

Finanziamento degli ospedali

Urgente bisogno di riforme

14 gennaio 2005

Numero 1

dossier politica

Finanziamento degli ospedali: elemento importante della revisione della LAMal

Riassunto

Il finanziamento degli ospedali è un elemento centrale della revisione dell'assicurazione malattia. Il Consiglio federale propone di passare ad un finanziamento duale fisso degli ospedali.

Il settore stazionario rappresenta un terzo circa dei costi dell'assicurazione di base obbligatoria. Una revisione del finanziamento degli ospedali è inevitabile per ridurre la pressione sui costi e sui premi.

La posizione di economieuisse

La proposta del Consiglio federale soddisfa solo in parte le esigenze in materia di trasparenza, di concorrenza e di redditività. Sussistono ancora gravi inconvenienti nel sistema duale.

Occorre passare direttamente ad un finanziamento monista degli ospedali, poiché il ruolo di monista è svolto dalle assicurazioni malattia e dalle organizzazioni di managed care.

Un modello basato sulla concorrenza presuppone, inoltre, la libertà di contrarre nei settori sia ambulatoriale sia stazionario, l'introduzione di forfait per singoli casi basati sull'efficacia nonché la soppressione della pianificazione ospedaliera cantonale.

Introduzione

Due tentativi di revisione della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) sono falliti, di modo che il bisogno di riforma del sistema sanitario svizzero è urgente. Ciò concerne in particolare il finanziamento del settore stazionario degli ospedali, che costituisce uno dei pilastri del sistema sanitario. Inoltre, per quanto concerne i costi ospedalieri, la Svizzera ha superato gli Stati Uniti e occupa oggi il primo posto. Ciò dimostra l'urgenza di un intervento. Il finanziamento degli ospedali costituisce quindi un elemento centrale di questo terzo progetto di revisione, che il consigliere federale Pascal Couchepin ha posto sul tappeto nella primavera del 2004. Questo progetto prevede una riforma esaustiva del sistema sanitario che rafforza gli elementi della concorrenza. Questo « dossier politica » passa in rassegna il regime attuale del finanziamento degli ospedali ed eventuali modelli futuri.

Finanziamento duale degli ospedali (sistema attuale)

Cos'è il finanziamento duale degli ospedali?

Un'ospedalizzazione è finanziata in modo diverso secondo che si tratti di cure ambulatoriali o stazionarie prestate presso un ospedale privato o pubblico.

Durante un trattamento stazionario, occorre distinguere il trattamento effettuato in un ospedale pubblico, sovvenzionato o meno, e in un ospedale privato. Un trattamento ospedaliero in un ospedale

pubblico, sovvenzionato o meno, è detto « duale » a causa della presenza di due fonti di finanziamento. Così il finanziamento duale degli ospedali assegna il finanziamento dei costi ospedalieri a due attori, e la loro quota può variare. Attualmente, il finanziamento degli ospedali è duale nel senso che i poteri pubblici (Cantoni/Comuni) e le casse malati partecipano al finanziamento delle cure stazionarie separatamente e perfino in modo indipendente gli uni dalle altre. Il Cantone attinge dagli introiti fiscali per finanziare i costi delle prestazioni di interesse generale (apprendistato, ricerca, urgenze, ecc.), i costi d'investimento nonché i disavanzi degli ospedali pubblici d'accordo con i Comuni (finanziamento degli ospedali). I costi d'esercizio da tenere in considerazione sono ripartiti fra i Cantoni e gli assicuratori (responsabilità suddivisa in materia di finanziamento). I Cantoni pagano almeno il 50% dei costi d'esercizio da tenere in considerazione per i pazienti in reparto comune e, in seguito alle sentenze emesse dal Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) e all'adozione della legge urgente sulle cure ospedaliere dispensate nel Cantone, i Cantoni partecipano pure alle spese dei pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare dei reparti semiprivati o privati, degli ospedali pubblici, sussidiati o meno. Da parte loro, le assicurazioni malattia assumono il 50% al massimo delle spese d'esercizio da prendere in considerazione per le cure stazionarie in reparto comune, ma nessun costo

d'investimento e nemmeno alcuna prestazione d'interesse generale. Gli assicuratori e gli ospedali negoziano tariffe nell'ottica del finanziamento delle spese da prendere in considerazione (forfait giornaliero, forfait per divisione o forfait per caso). Attualmente, in Svizzera, la quota delle spese da prendere in considerazione rappresenta fra il 55% e il 57% per i poteri pubblici e fra il 43% e il 45% per le assicurazioni malattia, variando considerevolmente l'importo assunto dal Cantone da un Cantone all'altro. Le sovvenzioni dei Comuni si dirigono esclusivamente verso l'offerta (finanziamento di stabilimenti), quelle dei Cantoni si dirigono tanto verso l'offerta quanto verso la domanda (offerta: sovvenzioni e copertura del disavanzo degli ospedali; domanda: riduzioni dei premi degli assicurati). Le assicurazioni malattia, in quanto rappresentanti dei loro assicurati, finanziano esclusivamente la richiesta.

Gli ospedali privati, non sovvenzionati, fatturano alle assicurazioni malattia la totalità dei costi (costi d'investimento e d'esercizio) per le cure dispensate ai pazienti che possiedono soltanto un'assicurazione di base o anche un'assicurazione complementare. In questo settore, gli assicuratori sono già la sola forza di finanziamento (monista) come pure nel settore ambulatoriale del settore ospedaliero.

La pianificazione ospedaliera è di sola competenza del Cantone. Essa comprende in particolare l'allestimento di liste di ospedali. Questi ultimi rivestono una certa importanza nella misura in cui soltanto gli ospedali che figurano su queste liste

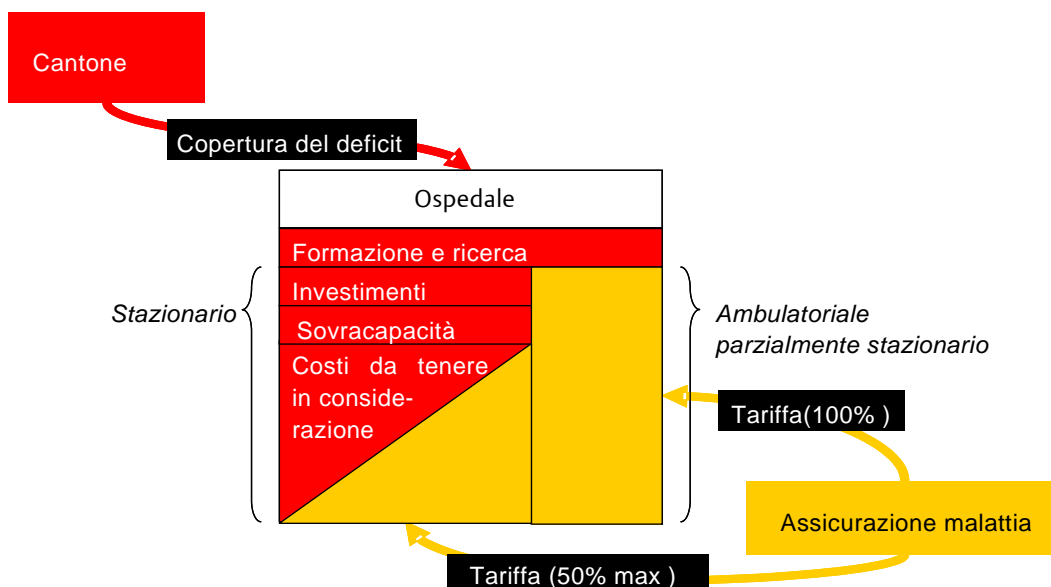
possono redigere fatture a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure (AOC) e che il Cantone paga il 50% al minimo dei costi d'esercizio da tenere in considerazione unicamente per gli ospedali pubblici, sovvenzionati o meno, che figurano sulla lista (contributo di base = contributo dei Cantoni). La pianificazione ospedaliera costituisce dunque uno strumento che permette al Cantone di gestire e di limitare l'ammissione degli ospedali a carico dell'AOC e i contributi di base cantonali.

