

## Controllo delle spese: salute

Intensificare la concorrenza e responsabilizzare gli individui

---

20 agosto 2004

Numero 15/1

# dossier politica

---

## Cartellino rosso per l'evoluzione delle spese nel 2001

Nel 2001 il settore della salute è costato l'8,3% in più ai poteri pubblici rispetto all'anno precedente. Secondo il Concetto delle spese di economie svizzesse, questo gruppo di compiti potrebbe raggiungere un'evoluzione delle spese statali consolidate del 2,2% all'anno. L'evoluzione effettiva supera ampiamente questo obiettivo come pure la tendenza del 5,0% all'anno. Su un periodo di due anni compreso tra il 1999 e il 2001, le spese per la salute sono aumentate del 6,1% in media. Questa evoluzione eccede così l'obiettivo e la tendenza. Il forte aumento delle spese nel settore della salute è dovuto alle sovracapacità delle strutture ospedaliere, al consumo elevato di prestazioni mediche, alle nuove possibilità di cura, al comportamento degli assicurati e all'evoluzione demografica.

Questo numero di « dossier politica » fa parte di un insieme completo dedicato al controllo delle spese dello Stato. Esso fa seguito al Concetto delle spese pubblicato due anni fa da economie svizzesse. Ci proponiamo di aggiornare per ogni settore l'evoluzione effettiva delle spese. Lo scopo è di mostrare se, e in quali settori, le spese presentano un'evoluzione accettabile sulla durata.

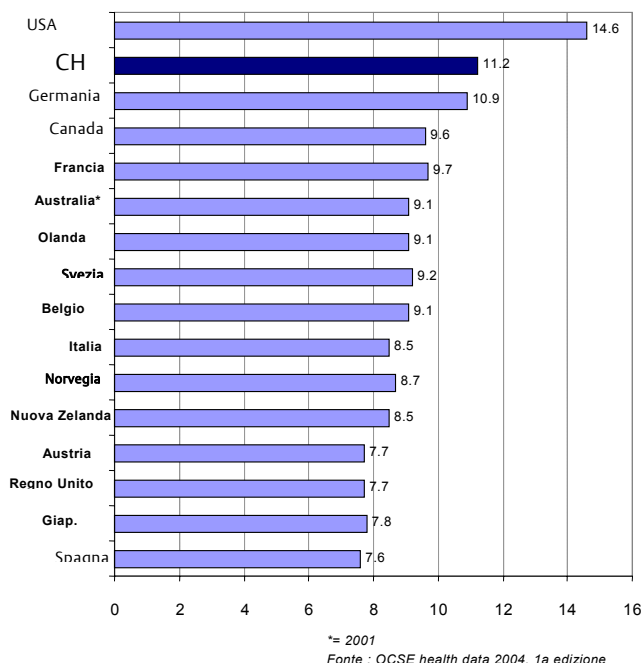
Le spese totali consolidate dei poteri pubblici e delle assicurazioni sociali sono aumentate del 4,9% nel 2001 rispetto all'anno precedente. Le spese per la salute, che hanno raggiunto i 19,9 miliardi di franchi, hanno registrato un aumento superiore alla media. La quota di questo settore sull'insieme delle spese pubbliche è passata dal

12,1% al 12,4%. Pertanto essa assorbe un ottavo delle risorse dello Stato. All'inizio degli anni novanta, la quota di questo settore era leggermente inferiore: essa rappresentava l'11,7% delle spese della Confederazione. Il Concetto delle spese prevede un rallentamento della crescita delle spese al 2,2% all'anno entro il 2010, ciò che corrisponde ad un aumento superiore alla media. L'obiettivo fissato per l'insieme delle spese è dell'1,8% all'anno.

### Spese per la salute: un record internazionale

Le spese pubbliche nel campo della salute non rappresentano che una parte di quelle del sistema sanitario (in quanto settore d'attività economica dei servizi). Esse non corrispondono più alle spese – obbligatorie e facoltative – il cui finanziamento e la regolamentazione sono previsti nella legge sull'assicurazione malattia (LAMal). La diversità dei contribuenti implicati (privati e pubblici), gli accavallamenti nella ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni e i meccanismi di finanziamento complessi permettono difficilmente di avere una panoramica completa del finanziamento del sistema sanitario. Nel confronto internazionale la Svizzera figura fra i paesi dove il rapporto tra i costi della salute e il PIL è più elevato. Nel 2002 le spese per la salute rappresentavano l'11,2% del PIL (2001: 10,9%), ciò che pone la Svizzera al secondo rango, dopo gli Stati Uniti (14,6%). I costi del sistema sanitario hanno totalizzato 46,1 miliardi di franchi nel 2001, di cui 19,9 miliardi di franchi assunti dai poteri pubblici. Un'altra parte dell'insieme delle spese del settore della salute è finanziata dai premi individuali dell'assicurazione malattia obbligatoria. Le istituzioni assicurative finanziate da questi contributi obbligatori sono considerate come appartenenti al settore privato, nonostante la componente di ripartizione. Per questo motivo le loro spese, che hanno raggiunto quasi 14 miliardi di franchi nel 2001, non sono tenute in considerazione nella de-

Costi della salute in % del PIL, 2002



finizione ufficiale della quota-parte dello Stato, ciò che deforma la tabella degli interventi statali.

