

Conferenza stampa di giovedì 6 aprile 2017, Martigny **Presentazione di Paul Rabaglia, direttore generale del Groupe Mutuel**

Signore e Signori,

come anticipato dalla signora Perraudin, la nostra presidente, desidero ora presentare e commentare l'evoluzione e l'andamento delle nostre attività relative all'anno scorso.

Se consideriamo nel suo complesso il settore dell'assicurazione malattia in Svizzera, dobbiamo osservare che il 2016 è stato ancora una volta un anno caratterizzato da un forte aumento dei costi sanitari. Considerando i 12 mesi del 2016 nella loro interezza, l'aumento dei costi, in base alla data di trattamento, presenta una progressione del 5.5%. Fin qui nulla di nuovo, direte voi, siamo in linea con la forchetta LAMal. Certamente, ma nella parte superiore della forchetta. Analogamente al 2015, il 2016 è stato caratterizzato da un incremento superiore alla media dei costi ospedalieri ambulatoriali, cresciuti del 9.1%, un aumento di poco inferiore a quello registrato nel 2015. Una delle cause ci è nota: il massiccio passaggio dal settore ospedaliero di degenza a quello ambulatoriale. Ancora una volta siamo di fronte all'effetto perverso che gli assicuratori malattia sottolineano da anni: i Cantoni contribuiscono alle prestazioni stazionarie in media per il 55% e gli assicuratori per il 45%; questo crea uno squilibrio rispetto all'ambulatoriale, che è finanziato al 100% dagli assicuratori, e genera indirettamente un aumento dei premi per gli assicurati.

I progressi della medicina consentono, effettivamente, di accrescere il numero delle prestazioni ambulatoriali, soprattutto in ambito ospedaliero. Di per sé, questo sviluppo rappresenta un vantaggio per il sistema e per tutti. È quindi urgente correggere lo squilibrio esistente, ad esempio integrando la totalità delle cure ambulatoriali nello schema di ripartizione tra Cantoni e assicuratori. Riteniamo infatti che il denaro pubblico destinato a questo settore non dovrebbe essere investito attraverso il meccanismo della compensazione dei rischi, bensì che occorra modificare lo schema percentuale tra assicuratori e Cantoni, adeguandolo a quello applicato nel settore stazionario. La nuova ripartizione terrebbe conto dei costi effettivi di tutte le prestazioni LAMal e la quota dei Cantoni si aggirerebbe intorno al 23%. Si tratterebbe quindi di un adeguamento del sistema attuale e non di un cambiamento, il che rappresenta un vantaggio, dato che i principi di tale formula sono noti e celerebbero meno rischi per gli assicuratori. In sintesi: maggiore stabilità per il sistema, garanzia di neutralità dei costi per i Cantoni e nessun impatto negativo sui premi.

Nel frattempo, come sapete, il consigliere federale Alain Berset ha anche presentato un progetto di revisione del TARMED. Si tratta di una revisione necessaria, dato che la struttura tariffaria ambulatoriale risale al 2004 ed è ormai superata. Gli assicuratori malattia hanno proposto l'introduzione di forfait per determinate categorie di cure ambulatoriali e, tramite santésuisse, hanno presentato delle proposte in tal senso, ad esempio nei settori dell'oftalmologia, della radiologia, della cardiologia, della chirurgia della mano e per l'insieme dell'apparato locomotore. Con nostro rammarico, i forfait non sono stati recepiti nella proposta del Consiglio federale. Se riuscissimo a introdurre l'idea dei forfait, ritengo che questo fornirebbe l'auspicato impulso alla costruzione di un sistema sanitario più integrato, in cui il paziente verrebbe curato nell'ambiente più adatto alle sue esigenze in termini di salute.

A nessuno verrebbe mai in mente di usare un'auto di Formula 1 per lavorare i campi o tanto meno di partecipare a un gran premio con un trattore. Tuttavia, è esattamente quello che sta avvenendo nel nostro sistema sanitario.

Questo modo di procedere rappresenta però solo una parte del problema. Dobbiamo infatti constatare un forte aumento dei costi negli altri settori sanitari: medicinali, fisioterapisti, laboratori, case di cura e cure a domicilio. Se da un lato c'è stato un migliore contenimento di alcune tariffe, dobbiamo però constatare che il volume delle prestazioni continua la sua corsa al rialzo. Si tratta senza dubbio di uno degli effetti dell'allungamento della vita e, di conseguenza, della sempre crescente percentuale di anziani che hanno bisogno di maggiori cure. A questi si aggiungono le persone in fin di vita, che, a prescindere dall'età, hanno maggiori esigenze in termini di trattamenti medici. Questa situazione è ulteriormente amplificata dalle innovazioni in campo medico, sia a livello di prestazioni che di medicinali, la cui tendenza è ormai inarrestabile. All'aumento dei costi concorrono quindi una molteplicità di cause.

Anche le innovazioni, come si può notare nel settore ambulatoriale, sono di per sé un elemento positivo. Tuttavia, esse accrescono e alimentano i bisogni, dal momento che le persone malate, legittimamente, vogliono guarire a ogni costo e ricorrono alle ultime novità, se queste costituiscono una reale opportunità di guarigione.