Il finanziamento duale degli ospedali e la pianificazione ospedaliera permettono al Cantone di assumere in maniera pragmatica l'obbligo di pianificare nonché il coordinamento in materia di pianificazione, di finanziamento e di occupazione degli ospedali. I contributi dei Cantoni (= contributi di base) ai costi d'esercizio degli ospedali pubblici, sovvenzionati o meno, tengono conto del principio secondo il quale la competenza di direzione deve essere fra le mani di colui che ha l'obbligo di finanziamento. Ciò deve contribuire ad ottimizzare l'utilizzazione delle risorse e dunque a contenere i costi.

Argomenti per l'introduzione del finanziamento duale degli ospedali nell'ambito della LAMal

In occasione dell'elaborazione della LAMal, due argomenti hanno parlato a favore del finanziamento duale degli ospedali: quello della ripartizione e quello del controllo dei costi. Dal punto di vista della ripartizione, un finanziamento che passa unicamente

Finanziamento duale degli ospedali



attraverso i premi delle persone avrebbe rappresentato una regressione eccessiva per la maggioranza e non avrebbe avuto alcuna chance sul piano politico. Parallelamente, il passaggio ad una soluzione puramente fiscale, che avrebbe eliminato il premio individuale in quanto elemento della concorrenza centrale della LAMal, non era giudicato opportuno sul piano politico. Il finanziamento duale attualmente in vigore costituiva dunque un compromesso. Nella misura in cui i costi ospedalieri sono finanziati in parte attraverso le imposte progressive basate sul reddito e la sostanza, una ripartizione sociale dell'onere finanziario ha luogo – rispetto ad un sistema finanziato da un premio individuale indipendente dal reddito. Al di là di questo argomento di ripartizione, il sovvenzionamento degli ospedali fornisce anche ai Cantoni uno strumento per controllare i costi.

Sul piano concettuale, il finanziamento duale degli ospedali costituisce un approccio di economia pianificata (budget globale). Il Cantone influisce direttamente sulla struttura del settore ospedaliero attraverso il finanziamento degli ospedali ed altri strumenti di regolazione (pianificazione ospedaliera e lista di ospedali: articolo 39, lettere d ed e LAMal).

Inconvenienti del finanziamento duale degli ospedali

I problemi attuali sono essenzialmente legati ai seguenti fattori:

- La responsabilità finanziaria è ripartita fra diversi attori (Cantoni ed assicuratori) mentre la responsabilità delle decisioni non è suddivisa (Cantone);
- Il finanziamento di ospedali e la copertura di disavanzi attraverso i Cantoni e i Comuni;
- Il modo di retribuzione che incita alla spesa (forfait giornalieri);
- e la sovvenzione unilaterale delle prestazioni stazionarie.

I difetti del sistema comportano le distorsioni di concorrenza ed inefficienze seguenti:

- Conflitto d'interesse in seno ai Cantoni (ruolo molteplice dei Cantoni): a causa del ruolo molteplice dei Cantoni – gestori degli ospedali, responsabili della pianificazione ospedaliera, finanziatori ed arbitri in caso di vertenze in materia tariffale – i Cantoni sono stretti in un conflitto d'interesse. Così, l'interesse dei Cantoni ad una riduzione delle tariffe è limitato, poiché una riduzione tariffale si tradurrebbe in un aumento

dei disavanzi che a loro volta devono essere assunti dai Cantoni stessi (garanzia del deficit per gli ospedali pubblici, sussidiati o meno). L'interesse limitato dei Cantoni per una riduzione delle tariffe nel settore stazionario costituisce effettivamente un inconveniente quando le assicurazioni malattia e gli ospedali non raggiungono un accordo su una convenzione tariffale. Conformemente all'articolo 47 della LAMal, il Cantone svolge il ruolo di arbitro in questo caso. I Cantoni sono dunque contemporaneamente giudice e parte in causa. Il loro ruolo molteplice e il fatto che gli ospedali pubblici si raggruppano per difendere i loro interessi (gli ospedali pubblici coprono dall'80% al 90% del mercato) fanno in modo che i Cantoni possono bloccare una parte almeno della pressione sui costi delle casse malati e frenare o ritardare il risanamento delle strutture (soppressione di capacità superflue, ad esempio).

« Sul piano concettuale il finanziamento duale degli ospedali costituisce un approccio di economia pianificata. »

Le varie assicurazioni malattia non possono dunque far giocare la domanda.

Esse hanno tuttavia

la possibilità di inoltrare lamentele presso l'ufficio federale della sanità per tariffe ritenute eccessive. Per quanto concerne le strutture di decisione e di finanziamento attuali degli ospedali, la maggioranza degli ospedali si sforzano di compensare la scarsità di contributi alla copertura delle spese tramite un aumento delle entrate e di evitare una revisione dell'offerta di prestazioni – una riflessione indifendibile a lungo termine. Dal momento che i Cantoni sono pure proprietari degli ospedali pubblici, le decisioni relative alla soppressione di letti di ospedale sono generalmente prese per motivi politici; all'occorrenza, esse non vengono prese.

- Assenza di concorrenza fra gli ospedali: tenuto conto dell'influenza dei Cantoni sulle tariffe, la copertura del deficit, l'obbligo di contrarre e l'assenza di personalità giuridica degli ospedali pubblici, la concorrenza è possibile solo in misura minima nel settore stazionario. Gli ospedali non concorrenziali possono sussistere aumentando i forfait per le loro prestazioni e, se nessuna convenzione viene firmata, essi sono sostenuti dai Cantoni che svolgono il ruolo di arbitro.
- Distorsione dei costi fra, da una parte, il settore stazionario e, dall'altra parte, i settori ambulatoriali e parzialmente stazionari: i costi del

settore sono assunti unicamente dagli assicuratori (tranne la partecipazione alle spese e la franchigia degli assicurati). Per contro, nel settore stazionario, i Cantoni e gli assicuratori si dividono le spese d'esercizio conformemente al finanziamento duale descritto precedentemente. Il Cantone sussidia solo il trattamento stazionario, si assiste così ad una distorsione dei costi per le parti che assumono i costi dei trattamenti stazionari e dei trattamenti parzialmente stazionari ed ambulatoriali. A poco a poco, i progressi tecnici e medici rendono possibile un trasferimento dal settore stazionario, costoso sul piano economico, ai settori parzialmente stazionario ed ambulatoriale, più vantaggiosi. Il potenziale di risparmio inerente a questo trasferimento può essere sfruttato soltanto in misura limitata. In effetti, le sovvenzioni unilaterali del settore stazionario fanno in modo che il trasferimento sgravi i Cantoni a scapito degli assicurati. Pertanto, gli assicuratori non sono incitati ad incoraggiare un trasferimento verso i settori parzialmente stazionario ed ambulatoriale.

- Il principio della copertura dei costi da tenere in considerazione (o principio della copertura del deficit): nel sistema del finanziamento duale, la garanzia della copertura dei costi prevale indipendentemente dal rapporto prezzo-prestazioni. Sono i costi e non le prestazioni che sono finanziati. Il principio della copertura dei costi da tenere in considerazione implica che in generale l'insieme dei deficit d'esercizio degli ospedali pubblici sia assunto dai poteri pubblici. Queste condizioni-quadro sono contrarie all'obiettivo di una riduzione dei costi iscritto nella LAMal: esse non incitano affatto ad una riflessione nella prospettiva dell'esercizio e sfociano nel mantenimento di ospedali non concorrenziali.
- Le controversie tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori per quanto concerne i costi da prendere in considerazione e la delimitazione delle prestazioni: sono in particolare la responsabilità finanziaria suddivisa fra Cantoni ed assicuratori, la responsabilità per le decisioni che si situano unicamente presso i Cantoni, e il principio di copertura dei costi ad essere all'origine della mancanza di trasparenza nel sistema duale.