I contributi dei poteri pubblici agli stabilimenti medici (ospedali, case di cura, centri e cliniche psichiatriche) ammontano a 15,5 miliardi di franchi e sono assunti dai Cantoni e dai Comuni. Essi costituiscono la parte del leone delle spese pubbliche nel settore della salute. Una quota del finanziamento degli ospedali è restituita ai Cantoni dagli assicuratori a titolo di partecipazione ai costi in virtù della LAMal. Nel sistema attuale i Cantoni e i Comuni finanziano completamente gli investimenti degli ospedali pubblici. Il costo di manutenzione di questi ultimi è per contro coperto dagli assicuratori per il 50% al massimo, i Cantoni e i Comuni assumono invece il resto.

Nel 2001 lo Stato ha speso un po' più di 3 miliardi di franchi sotto forma di riduzioni di premi dell'assicurazione malattia (LAMal). Un terzo circa della popolazione o quasi 2,4 milioni di persone ne approfittano. Attualmente la Confederazione assume i due terzi delle spese per le riduzioni dei premi e i Cantoni un terzo. Tuttavia il contributo dei Cantoni è ponderato in funzione della loro capacità finanziaria. Essi hanno inoltre la possibilità di ridurre il loro contributo del 50% al massimo, ma ciò presuppone una diminuzione equivalente del contributo della Confederazione. Conformemente alla statistica ufficiale, questo aiuto alle persone è collegato alla previdenza sociale, ma esso è analizzato, come la LAMal, in relazione al sistema sanitario al fine di garantire la completezza delle informazioni relative alle spese pubbliche in questo settore.

La voce « altri » raggruppa in particolare le cure ambulatoriali, la lotta contro le malattie (ricerca e prevenzione)

e il controllo delle derrate alimentari. Queste spese totalizzano 1,3 miliardi di franchi e sono principalmente assunte dai Cantoni e dai Comuni.

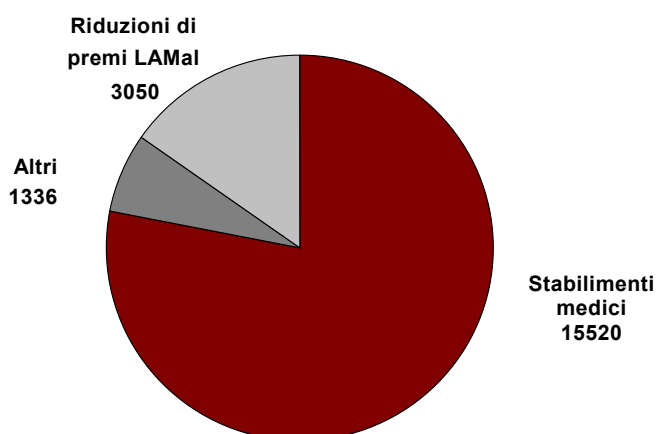
### Evoluzione delle spese: i costi degli ospedali dominano

#### Evoluzione attuale

I costi totali del sistema sanitario si sono moltiplicati per 2,3 tra il 1985 e il 2000. Questo aumento delle spese ha avuto un impatto sui premi dell'assicurazione malattia che aumentano ogni anno e sulle spese dei poteri pubblici nel campo della salute che si sono aggravate. Diversi fattori spiegano questi aumenti: l'allungamento della speranza di vita e l'aumento corrispondente della richiesta di cure, le innovazioni mediche e tecniche, la densità più elevata di medici e l'aumento della richiesta di prestazioni mediche da parte degli assicurati. Essi comportano un aumento del consumo di servizi e di prodotti medici. Così le sovraccapacità, essenzialmente negli ospedali, comportano un aumento dei costi. Per contro, l'aumento dei prezzi delle cure mediche ambulatoriali e dei medicinali è rimasto moderato. Per i poteri pubblici l'evoluzione dei costi degli ospedali, che sono aumentati ben più proporzionalmente in questi ultimi anni, rimane il fattore di costo determinante.

