

INIZIATIVA CANTONALE (art. 106 LGC)

LAMal: è ora di passare a premi proporzionali al reddito suddivisi tra datori di lavoro e dipendenti

del 18 settembre 2023

1. L'obiettivo che dovrebbe orientare l'azione sociale e politica di fronte al sistema sanitario dovrebbe essere lo sviluppo di servizi che garantiscano a lungo termine l'accesso alle cure e il necessario sostegno sociale per tutti, indipendentemente dal reddito, dall'età, dal sesso o dal luogo di residenza, e che corrispondano a quello che può essere definito lo "stato dell'arte" in questi settori, grazie al personale che possa lavorare in condizioni dignitose.

Tale sistema può essere pienamente efficace solo se si integra a politiche economiche, sociali e ambientali che creino condizioni di vita e di lavoro e un ambiente favorevole alla salute della popolazione.

2. Per raggiungere questo obiettivo, la sfida, ora e nei prossimi anni, non è quella di "*risparmiare sulla salute*", ma di investire in essa in modo coerente. E questo per tre ragioni.

- a) A parte la medicina somatica acuta, l'attuale offerta sanitaria è insoddisfacente in diversi settori; ne sono alcune delle illustrazioni più evidenti le carenze nelle case per anziani (CPA) così come nell'assistenza domiciliare, la mancanza di medici in alcune regioni o per alcune specialità, ma anche l'inadeguatezza del supporto alle persone che lasciano l'ospedale sempre più rapidamente, per non parlare della vergognosa carenza nell'assistenza agli immigrati privi di documenti;
- b) Le condizioni di lavoro, non solo negli ospedali ma anche nelle case anziani e nell'assistenza domiciliare, devono essere migliorate, per il bene del personale e per la qualità dell'assistenza ai pazienti: riduzione dei ritmi di lavoro, diminuzione del tempo di lavoro e aumento corrispondente degli effettivi, rivalutazione dei salari: queste misure sono in linea con il programma definito nell'iniziativa popolare *Per cure infermieristiche forti* approvata dal popolo (il 28 novembre 2021) e sono impensabili senza grandi investimenti nel settore delle cure;
- c) Il graduale arrivo in età avanzata delle generazioni più numerose del baby boom porterà a un aumento dei bisogni nei prossimi 20-30 anni.

3. È in questo contesto che si deve porre la questione del finanziamento. A due livelli distinti.

In primo luogo, a livello macroeconomico: una società come quella svizzera può permettersi di aumentare, sul lungo periodo, le risorse destinate alla sanità? Sì, senza alcun dubbio.

In secondo luogo: come si possono ottenere queste risorse? Solo un finanziamento solidale può farlo a lungo termine, garantendo al contempo l'accesso universale all'assistenza sanitaria. In Svizzera, il modello di finanziamento solidale è quello dell'AVS, dell'AI e dell'assicurazione contro la perdita di guadagno: cioè un contributo dei dipendenti in percentuale del salario e un contributo del datore di lavoro di importo almeno pari a quello detratto direttamente sul salario dei dipendenti.

4. L'attuale sistema di finanziamento dell'assicurazione malattia attraverso i premi pro capite consente ai datori di lavoro e ai ricchi di risparmiare enormemente sull'assistenza sanitaria. Ma, creando un vincolo finanziario permanente, questo metodo di finanziamento è anche un potente strumento di pressione per imporre cambiamenti strutturali indesiderati dai pazienti e dalla maggior parte degli operatori sanitari: rafforzamento del potere delle compagnie di

assicurazione, concentrazioni ospedaliere imposte da un sottofinanziamento cronico, limitazione dell'accesso alle cure in nome della "responsabilizzazione" dei pazienti.