« Il potenziale di risparmio inerente ai progressi tecnici e medici può essere sfruttato soltanto in misura limitata a causa delle sovvenzioni unilaterali a favore del settore stazionario. »

Pertanto, l'ampiezza del finanziamento degli ospedali è spesso difficile da stabilire. Di conseguenza, le assicurazioni malattia e i prestatori di cure non si sono messi d'accordo sull'importo che corrisponde al 100% dei costi d'esercizio da prendere in considerazione. Inoltre, la regolamentazione attuale sfocia sovente in inchieste e querele sulla questione a sapere chi assume quale parte dei costi, in relazione con la delimitazione fra le prestazioni stazionarie e parzialmente stazionarie, ad esempio.

- Pianificazione ospedaliera di una coerenza incerta: la coerenza della pianificazione ospedaliera e delle liste di ospedali in quanto strumenti di controllo efficaci dell'approvvigionamento nel campo della salute a medio e lungo termine deve essere rimessa in discussione indipendentemente dalla loro prossimità con i metodi dell'economia pianificata. In primo luogo, la pianificazione ospedaliera non comprende né il settore ambulatoriale né il settore

parzialmente stazionario. In secondo luogo non esistono disposizioni sovraregionali o nazionali nell'ambito della pianificazione ospedaliera di modo che il numero di persone coperte dagli ospedali di un Cantone è spesso troppo esiguo rispetto al volume necessario per raggiungere la qualità in materia di prestazioni mediche. In terzo luogo, i Cantoni procedono alla pianificazione ospedaliera sulla base dei bisogni della popolazione, ma anche sulla base di altri fattori, come l'opportunità politica. Il fatto che la responsabilità per la pianificazione ospedaliera dipenda dal Cantone fa in modo che la decisione di chiudere un ospedale e di sopprimere dei letti d'ospedale siano decisioni politiche spesso basate non sul buon senso economico, bensì su motivi di politica regionale ed altri motivi.

- Penalizzazione di modelli assicurativi alternativi (modello managed care): il modo di finanziamento attuale degli ospedali penalizza i modelli assicurativi alternativi. Secondo i dati raccolti finora, sembrerebbe che, rispetto alle assicurazioni convenzionali, le health maintenance organisations (HMO) realizzino i loro risparmi di costi essenzialmente a seguito di un debole tasso di ospedalizzazione e alla breve durata dei

soggiorni ospedalieri. A causa della sovvenzione unilaterale delle prestazioni stazionarie, essi possono realizzare solo una parte dei risparmi dei costi effettivi e ripercuoterli sugli assicurati sotto forma di diminuzione dei premi. Oltre la metà di questi risparmi di costi va a favore dei poteri pubblici. Ciò ostacola lo sviluppo dei modelli managed care e riduce fortemente la pressione sui costi e la pressione concorrenziale. Il settore stazionario è sussidiato ancora di più dopo che i contributi di base dei Cantoni sono pure versati alle persone che possiedono un'assicurazione complementare e non ai soli assicurati di base degli ospedali pubblici, sussidiati o meno. E' il caso dopo le sentenze del TFA del 1997 e 2001 per le ospedalizzazioni in seno al Cantone, nonché nell'ambito della legge urgente del 2002 per le ospedalizzazioni nel Cantone, ciò che sembrerebbe sensato in vista della parità di diritti degli assicurati. Tuttavia, i modelli assicurativi alternativi sono maggiormente penalizzati rispetto al passato.

- Penalizzazione degli ospedali privati: rispetto agli ospedali pubblici, gli ospedali privati sono penalizzati, poiché per prestazioni identiche, essi devono esigere prezzi (tariffe) superiori alle assicurazioni malattia in quanto non ricevono sussidi cantonali. La loro penalizzazione è considerevolmente aumentata dopo che i Cantoni devono anche pagare per le prestazioni a favore delle persone che possiedono un'assicurazione complementare negli ospedali pubblici, sussidiati o meno, mentre essi non devono pagare contributi di base agli ospedali privati (conformemente alle sentenze del TFA del 1997 e del 2001 per le ospedalizzazioni in seno al Cantone nonché alla legge urgente del 2002 per le ospedalizzazioni in seno al Cantone). Prima di ciò, i Cantoni pagavano soltanto per le persone che disponevano unicamente un'assicurazione di base e che venivano ospedalizzate in uno stabilimento pubblico sussidiato o meno. Così, gli ospedali pubblici possedevano un vantaggio: per le persone che dispongono di un'assicurazione complementare, le spese di capitali non dovevano essere coperte attraverso entrate proprie. D'ora in avanti, le persone che dispongono di una copertura complementare ospedalizzate in uno stabilimento pubblico, sussidiato o meno, hanno pure diritto ad un contributo cantonale per i costi

« L'esistenza di numerosi ospedali privati sarebbe minacciata da una discriminazione così evidente. »

d'esercizio legati al trattamento. Così gli ospedali pubblici possiedono un vantaggio maggiore in termini di costi rispetto agli ospedali privati. Se questa regolamentazione temporanea iscritta nella legge urgente dovesse perdurare, questo vantaggio di costo si tradurrebbe in costi per caso molto variabili per i pazienti che dispongono di una copertura complementare secondo il modo di finanziamento dell'ospedale. Di conseguenza, due prodotti di assicurazione complementari farebbero rapidamente la loro apparizione. Una variante più vantaggiosa, che permette ai pazienti che possiedono una copertura complementare di farsi curare unicamente presso ospedali pubblici, sussidiati o meno, e l'altra più costosa, che coprirebbe anche i costi per prestazioni ricevute presso ospedali privati. Queste distorsioni fra l'assicurazione di base e le coperture complementari riguarderebbero solo gli assicurati

della seconda variante. In effetti, i premi corrispondenti a questi due prodotti d'assicurazione

sarebbero molto diversi. Bisognerebbe allora aspettarsi un trasferimento massiccio verso la prima variante dell'assicurazione complementare. Non vi è alcun dubbio che l'esistenza di numerosi ospedali privati sarebbe minacciata da una discriminazione così evidente. Inoltre, tale evoluzione non è compatibile con la LAMal poiché quest'ultima esige la presa in considerazione in maniera adeguata degli ospedali privati (LAMal articolo 39d).

- Sussidio incrociato indiretto dell'assicurazione di base attraverso l'assicurazione complementare: nel sistema attuale, l'assicurazione di base beneficia di sussidi incrociati due volte. In primo luogo, sebbene le persone al beneficio di un'assicurazione complementare contribuiscono a finanziare l'assicurazione di base attraverso le imposte, esse hanno dovuto, in passato, assumere la totalità dei costi di trattamento. In effetti, i Cantoni rifiutavano di sottostare all'obbligo di versare un contributo di base contenuto nella LAMal per le persone al beneficio di una copertura complementare. Tenuto conto delle sentenze emesse dal TFA nel 1997 e nel 2001 nonché della legge urgente del 2002 sulle cure ospedaliere nel Cantone, i Cantoni devono inoltre versare contributi di base agli assicurati che beneficiano di una copertura complementare, ma soltanto per quelli ospedalizzati

presso un ospedale pubblico, sussidiato o meno, non per quelli ospedalizzati presso un ospedale privato. Inoltre, il contributo di base a favore delle persone che beneficiano di una copertura complementare secondo la legge urgente è inferiore a quella delle persone che hanno soltanto l'assicurazione di base. In seguito le tariffe sono molto più elevate per le persone che dispongono di una copertura complementare per quasi tutte le prestazioni (operazione dell'appendicite, ad esempio). Negli ospedali pubblici, una parte delle entrate supplementari così ottenute è utilizzata dall'ospedale per ridurre il deficit della divisione comune.