### Spese per la salute

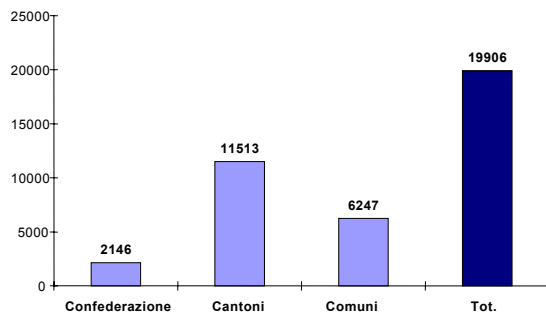
Ripartizione delle spese per funzione (2001, in mio.fr.)



Fonte : DFF, Finanze pubbliche in Svizzera 2001

## Spese per la salute

Ripartizione per livello statale (2001, in mio.fr.)



Fonte : DFF, Finanze pubbliche in Svizzera 2001

Entrata in vigore nel 1996, la LAMal ha separato chiaramente l'assicurazione di base obbligatoria dalle assicurazioni complementari private ed ha segnato l'inizio dell'aiuto alle persone nel settore dell'assicurazione malattia (sotto forma di riduzioni di premi individuali). Conformemente alla LAMal, i premi dell'assicurazione di base sono calcolati in funzione dei costi e non del rischio, non si tratta quindi di un'assicurazione in senso stretto. La scelta del premio unico per l'assicurazione obbligatoria risponde a preoccupazioni sociali nella misura in cui essa provoca una redistribuzione in funzione della salute (dalle persone in buona salute agli ammalati), dell'età (dai giovani agli anziani) e del sesso (dagli uomini alle donne). I premi delle assicurazioni complementari, dal canto loro, sono calcolati su una base attuariale e tengono conto del rischio.

### Tendenza

I fattori che favoriscono un aumento dei costi che hanno dominato l'evoluzione sinora, sono sempre presenti. La tendenza ad un aumento pronunciato delle spese della salute pubbliche e private dovrebbe persistere. Varie riforme sono in preparazione, ma non è certo che esse riescano a frenare l'evoluzione dei costi.

Il 18 maggio 2003 il popolo ha respinto a schiacciante maggioranza l'iniziativa sulla salute del PS. Questa iniziativa esigeva che l'assicurazione malattia fosse finanziata dall'IVA nonché da un premio calcolato in funzione del reddito e della sostanza. Tale formula avrebbe soppresso qualsiasi incitamento al risparmio. L'UDC si impegna su un'altra strada. L'iniziativa « per la diminuzione dei premi dell'assicurazione malattia nell'assicurazione di base » che essa ha lanciato il 1° febbraio 2003, tende ad intensificare la concorrenza e dunque a migliorare l'efficacia del sistema sanitario. La soppressione dell'obbligo di contrarre per

tutti gli attori del sistema sanitario deve contribuirvi. Inoltre essa riduce il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria affinché la copertura imposta dallo Stato non sia eccessiva. Infine l'iniziativa esige di fissare la partecipazione dello Stato (50% al massimo) alle spese totali dell'assicurazione di base.

Il 3 luglio 2002 il Consiglio federale ha congelato a titolo di misura urgente, per tre anni al massimo, l'ammissione di nuovi medici in attesa di un'eventuale soppressione dell'obbligo di contrarre fra gli assicuratori e i medici. Questa misura può essere rinnovata con l'accordo del Parlamento. E' poco probabile che questo congelamento delle ammissioni contribuisca a ridurre i costi poiché vi è una valanga di domande precedenti l'entrata in vigore della misura. Inoltre non è sicuro che l'abolizione dell'obbligo di contrarre avvenga verso la metà del 2005. In questo caso il congelamento delle ammissioni continuerebbe a colpire unicamente i giovani medici formati negli ospedali conformemente allo stato attuale delle conoscenze, ciò che frenerebbe l'innovazione.

Nel dicembre 2003 il Parlamento ha respinto la 2ª revisione della LAMal. La revisione avrebbe introdotto progressivamente la libertà di contrarre nel settore ambulatoriale e avrebbe aumentato la partecipazione ai costi degli assicurati. Inoltre essa avrebbe limitato l'onere del premio per le persone con bassi redditi e le famiglie conformemente ad uno scopo sociale. Il progetto prevedeva inoltre che i Cantoni e le casse malati finanziassero gli ospedali in parti uguali. La stima fatta dalla Confederazione nel piano finanziario della legislatura 2005-2007 di un'evoluzione delle spese al 2,1% in media all'anno fra il 2003 e il 2007 è una conseguenza del fallimento della 2ª revisione della LAMal. Questa crescita delle spese è modica in confronto con l'aumento medio dell'insieme delle spese (2,8% anno). Il decreto federale del 17 settembre 2003 sui sussidi federali nell'assicurazione malattia, che fissa un limite di spesa di 9,6 miliardi di franchi per gli anni dal 2004 al 2007, rimane provvisoriamente in vigore. Se le innovazioni in materia di riduzione dei premi che la 2ª revisione della LAMal conteneva dovessero entrare in vigore (essenzialmente la flessibilizzazione dello scopo sociale e la riduzione dei premi per i bambini), « un forte aumento delle spese sarebbe inevitabile » secondo il programma della legislatura 2005-2007.

