

ad 15.468

Iniziativa parlamentare
Rafforzamento della responsabilità individuale nella LAMal

Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 19 aprile 2018

Parere del Consiglio federale

Del 28 settembre 2018

Onorevoli presidente e consiglieri,

conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento, vi presentiamo il nostro parere in merito al rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 19 aprile 2018 concernente l'iniziativa parlamentare 15.468 «Rafforzamento della responsabilità individuale nella LAMal».

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

28 settembre 2018

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Alain Berset
Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

Parere

1 Situazione iniziale

Il 19 giugno 2015 il consigliere nazionale Roland Borer ha presentato l'iniziativa parlamentare 15.468 intitolata «Rafforzamento della responsabilità individuale nella LAMal» dal tenore seguente: «Le disposizioni previste dalla legge federale del 18 marzo 1994¹ sull'assicurazione malattie (LAMal) devono essere adeguate in modo tale che le forme particolari di assicurazione (franchigia opzionale, limitazione della scelta ecc.) possano essere stipulate soltanto per una durata contrattuale di tre anni. Per il modello di base con la franchigia ordinaria di 300 franchi saranno invece ancora validi i contratti annuali e semestrali». Il 22 giugno 2016, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha deciso di darvi seguito. Il 30 agosto 2016 la Commissione omologa del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha aderito a tale decisione.

Nel corso di varie riunioni, la CSSS-N ha elaborato un progetto preliminare di modifica della LAMal e nell'autunno del 2017 ha invitato i Cantoni, i Partiti, le associazioni mantello economiche nazionali e altre cerchie interessate a esprimersi in merito nel quadro di una procedura consultazione².

Il 19 aprile 2018, la CSSS-N ha preso atto dei risultati della consultazione, ha apportato alcune modifiche al progetto e lo ha adottato unitamente al relativo rapporto esplicativo³. Mediante lettera del 30 maggio 2018 ha trasmesso progetto e rapporto al Consiglio federale per parere ai sensi dell'articolo 112 capoverso 3 della legge del 13 dicembre 2002 sul Parlamento⁴.

2 Parere del Consiglio federale

2.1 Proposta di minoranza di non entrare in materia: approvazione

L'iniziativa parlamentare intende rafforzare la responsabilità individuale nella LAMal, imponendo agli assicurati la stessa franchigia per la durata di tre anni. Pertanto, gli assicurati non possono ridurre la franchigia se prevedono che le prestazioni alle quali ricorreranno nell'anno successivo determineranno probabilmente costi superiori alla loro franchigia. Gli abbassamenti e gli innalzamenti opportunistici della franchigia, che l'iniziativa intende contrastare sono tuttavia rari. Infatti, stando al rapporto della CSSS-N solo lo 0,17 per cento degli assicurati riduce temporaneamente la propria franchigia. Sempre secondo tale rapporto, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) stima che se non fosse più possibile ridurre provvisoriamente le franchigie, nelle migliori delle ipotesi gli assicuratori potrebbero risparmiare poco meno di 5 milioni di franchi. Pertanto il massimo risparmio possibile atteso sarebbe molto contenuto.

Per di più, il progetto comporta diversi svantaggi. Con la franchigia opzionale vincolata per tre anni, si teme infatti che più assicurati sceglieranno franchigie più basse e di riflesso faranno capo a un numero maggiore di prestazioni perché non più motivati a limitare il proprio ricorso al sistema sanitario. Si ritiene pertanto che, anziché rafforzare la responsabilità, questo progetto rischi di indebolirla e addirittura di creare costi supplementari.

È inoltre possibile che gli assicurati con franchigie opzionali pluriennali, che si ammalano nel corso della durata contrattuale, debbano rinunciare ai trattamenti necessari per motivi finanziari e che debbano poi ricorrere a cure più costose in un secondo tempo.

Un altro pericolo è che la maggiore partecipazione ai costi spinga alcuni assicurati a chiedere più prestazioni complementari o a ricorrere all'aiuto sociale, il che costituirebbe un onere supplementare per i Cantoni.

C'è inoltre da temere che un numero maggiore di assicurati non sia in grado di coprire una partecipazione ai costi più cospicua, il che porterebbe a un aumento degli attestati di carenza di beni rilasciati agli assicuratori. Anche questo peserebbe sui Cantoni, i quali sono tenuti a rimborsare agli assicuratori l'85 per cento dei crediti per i quali è stato emesso un attestato di carenza di beni (art. 64a cpv. 3 e 4 LAMal).