L'applicazione delle sentenze del TFA e della legge urgente ha considerevolmente ridotto i sussidi incrociati dei pazienti che possiedono unicamente la copertura di base rispetto ai pazienti che beneficiano di una copertura complementare, ma non li hanno totalmente eliminati.

Finanziamento duale fisso degli ospedali

Cos'è il finanziamento duale fisso degli ospedali ?

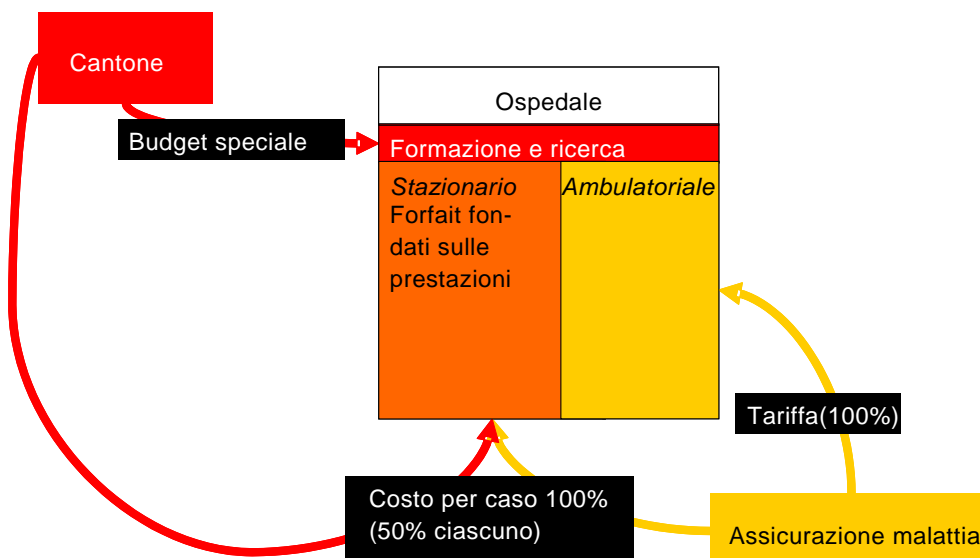
Questo termine indica il finanziamento dei costi ospedalieri da parte di due attori secondo una chiave di ripartizione fissa. La chiave di ripartizione può essere paritaria (attore A 50% e attore B 50%) o prevedere una ripartizione diversa dei costi (attore A 40% e attore B 60%, ad esempio). Occorre inoltre determinare quali costi sono assoggettati alla chiave di ripartizione (costi

da tenere in considerazione, vale a dire costi per le prestazioni o anche per gli investimenti) e se il regime del finanziamento duale fisso si applica soltanto agli ospedali pubblici, sussidiati o meno, o anche agli ospedali privati. Questi elementi determinano in seguito le conseguenze finanziarie per i Cantoni, gli assicuratori e gli assicurati. Sono possibili numerose varianti.

Il fatto che gli investimenti non sono mai indipendenti dall'esercizio parla a favore della presa in considerazione dei costi d'investimento nel regime di finanziamento. Essi hanno sempre un impatto sui costi d'esercizio (offerta di prestazioni, ammortamenti). L'emergere di nuove forme di finanziamento, in particolare il leasing, ha agevolato la transizione fra costi d'investimento e costi d'esercizio. Ciò giustifica l'adozione di una visione globale nel senso di una regolamentazione finanziaria identica per i costi d'esercizio e i costi d'investimento.

Il fatto che la legge dica che i prestatori privati non devono essere penalizzati parla a favore della presa in considerazione degli ospedali privati nel regime di finanziamento. Inoltre, gli stabilimenti privati figuranti sulle liste cantonali sono indispensabili per soddisfare la richiesta della popolazione e hanno dunque diritto al contributo di base del Cantone. Occorre pertanto tendere all'integrazione degli ospedali privati nel regime finanziario in nome della parità di diritti degli ospedali necessari per coprire i bisogni della popolazione e allo scopo di evitare distorsioni di concorrenza. Queste ultime compaiono quando una

Finanziamento duale fisso degli ospedali



parte soltanto degli istituti ospedalieri ricevono contributi dai poteri pubblici a titolo di retribuzione per il loro mandato di servizio pubblico. Occorre tuttavia, in contropartita, evitare di fare una « scrematura » fra gli ospedali privati, nel senso di una limitazione alle prestazioni particolarmente lucrative. Altrimenti i prestatori privati sarebbero privilegiati rispetto ai prestatori pubblici, considerato come, in primo luogo, questi ultimi sono obbligati ad ammettere tutti i pazienti e, in secondo luogo, essi devono proporre un'offerta di prestazioni più vasta per garantire la sicurezza dell'approvvigionamento.

Occorre definire il modo di retribuzione indipendentemente dal regime di finanziamento degli ospedali. Un determinato regime di finanziamento degli ospedali può tuttavia combinarsi con tutte le forme di retribuzione. I problemi legati al modo di retribuzione non devono dunque essere attribuiti al regime del finanziamento degli ospedali.

Il finanziamento duale fisso degli ospedali secondo il progetto del Consiglio federale del 2004

Nella riforma della LAMal in corso, il Consiglio federale riprende essenzialmente la 2a revisione della LAMal, respinta nel dicembre 2003 e propone i cambiamenti seguenti rispetto al

finanziamento

duale:

- Passaggio dal finanziamento degli ospedali completato da sussidi e la copertura del deficit ad una retribuzione concorrenziale basata sull'efficacia (finanziamento delle prestazioni) con forfait per caso. Cioè non si considerano più i costi complessivi di un ospedale calcolabili in quanto esercizio, bensì le prestazioni individuali effettivamente fornite.
- Le prestazioni degli ospedali pubblici e privati integrati nella pianificazione cantonale sarebbero indennizzate (integrazione degli ospedali privati nella pianificazione e regime di finanziamento).
- Le prestazioni, ivi compresi i costi d'investimento, degli ospedali pubblici e privati, sarebbero finanziate in parti uguali dai Cantoni e dalle assicurazioni malattia (finanziamento duale fisso degli ospedali con integrazione dei costi d'investimento). Ciò significa che i Cantoni e gli assicuratori pagano ciascuno il 50% del forfait per caso. Il Cantone continua ad assumere soltanto la

formazione e la ricerca attraverso un bilancio speciale.

- Inoltre, il Consiglio federale si impegna a sottoporre al Parlamento un progetto di finanziamento monista degli ospedali tre anni al massimo dopo l'entrata in vigore del finanziamento duale fisso degli ospedali.

Vantaggi del finanziamento duale fisso degli ospedali (messaggio del Consiglio federale)

Rispetto al finanziamento duale attuale, la proposta del Consiglio federale apporta alcuni sostanziali miglioramenti:

- Chiave di ripartizione dei costi duale fissa: la ripartizione fissa dei costi fra i Cantoni e gli assicuratori nel settore stazionario evita le controversie fra i due attori quanto al grado di copertura dei costi, permette una migliore pianificazione del bilancio e conduce ad un'armonizzazione di questo settore a livello nazionale. Poiché gli investimenti devono essere ammortizzati, gli ospedali sono incitati a ridurre le loro sovraccapacità.