Al fine di migliorare le opportunità della riforma, la LAMal sarà riveduta a tappe: tre serie di misure e sette messaggi individuali dovrebbero essere sottoposti al Parlamento ancora quest'anno (vedi allegato).

Anche i Cantoni vorrebbero frenare l'evoluzione dei costi del sistema sanitario. Le misure che essi auspicano comprendono la chiusura di ospedali, il contenimento della crescita degli effettivi e il raggruppamento degli ospe-

dali per l'acquisto di materiale e di medicinali a prezzi più convenienti. Una misura a lungo termine consiste nel rafforzare la cooperazione fra gli ospedali. Soltanto un piccolo numero di ospedali sarebbero responsabili di alcune specialità della medicina. Si tratta dunque di eliminare le strutture superflue.

Il tema delle riduzioni di premi preoccupa anche i Cantoni. Essi possono ridurre la loro partecipazione del 50% al massimo, sapendo che la quota della Confederazione sarebbe ridotta nella stessa proporzione. Gli sforzi moltiplicati in vista dell'aumento del grado d'esaurimento della quota cantonale (nel 2002 gli Zurighesi hanno accettato un'iniziativa « per premi accettabili per tutti ») fanno aumentare le spese dei poteri pubblici. Le iniziative su questo tema non hanno conosciuto tutte la stessa sorte.

La decisione del Tribunale federale delle assicurazioni secondo cui i Cantoni devono contribuire ai costi delle cure ospedaliere che dipendono dall'assicurazione obbligatoria per le persone che beneficiano di un'assicurazione privata o semi-privata quando esse sono curate in un ospedale sovvenzionato, si traduce pure in un aumento delle spese. Finora questi costi sono stati assunti dalle assicurazioni complementari. Un referendum contro la legge federale corrispondente urgente è stato respinto il 9 febbraio 2003.

In questo contesto è molto difficile stimare l'evoluzione delle spese. Le numerose questioni ancora

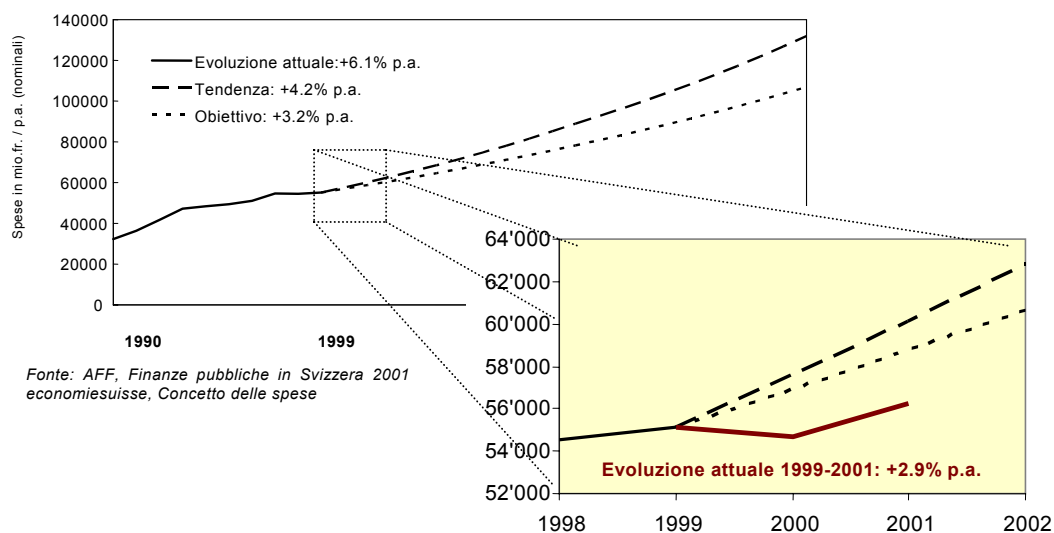
senza risposta, i fattori che favoriscono l'aumento dei costi e la pressione per la presa a carico di una parte maggiore dei costi della salute dovrebbero tradursi in un aumento considerevole delle spese nonostante alcune misure che riducono i costi. Il Consiglio federale verte per un aumento delle spese del 5% circa all'anno fino al 2010 per il finanziamento dell'assicurazione malattia, un'evoluzione leggermente inferiore a quella dell'ultimo decennio. Questo valore è pure utilizzato per la tendenza delle spese della salute dei poteri pubblici. La realizzazione delle linee direttive presentate nel Concetto delle spese in vista della riforma di questo settore permetterebbe di ridurre la crescita delle spese al 2,2% in media all'anno.