Il progetto prevede che in caso di passaggio a un'altro assicuratore, il vecchio assicuratore comunichi a quello nuovo la franchigia dell'assicurato e la data di entrata in vigore della stessa. Per gli assicuratori queste comunicazioni comportano un onere amministrativo supplementare elevato se paragonato ai risparmi auspicati.

Per questi motivi, il Consiglio federale sostiene la proposta di minoranza di non entrare in materia (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia).

2.2 Proposta di minoranza di rinviare il progetto: rifiuto

Un'altra minoranza della CSSS-N (Moret, Nantermod) propone di rinviare il progetto alla CSSS-N, incaricandola di modificarlo in modo tale che gli assicuratori possano proporre forme particolari d'assicurazione la cui durata non superi tre anni e limitino la facoltà di cambiare assicuratore durante tale periodo di tempo.

Con questa proposta, vengono presentate tre richieste:

Durata contrattuale fino a tre anni: rifiuto

Il progetto della CSSS-N prevede che gli assicuratori possano proporre franchigie opzionali unicamente nell'ambito di contratti triennali.

La CSSS-N aveva esaminato la possibilità di consentire agli assicuratori di proporre diverse durate contrattuali, ma vi ha rinunciato ritenendo che ciò avrebbe prodotto un forte aumento del numero dei premi e compromesso la visione d'insieme dell'offerta per gli assicurati.

¹ RS 832.10

² La documentazione della procedura di consultazione può essere consultata all'indirizzo seguente: <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale.html> > Diritto federale > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione concluse > 2017 > CP

³ FF 2018 2903 e 2925

⁴ RS 171.10

Inoltre, gli sconti sui premi dovrebbero essere graduati secondo la durata contrattuale. Dato che i risparmi di un'assicurazione triennale sarebbero minimi rispetto ai premi di un'assicurazione annuale, lo sconto supplementare rischierebbe di risultare pressoché impercettibile. Pertanto, agli assicurati non converrebbe stipulare un'assicurazione di durata triennale.

Per queste ragioni, il Consiglio federale respinge la possibilità di consentire agli assicuratori di offrire durate contrattuali diverse.

Limitazione della scelta dell'assicuratore: rifiuto

Il progetto della CSSS-N prevede che gli assicurati possano cambiare ogni anno l'assicurazione anche nel corso della durata contrattuale triennale.

La CSSS-N aveva esaminato la possibilità di consentire agli assicuratori di proporre contratti pluriennali durante i quali fosse necessario conservare lo stesso assicuratore. Ha però rinunciato a tale soluzione poiché se l'assicurato è tenuto a conservare lo stesso assicuratore, c'è da chiedersi se quest'ultimo prima di stipulare l'assicurazione non debba comunicare all'assicurato l'entità dei premi che riscuoterà per l'intera durata del contratto.

Se al momento di stipulare il contratto, l'assicurato conosce unicamente il premio del primo anno, nel secondo e terzo anno sarà in balia dell'assicuratore. Per ovviare a questo inconveniente si potrebbe prevedere che gli assicurati possano cambiare assicuratore nel caso di un aumento dei premi superiore alla media. Con una simile disposizione, l'assicuratore potrebbe essere tentato di aumentare i premi solo lievemente onde evitare di perdere assicurati, ma dovrebbe aumentarli quanto basta per coprire i costi.

Si può immaginare che gli assicurati siano maggiormente disposti a concludere un'assicurazione triennale se conoscono in anticipo l'ammontare dei premi che dovranno versare per l'intera durata del contratto. Gli assicuratori potrebbero fissare i premi a un importo determinato. A causa del rincaro, dovrebbero prevedere premi superiori ai costi nel primo anno e inferiori nel terzo. Potrebbero anche fissare i premi per il primo anno e un tasso d'aumento di questi ultimi per gli anni successivi. Se la stima dei costi e quindi dei premi è già difficile con l'attuale durata contrattuale di un anno, una stima su più anni implicherebbe rischi più elevati rendendo necessarie maggiori riserve.

A seconda dell'inizio del contratto, gli assicurati pagherebbero premi diversi pur essendo affiliati alla stessa assicurazione. Per di più, nei primi tre anni dopo l'entrata in vigore delle disposizioni, molti assicurati sarebbero vincolati a contratti d'assicurazione triennali. Nel secondo e nel terzo anno un assicuratore che avesse fissato premi troppo bassi potrebbe pertanto aumentare unicamente i premi degli assicurati con una franchigia ordinaria e quelli di coloro che hanno concluso una nuova assicurazione triennale. Quindi gli assicuratori potrebbero integrare misure con un impatto sui costi nei premi degli assicurati con un contratto triennale solo in un secondo tempo.