- Passaggio dal finanziamento degli stabilimenti al finanziamento delle prestazioni: con il finanziamento degli stabilimenti prevalente nel sistema duale, i costi (tariffe) sono negoziati indipendentemente dai costi effettivi o fissati dai prestatori. Questa situazione,

come pure la copertura dei deficit, permette agli ospedali di proporre prestazioni esaustive senza preoccuparsi della domanda. La retribuzione basata sulle prestazioni proposte dal Consiglio federale per un finanziamento duale fisso obbliga gli ospedali a verificare per quali servizi essi coprono i loro costi e quali servizi essi hanno interesse a lasciare alla concorrenza. Ciò comporta la formazione di settori di specializzazione medica con veri centri di competenza difficili da ottenere attraverso la via politica. La specializzazione degli ospedali ottimizza la qualità delle prestazioni poiché quest'ultima dipende ampiamente dal volume delle prestazioni. Inoltre, il finanziamento delle prestazioni migliora la comparabilità dei prodotti degli ospedali nonché la trasparenza, ciò che intensifica la concorrenza fra i prestatori. Ciò rafforza la necessità di massimizzare l'autonomia e

la redditività degli ospedali di modo che il loro margine di manovra imprenditoriale si estende. Riassumendo, bisogna attendersi che la retribuzione delle prestazioni contenga i costi grazie alla soppressione di incitamenti economici negativi nonché grazie ad un miglioramento della qualità.

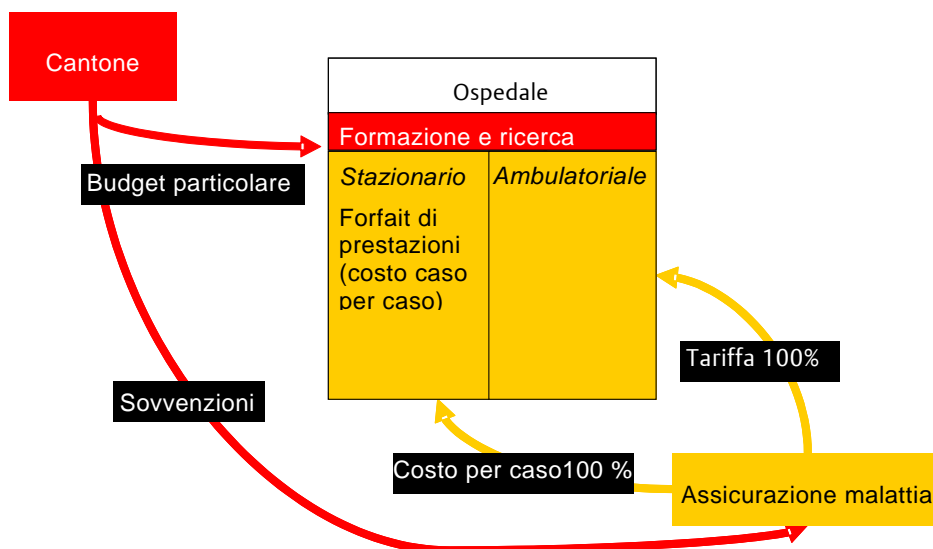
- Integrazione degli ospedali privati: l'integrazione degli ospedali privati figuranti sulle liste nello stesso regime di finanziamento degli ospedali pubblici pone teoricamente i prestatori di cure private su un piano di parità. Nella pratica, se il Cantone in quanto proprietario degli ospedali pubblici stabilisce liste d'ospedali, esiste sempre il rischio che gli ospedali privati vengano penalizzati. La situazione degli ospedali privati potrebbe perfino deteriorarsi se i Cantoni divenissero più reticenti ad ammettere i prestatori di cure private sulla lista a causa dell'obbligo di pagare un contributo di base. In effetti, l'ammissione sulla lista comporta per l'ospedale privato il diritto ad un contributo cantonale, ma costituisce pure una condizione all'allestimento di fatture a carico dell'AOC. I prestatori privati non avendo diritto ai contributi cantonali e non potendo redigere fatture a carico dell'AOC non avrebbero alcuna possibilità di sopravvivere.
- Riduzione delle sovvenzioni incrociate dell'assicurazione di base grazie all'assicurazione complementare: il finanziamento duale fisso degli ospedali contribuisce a ridurre la sovvenzione incrociata indiretta delle persone che possiedono

un'assicurazione di base attraverso le persone che dispongono di un'assicurazione complementare, poiché queste ultime se ospedalizzate in istituti privati hanno diritto ai contributi cantonali. Tuttavia un certo grado di sovvenzione sussiste a causa delle tariffe elevate applicate agli assicurati dei reparti semiprivati e privati.

Inconvenienti del finanziamento duale fisso degli ospedali (progetto di messaggio del Consiglio federale)

Gravi inconvenienti del sistema duale perdureranno sotto il regime di finanziamento duale fisso degli ospedali. Così, i conflitti d'interesse dei Cantoni, l'assenza di concorrenza fra gli ospedali, la distorsione dei costi fra i settori ambulatoriale e stazionario, nonché la penalizzazione dei modelli managed care non scomparirebbero. Inoltre, la forma giuridica degli ospedali pubblici rimane. Essi restano proprietà dei Cantoni e dei Comuni. La ripartizione dei costi in parti uguali fra il Cantone e l'assicuratore costituisce pure un inconveniente. Alcune stime hanno indicato che ciò sfocerebbe in un risultato a somma zero per i Cantoni e gli assicuratori nel caso dell'assicurazione di base e in un aumento dell'onere da 400 milioni di franchi a 1,2 miliardi di franchi in caso di sgravio delle assicurazioni complementari. Questo aggravamento degli oneri avrebbe quale conseguenza un aumento dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria fino al 10% ripartiti su tre anni. Un'impennata dei premi così forte susciterebbe nuove discussioni sul modo di finanziamento dell'assicurazione di base e rafforzerebbe la pressione per riduzioni supplementari

Finanziamento monista degli ospedali



dei premi. Sono in particolare le famiglie e la classe media, le quali non beneficiano di riduzioni dei premi, che ne soffrirebbero.

Finanziamento monista degli ospedali

Che cosa si intende per finanziamento monista degli ospedali?

Il sistema di finanziamento monista è caratterizzato dal fatto che al contrario di ciò che avviene con il sistema duale o duale fisso, il finanziamento proviene da una sola fonte e la responsabilità formale del finanziamento (onere del pagamento) si situa presso un solo attore, il monista. Inoltre, tutte le prestazioni della LAMal, siano esse ambulatoriali, parzialmente stazionarie o stazionarie, sono sussidiate dal Cantone. I fornitori di prestazioni stazionarie devono fatturare la totalità dei costi delle loro prestazioni al monista, essendo soppressa la garanzia del deficit del Cantone. Essi avrebbero di fronte a loro un solo organo di finanziamento (il monista) e vi sarebbe un solo organo di pagamento a cui indirizzare le fatture, che le paga dopo averle controllate. La provenienza delle risorse di questo attore rimane aperta. E' possibile prevedere un finanziamento esclusivo attraverso le imposte o i premi o un finanziamento misto fatto di premi e di imposte, come lo prevede la legge sull'assicurazione malattia. La quota dei costi della salute finanziata rispettivamente dall'imposta e mediante i premi è una decisione politica che deve essere presa indipendentemente dalla questione del finanziamento monista. Un finanziamento monista può essere pianificato secondo le regole dell'economia di mercato. In sé, il finanziamento monista non significa che l'obbligo di contrarre e la pianificazione ospedaliera cantonale siano necessariamente soppressi.