**Cartellino rosso per l'evoluzione effettiva delle spese**

Le spese dei poteri pubblici per il gruppo di compiti salute hanno raggiunto i 19,9 miliardi di franchi nel 2001, un aumento dell'8,3% rispetto al 2000. Questa crescita è nettamente superiore all'obiettivo del 2,2% all'anno definito nel Concetto delle spese e alla tendenza stimata allora al 5%. Tale evoluzione merita un cartellino rosso. Un altro cartellino rosso punisce l'evoluzione del periodo dal 1999 al 2001 durante il quale le spese per la salute sono cresciute del 6,1% in media all'anno.

Questa evoluzione delle spese eccede anche la crescita media delle spese del 4,1% all'anno tra il 1990 e il 2000.

**Spese per la salute 1990 - 2010, in mio.fr.**  
Controllo delle spese sulla base del Concetto delle spese



Fonte: AFF, Finanze pubbliche in Svizzera 2001 economiesuisse, Concetto delle spese

Gli ospedali hanno registrato il più forte aumento dei costi nel 2001 rispetto all'anno precedente: le loro spese sono aumentate di 1,15 miliardi di franchi (+8,0%). I Cantoni assumono il 63,7% dei costi ospedalieri fatturati ai poteri pubblici su un totale di 15,5 miliardi di franchi e i Comuni il 36,3%. La Confederazione assume a proprio carico meno dello 0,1%.

Nel 2001 i costi totali del sistema sanitario svizzero sono saliti a 46,1 miliardi di franchi, una progressione del 6,4%. Questo aumento è il più importante dopo l'introduzione della LAMal nel 1996. Non stupisce dunque che le prestazioni delle assicurazioni malattia per assicurato siano aumentate di 2 238 franchi o del 5,1% nel 2001 rispetto all'anno precedente.

L'evoluzione attuale delle spese non raggiunge l'obiettivo, così le linee direttive formulate nel Concetto delle spese restano valide per le riforme tendenti a dotare il settore della salute di basi finanziarie durevoli.

#### **Rafforzare la responsabilità individuale e la concorrenza per frenare i costi**

L'assicurazione malattia obbligatoria e la solidarietà sono uno dei pilastri del sistema svizzero di assicurazioni sociali. Essa non è stata concepita sulla base di principi attuariali puri. Nel sistema sanitario considerazioni etiche fissano dei limiti alla razionalità economica. Tuttavia, nell'ottica di un sistema di salute progressista, bisogna verificare costantemente e, se del caso, adattare le possibilità mediche e tecniche e la loro « finanziabilità ». Occorre inoltre utilizzare i potenziali d'efficacia dei progressi medici e tecnici. Lo Stato, da parte sua, deve rinunciare a fornire alcune prestazioni e deve stabilire regolamentazioni le più efficaci possibili che riflettano le preoccupazioni sociopolitiche. Bisogna localizzare e ridurre le inefficienze nonché creare incentivi a favore di una maggior presa di coscienza dei costi di tutti gli attori interessati. A questo proposito è indispensabile semplificare il sistema e aumentare la trasparenza dei flussi finanziari. E' questo il solo mezzo affinché il libero accesso di tutti gli assicurati all'offerta di base indispensabile sul piano medico possa essere finanziato anche in futuro. Si tratta di evitare l'emergenza di un sistema sanitario a due velocità.

Per questo bisogna accordare ancora più importanza alla responsabilità individuale degli assicurati. Bisogna così continuare a sostenere il modello finanziario dell'affiliazione obbligatoria all'assicurazione malattia di base e il sistema dei premi individuali basati sui costi e se possibile il rischio. Questo modello deve essere accompagnato da riduzioni di premio in funzione del reddito. Ciò comporta la rinuncia a premi basati sul reddito o finanziati dalle imposte. In vista di un'applicazione la più mirata

possibile, occorre che il sistema delle riduzioni dei premi sia finanziato dai Cantoni. Bisogna farne beneficiare unicamente quelle persone che ne hanno realmente bisogno. La concessione di riduzioni di premi deve permettere di evitare i casi di rigore. L'offerta di prestazioni proposte nell'assicurazione di base deve essere concepita in modo tale che i premi restino sopportabili. L'obbligo di contrarre un'assicurazione malattia deve dunque interessare soltanto prestazioni essenziali, limitate e necessarie da un punto di vista medico, ma di qualità. E' il segmento delle assicurazioni complementari private individuali che deve coprire la domanda in termini di scelta e di lusso. Infine la partecipazione ai costi degli assicurati deve avere un ruolo preponderante.