Quindi, se vogliamo avere una chance di arginare i costi, l'unica strada da percorrere è quella dei provvedimenti concertati, ognuno dei quali sarà dibattuto a lungo, a prescindere che si tratti di misure di natura organizzativa o tariffaria. Possiamo citare quale esempio la lotta alle prestazioni inutili.

Vorrei ora passare agli altri settori di attività per dirvi che il Groupe Mutuel gode di buona salute. Come avete sentito, il fatturato del settore salute è aumentato del 7.2%, passando da 5 a 5,35 miliardi di franchi. Il risultato aziendale è praticamente in pareggio (-1,3 milioni di franchi), in netto miglioramento rispetto all'anno precedente, in cui avevamo accusato un deficit notevole, di -127,1 milioni di franchi. Possiamo guardare con soddisfazione soprattutto alla buona performance sui mercati finanziari, pari al +2.2%, mentre nel 2015 era stata del +0.5%. Nel campo delle assicurazioni basate sulla LAMal, il volume dei premi lordi ha raggiunto i 4,5 miliardi di franchi. Le prestazioni assicurative sono aumentate del 6.3%, arrivando a 4,1 miliardi di franchi. Per quanto riguarda l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il costo medio per assicurato è aumentato del 3.1% attestandosi su 3'447 franchi, compreso l'onere della compensazione dei rischi, che rappresenta 171 franchi per assicurato, e 58 franchi destinati alla riserva per sinistri in sospeso. L'importo globale versato alla compensazione dei rischi è stato di 216,7 milioni di franchi nel 2016 contro i 213,9 milioni del 2015.

Le spese di gestione, che per noi rivestono un ruolo fondamentale, hanno toccato quota 134 franchi per assicurato, il che corrisponde a un calo dell'8.7%. Queste spese costituiscono quindi il 3.9% del volume dei premi. Si tratta di un effetto diretto del controllo delle fatture e di uno degli impatti positivi della piattaforma Nova e delle misure di digitalizzazione destinate al servizio alla clientela. Il controllo delle fatture ci ha consentito di risparmiare circa 600 milioni di franchi nel 2016, vale a dire il 10.3% di tutte le fatture che ci sono state presentate, al lordo delle franchigie e dell'aliquota.

Le assicurazioni complementari private (LCA), che comprendono anche le indennità giornaliere LCA, hanno fatto registrare un risultato globale di 73,2 milioni di franchi, contro i 51,8 del 2015. L'aumento è quindi pari al 41.3%.

Il ramo delle assicurazioni aziendali, che comprende la perdita di guadagno e l'assicurazione contro gli infortuni, è cresciuto dell'11%, raggiungendo un fatturato di 322,3 milioni di franchi e quasi 20'000 aziende clienti. Il settore della perdita di guadagno per malattia ha raggiunto i 241,9 milioni di franchi, in aumento del 9.5%, mentre le assicurazioni contro gli infortuni sono passate da 69,6 a 80,4 milioni di franchi di fatturato, registrando una crescita del 15.5%.

Infine, il numero degli assicurati si è stabilizzato, con 1,23 milioni di assicurati di base, il che rappresenta un lieve calo del 1.7% per l'assicurazione di base al 1° gennaio 2017. Alla stessa data, il numero totale degli assicurati individuali è invece aumentato dello 0.6% raggiungendo quota 1'469'535, vale a dire quasi 9'000 assicurati in più rispetto al 1° gennaio 2016.

Le due fondazioni di previdenza professionale crescono sia in termini di fatturato sia per numero di aziende affiliate. Il tasso di copertura è pari al 115% e gli averi di vecchiaia saranno remunerati a un tasso dell'1.75%, che corrisponde a una maggiorazione dello 0.75% cumulata all'interesse minimo dell'1%.

L'assicurazione Vita si è arricchita di 4'400 nuovi clienti, che hanno fatto registrare quota 88.6 milioni di franchi in termini di fatturato, vale a dire un aumento del 3.3%. Il numero dei contratti in gestione è passato da 37'934 a 39'527 polizze nel 2016. Il risultato della società Vita sui suoi investimenti è pari a +1.1%.

In conclusione, siamo soddisfatti dell'andamento delle nostre attività. In generale osserviamo una forte crescita nel settore delle imprese e una situazione stabile nel campo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per quanto riguarda la nostra attività destinata ai privati, continua la crescita sia del fatturato sia del numero di assicurati. La nuova linea di assicurazioni di patrimonio è cresciuta ancora, di oltre il 20%, passando da 13,9 a 16,7 milioni di franchi. Oltre alle assicurazioni di protezione giuridica, anche le assicurazioni nel campo dell'economia domestica e della responsabilità civile privata confermano di essere prodotti interessanti per i nostri clienti.

Pur restando un soggetto prioritario nel ramo «Salute», il Groupe Mutuel ha quindi rinforzato gli altri pilastri, confermando il proprio status di assicuratore globale, attivo in tutti i settori delle assicurazioni di persone ma anche in alcuni campi delle assicurazioni di cose.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Ora spazio alle domande.