Si distinguono per principio tre aspetti dei modelli di finanziamento monista: 1) Quale attore svolge il ruolo di monista? 2) Come sono giuridicamente regolati i contributi cantonali al finanziamento? 3) Come sono iniettati nel sistema i contributi cantonali al finanziamento? Esistono diverse varianti per ciascuno di questi aspetti. Ogni modello di finanziamento monista comporta un elemento che dipende da ciascuno di questi tre livelli. Questi elementi possono per principio combinarsi fra loro a volontà. I vari modelli si distinguono per le loro attitudini a rimediare ai difetti del sistema attuale. D'altra parte, le possibilità di gestire una politica della salute attiva sul piano cantonale (pianificazione ospedaliera, ecc.) mutano secondo le opzioni. Il modello di finanziamento

dipende soprattutto dall'ambiente giuridico e dal sistema di salute pubblica auspicato dalla classe politica (economia pianificata o modello di concorrenza).

Quale attore assicura il ruolo del monista?

Entrano per principio in considerazione per assumere questa funzione gli assicuratori malattia e le organizzazioni di managed care (reti di cura integrate), una cassa unica, i Cantoni, la Confederazione e le regioni ospedaliere sovracantonali da creare. La questione a sapere quale istituzione assumerà il ruolo di monista è strettamente legata alla forma d'organizzazione del sistema sanitario considerata come possibile dal mondo politico. Nell'ottica in cui si desidera un sistema di salute basato sulla concorrenza, soltanto gli assicuratori malattia e le reti di cura integrate possono entrare in considerazione, ogni gruppo con la propria personalità giuridica. Se si intende pianificare il sistema sanitario nella logica di un'economia pianificata, ad esempio nell'ambito di un modello di bilancio globale, le entità in grado di assumere questo ruolo sono le regioni ospedaliere, la Confederazione o il Cantone.

Sulla base della LAMal attualmente in vigore che fa della concorrenza fra le casse un elemento centrale, le entità di primo piano per svolgere il ruolo di monista sono gli assicuratori malattia e le organizzazioni di managed care. Gli assicuratori assumono già oggi questa funzione nel settore ambulatoriale. In un sistema sanitario fortemente basato sulla concorrenza, conformemente ad uno dei principali aspetti della riforma in corso della LAMal, sono loro i soli ad entrare in considerazione per questo ruolo. Ciò che fa l'efficacia dell'organizzazione sulla base della concorrenza, è il faccia a faccia tra fornitori e clienti nelle transazioni sul mercato. Con gli assicuratori malattia e le reti di cura integrate nel ruolo di monista, l'attore dal lato della domanda tenderebbe a rafforzarsi. Riducendo o sopprimendo l'obbligo di contrarre, si riunirebbero le competenze in materia di decisione e di finanziamento presso le stesse istituzioni.

Come sono determinati e giuridicamente regolati i contributi cantonali al finanziamento ?

In caso di passaggio ad un sistema di finanziamento monista, occorre iniziare col determinare la quota dei Cantoni al finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione di base. Questa questione è politicamente delicata poiché la determinazione di questa chiave di finanziamento determina la ripartizione dell'onere di finanziamento. Per un determinato livello di contribuzione, il finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione di base diminuisce con la diminuzione della quota cantonale e al contrario. La fissazione di questa chiave costituisce una scelta politica. Secondo le preferenze politiche dominanti, è possibile, in caso di passaggio ad un sistema monista, mantenere costanti le quote cantonali attuali fissando degli obiettivi nella LAMal o spostarle verso l'alto o verso il basso.

Nell'ipotesi dell'introduzione del sistema monista, si pone una questione essenziale sulla regolamentazione giuridica di queste quote: quella a sapere se la Confederazione deve prescrivere ai Cantoni quote di finanziamento e se sì sotto quale forma. Anche qui si tratta di una decisione politica che riguarda la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni. Fra le possibili opzioni, esistono tre soluzioni federali (1 a 3) ed un approccio federalista (opzione 4):

- (1) una quota minima uniforme dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure (AOC), obbligatoria per tutti i Cantoni,
- (2) quote minime dei costi totali dell'AOC specifiche ai Cantoni,
- (3) una quota minima obbligatoria ai costi ospedalieri totali e
- (4) un approccio federalista che fa totalmente astrazione da una prescrizione nella LAMal e lascia ai Cantoni la possibilità di fissare contributi cantonali.

Se una soluzione federale (opzione 1 a 3) è considerata come auspicabile, bisogna tendere ad una parità di trattamento fra i Cantoni. Non è il caso con l'opzione 2. L'opzione 1 presenta un vantaggio essenziale rispetto all'opzione 3: essa mantiene costante la quota del finanziamento cantonale anche se la parte dei costi ospedalieri nell'insieme dei costi della salute diminuisce. L'opzione 1 è quindi preferibile in caso di soluzione federale. Per contro, se si accorda la preferenza ad una soluzione federalista, è l'opzione 4 che dovrebbe avere la priorità.

Come sono iniettati nel sistema i contributi cantonali al finanziamento?

Il rapporto di esperti del gruppo di lavoro del professor Leu presenta nell'ambito dei lavori preliminari della 3a revisione della LAMal la ripartizione, tra i vari assicuratori-malattia/organizzazioni di managed care, dei contributi cantonali fissati in funzione dell'insieme dei costi dell'AOC del periodo precedente. Esso presenta pure la maniera con cui il sistema sanitario è alimentato dal lato della domanda:

- (1) dai contributi per abitante alle casse/organizzazioni di managed care ;
- (2) in parte da un pool di rischi elevati (di alti costi) e in parte dai contributi per abitante alle casse/organizzazioni di managed care ;
- (3) dai versamenti alle casse /organizzazioni di managed care secondo i costi dell'AOC durante il periodo precedente;
- (4) sotto forma di buoni legati ad uno scopo preciso rimesso agli assicurati;
- (5) interamente dal sistema (modificato) dei premi e
- (6) dai crediti d'imposta.

Considerato che le opzioni 2 e 3 producono effetti d'incitamento indesiderati, e che le opzioni 5 e 6 presentano grandi problemi di ordine pratico e politico di adozione, rimangono le opzioni 1 e 4. Esse si distinguono solo per il fatto del passaggio diretto o indiretto dei sussidi dei Cantoni attraverso gli assicurati delle casse malati. L'opzione 1 è amministrativamente più semplice e politicamente più facile da adottare; essa occupa dunque il primo posto. Tuttavia, secondo gli economisti della salute, essa presuppone che la compensazione dei rischi sia migliorata. In mancanza di questo miglioramento, le differenze di costi fra assicuratori legati alle varie strutture di rischi nel portafoglio degli assicurati si accentuerebbero e la selezione dei rischi si rafforzerebbe.

Indipendentemente dalle tre dimensioni evocate sopra, i modelli di finanziamento monisti possono variare a livello delle decisioni concernenti la pianificazione ospedaliera (pianificazione o assenza di pianificazione), dell'obbligo di contrarre (obbligo di contrarre o libertà contrattuale) e della forma giuridica degli ospedali pubblici. Seguendo la pianificazione di questi tre elementi, un sistema monista è piuttosto favorevole alla concorrenza o al contrario rivolto verso l'economia pianificata.

Pianificazione ospedaliera o no ?

E' pure possibile introdurre un finanziamento monista nell'ambito di una pianificazione integrale da parte dei Cantoni delle capacità degli ospedali. Ma per principio le liste degli ospedali sono un corpo estraneo in un sistema di finanziamento monista. In tale sistema la gestione dell'offerta passa attraverso le forze del mercato (la domanda). Di conseguenza, gli ospedali non ricevono più sovvenzioni dirette, ma i fondi pubblici vanno direttamente agli assicuratori mediante la compensazione dei rischi. Le liste d'ospedali entrano nella categoria degli strumenti dei sistemi sanitari organizzati sulla base di un'economia pianificata (bilancio globale) nei quali la gestione si opera esclusivamente dal lato dell'offerta. In un sistema monista comportante liste d'ospedale, l'evoluzione delle capacità è pianificata e gestita sulla base di decisioni politiche, mentre con la pianificazione tariffale, l'elemento della concorrenza viene in primo piano.