Per contenere i costi dal lato dei fornitori di prestazioni è essenziale mettere in funzione una struttura incitativa che introduca maggiore concorrenzialità senza provocare distorsioni. Bisogna porre su un piede di parità le cure ambulatoriali, parzialmente stazionarie e stazionarie al fine di incitare gli ammalati a privilegiare cure parzialmente stazionarie o ambulatoriali alle ospedalizzazioni durevoli e onerose. Siccome il punto di vista economico non è sempre conciliabile con l'etica medica, le soluzioni devono essere sviluppate in collaborazione con i fornitori di prestazioni interessati. Occorre dunque promuovere una concorrenza che onori il coordinamento delle prestazioni mediche, ma non le prestazioni inefficaci e inadeguate. A questo proposito bisogna considerare come positiva la soppressione dell'obbligo di contrarre. Qualunque cosa si decida, bisogna garantire la sicurezza dell'approvvigionamento. Inoltre, bisogna incoraggiare modelli d'assicurazione alternativi e nuove forme di collaborazione che richiedono un lavoro amministrativo moderato. Una revisione del modo di finanziamento degli ospedali dovrebbe apportare maggiore trasparenza, efficienza, concorrenza e permettere di meglio regolare il settore e la domanda. Non basta trasferire gli oneri della Confederazione verso i Cantoni o dai Cantoni verso le casse malati. Fintanto che la pianificazione ospedaliera prevale, bisogna ottimizzare la struttura sovraregionale degli ospedali. Ciò permetterebbe di garantire un servizio di base nell'insieme del paese secondo criteri obiettivi come l'accessibilità e di sfruttare i potenziali di sinergie. L'obiettivo deve essere quello di migliorare la qualità grazie a specializzazioni (in particolare i medici all'avanguardia) e di smantellare le sovracapacità e le strutture superflue. Per questo occorre rapidamente mettere in funzione gli strumenti adeguati (ad esempio raggruppare gli ospedali, procedere a fusioni, creare delle PPP).

## Commento

I costi del sistema sanitario continuano a crescere ad un ritmo sostenuto. I premi dell'assicurazione malattia, che aumentano oltre il rincaro, fanno salire il costo della vita, provocano rivendicazioni salariali e ostacolano la competitività della Svizzera. Parallelamente, la politica fatica ad adottare misure incisive per contrastare questa evoluzione. Dopo il rifiuto da parte del Parlamento della 2<sup>a</sup> revisione della LAMal, all'ultimo minuto nel dicembre 2003 e al termine di lunghi lavori preparatori e dibattiti, il Consiglio federale ha tentato di riformare il sistema sanitario attraverso misure individuali. Esso ha affrontato soprattutto le questioni che non erano controverse.

Le riforme previste contengono elementi preconizzati nel Concetto delle spese. Così l'abolizione dell'obbligo di contrarre fra medici e assicurazioni malattia costituisce un pilastro della prima serie di misure che sono state oggetto di quattro messaggi. Il Consiglio federale si attende una dinamizzazione del sistema che permetterà di allargare la scelta dei modelli d'assicurazione. Ciò comporta anche vantaggi per gli assicurati. L'abolizione dell'obbligo di contrarre prenderà il posto del congelamento delle ammissioni che non ha avuto effetto.

Altre misure tendono ad estendere la scelta degli assicuratori e ad aumentare la presa di coscienza degli assicurati per quanto concerne i costi. A questo scopo, il Consiglio federale vorrebbe aumentare la partecipazione ai costi (la partecipazione massima rimane a 700 franchi all'anno, ciò che è importante per le persone che soffrono di malattie croniche) e aumentare la franchigia massima. A titolo di misura d'accompagnamento, esso prevede la definizione di uno scopo sociale con un premio massimo in funzione del reddito. Lo scopo sociale costerà 200 milioni di franchi alla Confederazione. Bisogna combattere un'uniformazione del sistema sanitario a livello nazionale così onerosa. I Cantoni non sono più d'accordo. Essi temono che l'introduzione di uno scopo sociale unico aumenti le loro spese e restringa la loro autonomia.