5. I modelli di finanziamento degli ospedali e delle cure di lunga durata messi in atto negli ultimi due decenni aprono la strada allo sviluppo di imprese private a scopo di lucro, molto interessate a questo settore di investimento: la loro concorrenza stimolerebbe la diffusione di modelli organizzativi più "efficienti", con conseguenti risparmi. Ma il modello di business delle imprese ad alta intensità di capitale è finalizzato all'aumento dei volumi di attività e dei margini di profitto. Questo è ben lontano dalla "slow medicine", che promuove un uso "parsimonioso" delle risorse. Anche la riduzione dei costi attraverso l'aumento della pressione sui dipendenti è parte integrante del modello, così come l'imposizione di tariffe monopolistiche esorbitanti laddove possibile, come nel caso dei farmaci. Per farla breve, se dobbiamo trovare un motore inflazionistico nel settore sanitario, è lì che dobbiamo guardare! La politica attuale non risponde a questo paradosso migliorando il servizio pubblico. Al contrario, combina, da un lato, una valanga di (micro)regolamentazioni e controlli assicurativi asfissianti, seppellendo i curanti in un lavoro amministrativo infinito e senza senso; dall'altro, una progressiva limitazione de facto dell'accesso alle cure, moltiplicando le disposizioni (franchigie elevate, modelli di "medico di famiglia" e altre che ostacolano l'accesso alle cure), che stanno diventando la norma nell'assicurazione di base che la maggioranza della popolazione è in grado di permettersi. Questo meccanismo istituzionalizza di fatto la medicina a più velocità.

Alcuni ordini di grandezza aiutano a mettere in prospettiva le sfide del finanziamento del sistema sanitario. La tabella seguente mostra, sulla base dei dati relativi al 2020/2021, il livello dei contributi dei dipendenti necessari per finanziare diverse parti della spesa sanitaria, confrontandoli ai contributi attualmente versati per il sistema pensionistico.

	In miliardi di Fr.	Corrispondete a % di contributi sociali	Contributo prelevato sui salari dei dipendenti in %
Premi pagati delle economie domestiche per CM	25,4	6,3	3,15
Premi pagati delle economie domestiche per CM + pagamenti diretti	44,7	11,1	5,65
Totale delle spese delle economie domestiche per la sanità (comprese assicurazioni private)	49,9	12,4	6,2
Confronto con contributi pensionistici			
Contributi AVS	35,1	8,7	4,35
Contributi LPP	51,4	13,1	6,55
Totale Contributi pensionistici	86,5	21,8	10,9

Da questi dati emerge una constatazione di fondo. I premi all'assicurazione malattia rappresentano solo il 60% circa dei costi sanitari pagati dalle famiglie. La percentuale dei costi sanitari pagati direttamente dalle famiglie è molto alta in Svizzera rispetto agli standard internazionali.

In particolare, essa comprende la franchigia del 10% e il ticket (fino a un massimo di 700 franchi) per l'assicurazione malattia, i servizi non rimborsati o rimborsati solo in parte da questa assicurazione, le cure dentistiche, una parte dell'assistenza e delle cure a domicilio, nonché una

parte significativa dei costi di alloggio in case di cura non coperti dall'assicurazione malattia, da altre assicurazioni sociali o dalle autorità pubbliche.

Con un sistema di finanziamento basato sul modello AVS, un contributo di poco superiore al 6% sarebbe sufficiente a coprire tutta la spesa sanitaria finanziata dalle famiglie. Si tratta di una percentuale notevolmente inferiore ai contributi pensionistici (AVS + LPP), che si aggira in media intorno all'11% dello stipendio (con variazioni molto ampie per il 2° pilastro, a seconda dell'età e del tipo di fondo).

Questi pochi dati dimostrano che il finanziamento della spesa sanitaria, così come una politica di investimenti per soddisfare le esigenze future, non è di per sé un problema, purché sia garantito da un sistema di assicurazione sociale, finanziato da contributi proporzionali al reddito.

Alla luce di queste considerazioni l'MPS-Indipendenti con la presente iniziativa cantonale chiede al Parlamento Cantonale di inoltrare all'Assemblea federale la formale richiesta di modificare la Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) sostituendo l'attuale sistema del premo unico uguale per ogni persona assicurata con un premio proporzionale al reddito suddiviso in parti uguali tra datore di lavoro e dipendente. Per le persone senza attività lavorativa il premio sarà fissato in base alla sostanza imponibile.

Per MPS-Indipendenti
Matteo Pronzini e Giuseppe Sergi