Lo strumento della lista di ospedali pone una questione centrale:

« Gli effetti del monismo sull'efficacia si manifesteranno pienamente solo in caso di riduzione o soppressione dell'obbligo di contrarre, anche nel settore stazionario. »

i Cantoni, in quanto proprietari degli ospedali, vogliono e sono in grado di trattare allo stesso modo tutti gli ospedali e le divisioni in occasione dell'elaborazione di una lista di ospedali, indipendentemente dagli organismi di finanziamento? Se ciò non è il caso, la lista degli ospedali offre ai Cantoni uno strumento appropriato per cacciare dal mercato i concorrenti non amati dagli ospedali pubblici e per ridurre la concorrenza. In mancanza di liste di ospedali, il compito di risanamento delle strutture incombe esclusivamente alle forze di mercato. Gli ospedali che, alle tariffe negoziate, non possono coprire i loro costi, dovranno abbandonare. Anche se le liste di ospedali fossero soppresse, i Cantoni avrebbero sempre una serie di importanti funzioni da svolgere come la fornitura di cure di buona qualità sull'insieme del territorio, il finanziamento delle prestazioni di interesse generale, ecc.

Obbligo di contrarre o libertà contrattuale

Il settore ambulatoriale è la dimostrazione che un sistema di finanziamento monista può essere combinato con l'obbligo di contrarre fra casse e fornitori di prestazioni, poiché le casse malati svolgono già oggi un ruolo di monista. Il finanziamento monista

non presuppone obbligatoriamente la soppressione dell'obbligo di contrarre. Tuttavia, gli effetti del monismo sull'efficacia si manifesteranno pienamente solo in caso di riduzione o soppressione dell'obbligo di contrarre, anche nel settore stazionario. L'introduzione della libertà di contrarre sul piano stazionario farebbe apparire per la prima volta nel settore ospedaliero mercati in senso economico del termine sui quali si vedrebbero fornitori di prestazioni e acquirenti di prestazioni (casse malati/organizzazioni di managed care) affrontarsi in quanto unità d'azioni autonome, e assicuratori malattia e organizzazioni di managed care affrontarsi nella concorrenza delle prestazioni.

La forma giuridica degli ospedali

Se si auspica un modello di concorrenza con finanziamento monista, bisognerà rendere autonomi gli ospedali attualmente di proprietà dei poteri pubblici trasformandoli in una società anonima privata. I Cantoni e i Comuni possono acquistare un pacchetto d'azioni ed esercitare un'influenza sulle decisioni dell'azienda in proporzione alla loro quota d'azioni. L'autonomia giuridica degli ospedali riduce il conflitto d'interessi dei Cantoni nell'ambito del finanziamento duale e ha quale conseguenza che gli ospedali non possono più formare un gruppo come oggi. Così, è realizzata una condizione di base del funzionamento di una vera concorrenza a livello delle prestazioni tra fornitori e crea una situazione di concorrenza la più conforme possibile alle regole di mercato fra ospedali pubblici e privati. In caso di finanziamento monista con le casse malati e le organizzazioni di managed care nel ruolo di monista e degli ospedali autonomi, le competenze in materia di decisioni e la responsabilità del finanziamento sarebbero concentrate in una sola mano per tutti gli attori dei due lati del mercato.

I vantaggi del finanziamento monista

Il conflitto d'interesse dei Cantoni nell'ambito di un finanziamento ospedaliero duale o duale fisso è attenuato, addirittura soppresso, seguendo il modello monista. Le possibilità d'intervento delle autorità politiche cantonali della salute sono meno grandi di oggi poiché, tranne qualche eccezione, i Cantoni non possono influenzare la struttura ospedaliera e mantenere il dispensamento di cure sulla superficie del territorio mediante sussidi e la garanzia del deficit. In

un modello monista con pianificazione ospedaliera senza autonomia degli ospedali, il margine di manovra dei Cantoni nell'elaborazione delle liste degli ospedali non è tuttavia eliminato. In caso di mantenimento del ruolo di arbitro del Cantone in assenza di convenzione tariffale fra ospedali e assicuratori (art. 47 LAMal), quest'ultimo provoca pure una distorsione della concorrenza. Ci si può chiedere se, in caso di assenza di convenzione tariffale, il Cantone sia la giusta istanza di decisione.

La distorsione dei costi legati ai sussidi fra le cure stazionarie da una parte e i trattamenti parzialmente stazionari e ambulatoriali dall'altra parte scomparirebbe. Ne risulta una migliore ripartizione delle prestazioni di cura poiché la scelta della forma terapeutica è sottoposta alla prova della "verità dei costi". Inoltre, i problemi di delimitazione fra questi trattamenti diventano meno acuti, ciò che facilita l'introduzione di forfait per caso per diagnosi specifiche.

I modelli assicurativi alternativi non saranno più sfavoriti e potranno esaurire pienamente il loro potenziale di risparmio. Se l'introduzione del monismo sopprime la disposizione della LAMal secondo la quale i premi delle organizzazioni di managed care non devono essere inferiori di oltre il 20% ai sistemi assicurativi tradizionali, queste organizzazioni potranno ripercuotere integralmente i loro costi inferiori sui premi degli assicurati. La loro attrattività e la loro quota di mercato dovrebbero dunque guadagnarne. La concorrenza in materia di premi dovrebbe dunque intensificarsi nel campo delle assicurazioni.

Il finanziamento monista aumenta la trasparenza dei costi e rafforza la pressione all'efficacia, poiché vi è un'unica fonte di finanziamento e poiché questo organo può stabilire confronti di prestazioni tra i fornitori.

Il finanziamento monista si traduce in una pressione alla concorrenza fra assicuratori, che si ripercuote direttamente sulle tariffe e indirettamente sulle capacità o le liste d'ospedali ancora esistenti. Gli ospedali (reparti) che non riescono più a coprire i loro costi alle tariffe negoziate scomparirebbero dal mercato e dovrebbero logicamente sparire anche da un'eventuale lista di ospedali. I cambiamenti strutturali avvengono a partire dagli assicuratori, mentre i Cantoni sono sempre tenuti dalla Costituzione a garantire la sicurezza delle cure. Con un finanziamento monista, i Cantoni non avrebbero più gli stessi incitamenti di oggi a mantenere le tariffe degli ospedali pubblici elevate poiché non sarebbero più costretti a coprire eventuali disavanzi. Come gli as-

sicuratori, anch'essi beneficerebbero di tariffe più basse. I Cantoni sarebbero inoltre incitati a sostenere la pressione degli assicuratori malattia sulle tariffe.

Gli inconvenienti del sistema monista

Limitazione della sovranità finanziaria dei Cantoni: nel caso in cui le quote di finanziamento dei Cantoni sono fissate nella LAMal, la sovranità finanziaria dei Cantoni è colpita nella misura in cui questi ultimi sono costretti a versare contributi senza disporre di importanti strumenti di controllo dei costi.

Rafforzamento della caccia ai buoni rischi: se i contributi dei Cantoni sono versati secondo il sistema attuale, esiste il rischio che l'incitamento alla selezione dei rischi si rafforzi in modo massiccio. Rispetto al sistema attuale, il volume di ripartizione maggiore renderebbe più facile l'espulsione di assicurati che presentano un rischio di costi elevati.