I contorni del secondo pacchetto di misure per riformare il

## Suggerimenti del Concetto delle spese per ottimizzare l'efficienza del sistema sanitario

### Cinque misure importanti :

- Smantellare le sovracapacità ospedaliere. Abolire le strutture superflue e creare centri di competenza grazie alla concentrazione delle forze.
- Affidare ai Cantoni le riduzioni di premi nel senso di una vera ripartizione. Fissare il limite per le misure basate sul reddito il più basso possibile al fine di garantire un'iniezione efficace di mezzi (Nessun scopo sociale nazionale).
- Aumentare la partecipazione ai costi dell'assicurato al 20% in media. Suddividere la partecipazione ai costi (dal 5% al 33%) degli assicurati secondo la gravità del caso.
- Adottare un sistema di finanziamento monista per evitare un'eccessiva statizzazione a lungo termine del sistema sanitario. Così le assicurazioni malattia sarebbero le sole ad assumere le prestazioni mediche derivanti dall'assicurazione malattia. Il passaggio a un finanziamento monista degli ospedali non deve influire sui premi.
- Combinare il cambiamento del sistema e l'abolizione dell'obbligo di contrarre nei settori ambulatoriale e stazionario. Ciò migliorerebbe le condizioni-quadro per le forme d'assicurazione alternative (modello del medico di famiglia, HMO).

sistema sanitario sono pure noti. Così i medici e i farmacisti dovrebbero fornire ai pazienti il medicamento meno costoso fra due medicinali equivalenti. Nell'ottica di un'economia innovatrice, bisogna fare in modo che la protezione dei brevetti ed una remunerazione equa delle prestazioni innovatrici siano possibili. Per questa ragione la presente proposta che non impone né la prescrizione di medicinali generici né la prescrizione di principi attivi è adeguata. Per quanto concerne la proposta relativa ai modelli managed care, l'economia li considera come uno strumento che permette di contenere i costi e di aumentare la qualità delle cure mediche. Economiesuisse approva la strategia del Consiglio federale di promuovere i modelli managed care sulla base del volontariato per tutti gli attori del settore (assicuratori, assicurati e fornitori di prestazioni) e grazie ad un miglioramento dell'ambiente.

Il cambiamento del sistema di finanziamento degli ospedali ripreso dal progetto di riforma abbandonato non raccoglie l'unanimità. In virtù del nuovo regime, i Cantoni e le assicurazioni malattia assumerebbero ciascuno il 50% dei costi delle prestazioni e degli investimenti. L'economie-suisse esige il passaggio diretto dal finanziamento duale attuale al finanziamento monista degli ospedali. Nell'eventualità dell'introduzione di una misura intermedia – un finanziamento duale fisso ad esempio – la chiave di ripartizione dei costi non dovrebbe avere alcuna incidenza sui premi.

Occorre restringere il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione di base alle cure mediche assolutamente indispensabili affinché i premi della LAMal restino sopportabili. La loro qualità deve essere garantita nonostante l'ottimizzazione dell'efficienza. Occorre dunque elaborare norme chiare per le cure e i trattamenti.



