172	7079	7388
Sovvenzionamento di casse e assicurati	1 994	1595	1549	2491
Sovvenzionamento di prestazioni ospedaliere	5 043	4784	4785	4897
Allestimento di infrastrutture ospedaliere (D)	800	793	745	n.d.
Altre entrate	322	189	261	331
Redditi da capitale e entrate straordinarie	322	189	261	331
<b>Totale</b>	<b>17 095</b>	<b>17190</b>	<b>18505</b>	<b>19929</b>

n.d.: nessun dato disponibile

Fonti: UFAS, *Statistik der Krankenversicherung* (diversi anni), Greppi S., Rossel R., Strüwe W. (1998), *Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens*, rapporto dell'Ufficio federale di statistica all'attenzione dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, rapporto di ricerca UFAS n. 15/98, Berna (d., f); Rossel R. (2000) *Aktualisierung der Studie «Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens»* von Greppi et al. (1998) *Provisorische Ergebnisse* (d), UST (1999).

(A) Le statistiche relative all'assicurazione malattie prima e dopo il 1994 non sono direttamente comparabili, poiché a partire dal 1994 i dati sono rilevati secondo un nuovo piano contabile. Per il 1992 sono state considerate le seguenti entrate:

- premi pro capite: contributi dell'assicurazione di base (compreso il contributo ospedaliere obbligatorio) e dell'assicurazione di base HMO

- sovvenzionamento delle casse e degli assicurati: sussidi di Confederazione, Cantoni e Comuni
- sovvenzionamento di prestazioni ospedaliere: dati secondo *Greppi et al.* (1998)
- altre entrate: nel 1992 le entrate supplementari (prestazioni restituite, tassi d'interesse, beni immobili, rivalutazioni titoli, donazioni, altri proventi) non sono state differenziate in funzione dell'assicurazione di base e dell'assicurazione complementare. Il corrispondente rapporto del 1994 è stato allestito in base a quello del 1992, al fine di tener conto dell'insieme delle entrate straordinarie.

(B) I dati del 1994 e del 1996 si basano su *Greppi et al.* (1998), Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG, BSV Beiträge zur sozialen Sicherheit, rapporto di ricerca n. 15/98 (d, f). I dati relativi ai sussidi destinati alla riduzione dei premi provengono dalla Statistik der Krankenversicherung (d, f) 1997, *UFAS* (1998).

(C) I dati si basano sulle indicazioni di *Greppi et al.* (1998) attualizzate da *Rossel* (2000). Le indicazioni più recenti sulla riduzione dei premi provengono dalla Statistik der Krankenversicherung (d, f) 1998, *UFAS* (1999).

(D) Fonte: *UST* (1999), Kosten des Gesundheitswesens, (d, f) Neuchâtel, allegato 1, dati concernenti gli ospedali e le cliniche psichiatriche. I dati per il 1998 non sono ancora disponibili.