Per questi motivi, il Consiglio federale respinge la possibilità di limitare la scelta dell'assicuratore.

Contratti d'assicurazione pluriennali per tutte le forme particolari d'assicurazione: rifiuto

Il progetto della CSSS-N prevede contratti triennali unicamente per le franchigie opzionali.

Tra le forme particolari d'assicurazione, gli assicuratori possono proporre, oltre alla franchigia opzionale, anche l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni e l'assicurazione con bonus.

Per la sua forma, l'assicurazione con bonus diventa interessante per gli assicurati solo se mantenuta per più anni, per cui sarebbe superfluo offrirla sotto forma di contratto pluriennale. Comunque solo un numero molto ristretto di assicurati stipula un'assicurazione di questo genere (2016: meno dello 0,1 %).

La CSSS-N aveva esaminato la possibilità di consentire agli assicuratori di prevedere anche contratti pluriennali per l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ma vi ha rinunciato.

Infatti, gli assicuratori hanno impostato le proprie assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni in modo diverso. Se gli assicurati fossero vincolati alla propria assicurazione e al proprio assicuratore, non sarebbe necessario definire le assicurazioni comparabili cui potersi affiliare nel caso di un cambiamento. Tuttavia, come menzionato, il Consiglio federale respinge la possibilità di limitare il cambiamento di assicuratore.

Per consentire il cambiamento di assicuratore, bisognerebbe stabilire quali assicurazioni vanno ritenute comparabili in modo da permettere il passaggio dall'una all'altra. Occorrerebbe inoltre disciplinare il caso in cui un assicuratore non voglia più proporre un prodotto assicurativo o riconoscere un fornitore di prestazioni. Bisognerebbe peraltro consentire all'assicurato di disdire l'assicurazione, se dopo un cambiamento non è più in grado di utilizzare un'offerta comparabile. Le assicurazioni pluriennali con scelta limitata dei fornitori di prestazioni richiederebbero pertanto una standardizzazione delle offerte e una regolamentazione più severa.

Se fosse possibile stipulare un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni unicamente su più anni, è probabile che sarebbero in pochi a concludere un simile contratto. Il Consiglio federale non intende però svantaggiare queste forme di assicurazione.

Per questi motivi, respinge la possibilità di proporre assicurazioni pluriennali per tutte le forme particolari d'assicurazione.

Risultato

Essendo contrario alle tre richieste che secondo la proposta di minoranza avrebbero dovuto essere incluse nel nuovo progetto, il Consiglio federale respinge la proposta di minoranza di rinviare il progetto.

2.3 Commento al progetto

Art. 62

Cpv. 2^{quater}

Il progetto della CSSS-N prevede un'eccezione a favore degli assicurati che compiono i 18 anni, consentendo loro di cambiare la franchigia all'inizio dell'anno civile successivo.

Una minoranza propone un'ulteriore eccezione per gli assicurati cui è stata diagnosticata una malattia grave o cronica che causerà prevedibilmente costi superiori alla loro franchigia. Anche questi assicurati devono poter modificare la propria franchigia all'inizio dell'anno civile successivo.

La LAMal prevede la definizione di malattia «grave» e «cronica» in due punti:

- l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie se le affezioni sono causate da una malattia grave dell'apparato masticatorio o da una malattia grave sistemica (art. 31 LAMal). Queste malattie sono illustrate singolarmente agli articoli 17-19 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995⁵ sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre).
- Il Consiglio federale può ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per cure di lunga durata e per cura di affezioni gravi (art. 64 cpv. 6 lett. b LAMal). Esso ha autorizzato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) a definire queste prestazioni, anche se per ora il DFI non si è avvalso di questa possibilità.

A tutt'oggi, la LAMal e le sue ordinanze d'esecuzione non contemplano una definizione generale di malattia grave e di malattia cronica. In effetti potrebbe essere difficile trovare una definizione generale che al momento dell'applicazione nel singolo caso porti a risultati inequivocabili. Si teme infatti che la questione relativa all'esistenza di una malattia grave o cronica possa essere fonte di litigi tra l'assicuratore e l'assicurato, il che potrebbe essere costoso per entrambe le parti e pesante per gli assicurati, in particolare per coloro che si ritengono affetti da una malattia grave o cronica, ma la cui malattia non è riconosciuta dal loro assicuratore o da un tribunale. Viceversa, per gli assicurati che non si considerano gravemente o cronicamente malati, può essere problematico sentirsi «bollati» come tali.