**Allegato: serie di misure concernenti l'assicurazione malattia**

<p><b>1<sup>a</sup> serie di misure :</b> <b>Misure urgenti, libertà di contrarre, riduzioni di premio e partecipazione ai costi</b></p> <p>La maggior parte delle idee non sono nuove. Nell'insieme il Consiglio federale opta per un'intensificazione della concorrenza nel campo dell'assicurazione malattia. In effetti, la soppressione dell'obbligo di contrarre fra i medici e le assicurazioni malattia è un elemento centrale della strategia adottata nell'ambito della riforma. Il Consiglio federale si attende una dinamizzazione del sistema e dunque un'estensione della scelta di modelli assicurativi. L'abolizione dell'obbligo di contrarre deve in particolare contribuire a promuovere i modelli managed care poco diffusi attualmente. Il messaggio prevede una forchetta sulla base della quale i Cantoni potrebbero imporre agli assicuratori malattia un numero minimo di fornitori di prestazioni. Ciò potrebbe far cambiare la situazione soprattutto nei Cantoni con una densità di medici superiore alla media, poiché i medici sarebbero incitati a considerare nuovi modelli di contratti.</p> <p>Questa riforma verte anche su un rafforzamento della responsabilità individuale e la libertà di scelta in materia di partecipazione ai costi e di franchigia. Il Consiglio federale propone di aumentare la partecipazione ai costi dal 10% al 20% per gli adulti. Il tetto massimo rimarrebbe a 700 franchi all'anno. La partecipazione ai costi dei bambini non sarebbe raddoppiata per evitare di aumentare gli oneri a carico delle famiglie. Inoltre un emendamento dell'ordinanza modificherà la franchigia massima al 1° gennaio 2005. Essa passerebbe da 1500 franchi a 2500 franchi. Il premio minimo non deve essere inferiore al 50% del premio ordinario con assicurazione infortuni. Queste misure tendono ad aumentare la coscienza dei costi e la responsabilità individuale degli assicurati. Esse sono nonostante tutto controverse poiché colpiscono maggiormente gli assicurati ammalati e con redditi bassi rispetto agli assicurati in buona salute e con redditi elevati.</p> <p>Per tenerne conto, il Consiglio federale prevede uno scopo sociale unico. I Cantoni dovranno definire quattro categorie di reddito ed un reddito massimo per il diritto ad una riduzione di premio per le famiglie con o senza figli. Il premio massimo rappresenterebbe fra il 2% e il 10% del reddito delle famiglie con figli. Esso rappresenterebbe fra il 4% e il 12% del reddito presso le famiglie senza figli. A questo scopo è previsto di aumentare le risorse federali disponibili per le riduzioni di premi di 200 milioni di franchi, in diverse tappe a partire dal 2005. Il Consiglio federale ritiene lo scopo sociale indispensabile per ragioni politiche. I Cantoni temono che uno scopo sociale unico restringa la loro autonomia e provochi costi supplementari.</p>	<p><b>2<sup>a</sup> serie di misure :</b> <b>Finanziamento degli ospedali, managed care</b></p> <p>In questo momento ha luogo una consultazione sulla 2<sup>a</sup> serie di misure. Il Consiglio federale vorrebbe vederla entrare in vigore all'inizio del 2006. Secondo il governo un medico dovrebbe prescrivere il medicamento meno costoso al paziente « se vari prodotti vanno tutti bene in un determinato caso ». I farmacisti devono pure fornire un prodotto a buon mercato quando un medico prescrive un generico e non un prodotto preciso. In questo modo, il Consiglio federale vorrebbe favorire un uso economico dei medicinali. Esso ha dunque rinunciato all'obbligo di fornire prodotti d'imitazione.</p> <p>Un'altra proposta della 2<sup>a</sup> serie di misure concerne i modelli managed care. Si tratta di promuoverli, ma non di imporli. Spetta così alle assicurazioni malattia decidere se desiderano prendere sotto contratto medici che aderiscono a reti integrate e che assumono una responsabilità finanziaria. Il Consiglio federale ha ripreso tale e quale il cambiamento di sistema per il finanziamento degli ospedali (duale fisso) contenuto nel progetto di revisione della LAMal respinta dal Parlamento alla fine del 2003. Il nuovo regime prevede che i Cantoni e le assicurazioni malattia si assumano ognuno il 50% dei costi delle prestazioni e degli investimenti. Secondo le stime di Santé-suisse, questa ripartizione dei costi implica che i costi a carico dei Cantoni rimangano identici e che gli assicuratori vedranno aumentare le loro spese di 1,1, o addirittura 1,2 miliardi di franchi. Tale evoluzione provocherebbe un aumento dei premi dall'8% al 10% circa su tre anni. Il regime attuale di finanziamento degli ospedali è mantenuto sino alla fine del 2005.</p>	<p><b>3<sup>a</sup> serie di misure :</b> <b>Finanziamento delle cure</b></p> <p>Per il finanziamento delle cure è possibile dal 2003 fatturare all'assicuratore la totalità dei costi delle prestazioni fornite, invece delle tariffe-quadro a condizione di disporre di una fattura trasparente. Il Consiglio degli Stati ritiene che ciò non provochi costi supplementari per circa 1 miliardo di franchi poiché un numero crescente di stabilimenti di cura adottano una fatturazione analitica. Per evitare che i premi dell'assicurazione di base non prendano l'ascensore (il costo delle cure nell'assicurazione di base è aumentato del 40% tra il 1998 e il 2002), si tratta di aumentare le tariffe (le due fasce di tariffe superiori), poi di congelarle in attesa di una revisione del finanziamento delle cure entro la fine del 2006 al più tardi. Occorre limitare la presa a carico di costi delle cure nell'assicurazione malattia. La separazione imperfetta delle cure dovuta ad una malattia o all'età è la ragione per la quale l'assicurazione malattia assume sempre più costi per le cure. Per questa ragione nel 1998 sono state introdotte le tariffe-quadro.</p> <p>Il Consiglio federale ha posto in consultazione due progetti di revisione sul finanziamento delle cure. La differenza consiste principalmente nella definizione delle cure coperte dagli assicuratori. Il Consiglio federale è cosciente del fatto che la stabilizzazione dei costi delle cure mirata dalla riforma comporterà un aumento delle spese per le famiglie. Esso propone dunque nei due progetti di estendere a titolo di misure d'accompagnamento le prestazioni complementari per le persone nelle case di riposo. Secondo le stime del Consiglio federale, ne deriveranno 236 milioni di franchi all'anno di spese supplementari. Conclusione : i costi delle cure potrebbero essere stabilizzati al prezzo di un aumento delle spese dell'AVS e delle PC.</p>
---	---	---