« In caso di compensazione insufficiente dei rischi, può accadere che l'incitamento alla selezione dei rischi si rafforzi in modo massiccio. »

Commento

Da un punto di vista economico, il finanziamento degli ospedali costituisce il principale progetto della riforma della LAMal 2004, il settore stazionario rappresenta infatti quasi un terzo dei costi dell'AOC. La tappa intermedia proposta dal Consiglio federale sotto forma di finanziamento ospedaliero duale fisso risponde solo parzialmente alla concezione dell'economia in materia di trasparenza e di concorrenza e a causa del fatto che questo modello mantiene i principali inconvenienti del sistema duale. Da un punto di vista economico, occorre tendere al passaggio diretto al finanziamento monista degli ospedali. L'economia si impegna a favore di un modello di monismo che lascia spazio alla concorrenza con le seguenti caratteristiche:

- assicuratori e organizzazioni di managed care nel ruolo di monista
- libertà contrattuale ambulatoriale e stazionaria
- soppressione della pianificazione ospedaliera cantonale
- indennizzi basati sulle prestazioni con forfait per casi.

Nel modello esposto, entrano soltanto in considerazione gli assicuratori malattia/organizzazioni di managed care, considerato come gli ambienti economici tengono conto della concezione della LAMal nella quale la concorrenza fra casse costituisce un elemento centrale e che essi desiderano pianificare maggiormente la salute pubblica in funzione della concorrenza. Da una parte, la libertà contrattuale è una condizione della concorrenza tra fornitori di prestazioni, dall'altra parte, essa apre la strada a nuovi modelli assicurativi innovativi (organizzazioni di managed care) e a forme di retribuzione. La pianificazione ospedaliera deve essere soppressa affinché l'offerta sia determinata dal mercato e affinché strutture superate che non sono più competitive non vengano mantenute a causa di conflitti d'interesse dei Cantoni. La determinazione delle basi mediche prioritarie passa dall'indennizzazione basata

sulle prestazioni, associata ad un miglioramento della qualità e a una riduzione dei costi.

Ma per quanto concerne il dibattito sulla riforma della LAMal, non bisogna dimenticare che la politica sanitaria non deve limitarsi alla politica della LAMal. L'AOC rappresenta solo un terzo circa dei costi totali della salute che, con 48 miliardi di franchi nel 2002, costituisce già circa l'11% del PIL. La salute pubblica è così divenuta un fattore economico dominante. Il settore della salute occupa il terzo posto in termini di creazione di valore, dietro le banche e il commercio all'ingrosso; esso occupa perfino il primo posto per quanto concerne l'impiego. Così, per la popolazione svizzera, questo settore provoca non soltanto un beneficio puramente medico, bensì rappresenta anche un potenziale economico considerevole. Si tratta di farne uso in maniera mirata nella misura in cui il nostro sistema sanitario è concepito come un ramo industriale competitivo sul piano internazionale, che esporta prestazioni sanitarie di grande valore. Occorre dunque, in questa prospettiva, non vedere la riforma della LAMal esclusivamente sotto il punto di vista della riduzione dei costi. Ciò detto, la riforma del finanziamento degli ospedali, principale pilastro dell'industria della salute, riveste un'importanza particolare. La Svizzera ha bisogno di strutture di cure e di meccanismi di finanziamento efficaci per presentare un'offerta prezzo / prestazioni concorrenziale.

Si sa che esiste sul piano internazionale una richiesta di prestazioni mediche di grande qualità, come testimonia il turismo ospedaliero. La Svizzera non dovrebbe restare a braccia incrociate e lasciare questa domanda ad altri paesi come la Germania, l'Austria, l'Europa dell'Est, la Thailandia, l'India, Israele, ecc., ma contribuire a soddisfarla attraverso un marketing attivo. Indipendentemente dalla sua eccellente offerta medica, la Svizzera è pure estremamente ben piazzata dal punto di vista di altri fattori, come la sicurezza politica e la sua attrattiva di meta turistica. E' noto che pazienti di

varie regioni del mondo considerano la Svizzera per il livello elevato della sua medicina, ma non solo. Essi viaggiano di preferenza con quegli elementi apprezzati che sono la sicurezza, la discrezione e la possibilità di fare buoni acquisti nel nostro paese. A tale proposito esistono già collaborazioni fra ospedali ed organizzazioni turistiche in vista dell'acquisizione comune di clienti; alcuni ospedali privati si impegnano su questa strada. La Svizzera presenta tuttavia un difetto: essa è costosa nel confronto internazionale. Il suo sistema sanitario occupa il secondo posto, in termini di costi, dietro gli Stati Uniti e davanti alla Germania.

Diverse cliniche private ed ospedali pubblici svizzeri ricercano già attivamente sulla scena internazionale pazienti privati stranieri solvibili. L'Inselhospital di Berna ha perfino creato un reparto specialmente per i pazienti privati stranieri. L'« International Service Line (ISL) » si preoccupa di tutta l'organizzazione, ivi compresa l'assunzione di un interprete. Per gli ospedali, la domanda dall'estero può essere interessante sui piani sia finanziario sia scientifico. Finanziariamente, essa può contribuire a risanare le casse degli ospedali migliorando il tasso d'occupazione di un ospedale attraverso l'accoglienza di pazienti stranieri in periodi di capacità eccedentarie. Inoltre, i pazienti privati stranieri fruttano. Ma non vi è solo un aspetto finanziario; le cure prodigate sono altrettante occasioni scientifiche per i medici che praticano i trattamenti. Le diagnosi a carattere a volte esotico sono interessanti per i medici. L'esperienza che essi possono così acquisire va a favore dei pazienti svizzeri. Inoltre, il trattamento dei pazienti privati stranieri aumenta la fama internazionale dell'ospedale, ciò che è in grado di facilitare il reclutamento di eccellenti medici di cui anche la popolazione svizzera può approfittare. Infine, il turismo ospedaliero apporta pure al settore vicino, ad esempio all'industria alberghiera che alloggia i parenti dei pazienti o i pazienti stessi che seguono una cura.

Di che cosa abbiamo bisogno per fare di questo settore

una carta vincente della nostra struttura economica? Ci occorre un sistema ospedaliero di primaria importanza, competitivo dal punto di vista del prezzo e della qualità; ciò sarebbe la principale immagine della qualità della nostra industria della salute. Abbiamo pure bisogno di un personale medico estremamente ben formato nonché di ricambio nel personale di punta. A questo proposito, il congelamento degli studi medici pone problemi dal punto di vista della formazione, nella misura in cui esclude in particolare i giovani medici familiarizzati con la medicina più moderna. Anche per ragioni economiche, la Svizzera non dovrebbe compromettere alla leggera la sua posizione al vertice nella sicurezza medica.

Bibliografia

Leu Robert E.: Finanziamento ospedaliero monista, 19 febbraio 2004, Istituto di economia politica dell'Università di Berna, Center for Studies in Public Economics, Rapporto di esperti di un gruppo di lavoro posto sotto la direzione del professor Robert Leu nell'ambito del progetto « Basi della 3a revisione della LAMal ».

Leu Robert E., Eisenring Christoph, Nocera Sandra, Schellhorn Martin (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten (Rivoluzione del finanziamento degli ospedali – problemi e soluzioni possibili). Uno studio dell'Istituto di economia politica dell'Università di Berna, Divisione di ricerca economica applicata e di politica economica. Basilea Interpharma.

Messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004 sul finanziamento degli ospedali (04.061).

Infosantésuisse 10 ottobre 2004.

Abbreviazioni

LFu	Legge federale urgente
LFA	Legge federale sulle assicurazioni
LAMal	Legge sull'assicurazione-malattia
MCO	Organizzazioni di managed care
AOC	Assicurazione obbligatoria delle cure