Per questi motivi il Consiglio federale respinge la proposta di minoranza e si pronuncia a favore del progetto della CSSS-N nel caso in cui il Parlamento, contrariamente alla sua proposta, dovesse entrare in materia su quest'ultimo.

Cpv. 2^{quinquies}

Il progetto obbliga l'assicuratore a contattare l'assicurato che ha scelto una franchigia pluriennale due mesi prima della scadenza del contratto. Prevede inoltre che il contratto sia rinnovato automaticamente per la stessa durata, se l'assicurato non modifica il modello assicurativo.

L'assicuratore deve annunciare i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a ogni assicurato con almeno due mesi d'anticipo (art. 7 cpv. 2 LAMal). In quell'occasione può comunicare all'assicurato che il contratto triennale sta per giungere a scadenza. Se l'assicuratore comunica questa informazione due mesi prima della scadenza all'assicurato che ha stipulato un'assicurazione della durata di tre anni, l'assicurato può valutare se intende concludere un contratto d'assicurazione per altri tre anni. Attualmente, un assicurato non deve fare nulla se intende assicurarsi per un altro anno civile con la stessa franchigia opzionale. Pertanto, molti assicurati sono abituati al fatto che un'assicurazione con franchigia opzionale venga rinnovata automaticamente. La comunicazione alla scadenza dei tre anni è utile per gli assicurati e poco onerosa per gli assicuratori. Il previsto rinnovo automatico dell'assicurazione è pratico sia per gli assicuratori sia per la maggior parte degli assicurati.

Il Consiglio federale respinge pertanto la proposta di minoranza volta a stralciare il capoverso 2^{quinquies}. Propone tuttavia di modificarne la formulazione in modo da renderlo più chiaro e armonizzarlo con gli altri capoversi nel caso in cui il Parlamento, contrariamente alla sua proposta, entri in materia sul progetto.

L'articolo 62 LAMal contempla attualmente le definizioni di «forme di assicurazione» e «assicurazione», ma non di «contratto». Pertanto, la definizione di «contratto» dev'essere sostituita con quella di «assicurazione». Inoltre, un rimando al capoverso 2 lettera a è più corretto. Occorre peraltro obbligare esplicitamente gli assicuratori a segnalare agli assicurati lo scadere del termine contrattuale di tre anni. Dato che nella LAMal non si parla di «modello di assicurazione», quest'espressione va sostituita con quella di «forme particolari d'assicurazione». La formula potestativa permette all'assicuratore di rinnovare il contratto, senza tuttavia obbligarlo a farlo. Sarebbe però auspicabile che gli assicurati sappiano che queste assicurazioni sono sempre rinnovate automaticamente, per cui occorre precisarlo.

3 Proposte del Consiglio federale

Il Consiglio federale sostiene la proposta di minoranza (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) di non entrare in materia.

Respinge invece la proposta di minoranza (Moret, Nantermod) di rinviare il progetto alla Commissione. Non è da escludere che in futuro il continuo aumento dei costi della salute e dei premi spinga un numero crescente di assicurati a diminuire provvisoriamente la propria franchigia, il che graverebbe sensibilmente sull'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il Consiglio federale è pertanto disposto a riesaminare tra qualche anno l'opportunità di imporre contratti di una durata di tre anni per le forme particolari d'assicurazione.

Qualora il Parlamento decida, contrariamente alla proposta del Consiglio federale, di entrare in materia sul progetto, il Consiglio federale propone di respingere le proposte di minoranza sugli articoli 62 capoversi 2^{quater} e 2^{quinquies} e di modificare l'articolo 62 capoverso 2^{quinquies} come segue:

Art. 62 cpv. 2^{quinquies}

^{2^{quinquies}} L'assicuratore contatta l'assicurato che ha stipulato una forma particolare di assicurazione secondo il capoverso 2 lettera a per informarlo della scadenza della sua assicurazione due mesi prima del termine triennale stabilito dal capoverso 2^{ter}. Se l'assicurato non disdice l'assicurazione, il termine triennale ricomincia a decorrere.

⁵ RS 832.112.31