

L'obbligo di contrarre: miti e fatti

Conseguenze per gli assicurati, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni

23 luglio 2004

Numero 14/1

dossier politica

L'obbligo di contrarre: miti e fatti

Sebbene la 2ª revisione della LAMal sia stata respinta dal Parlamento nel dicembre 2003, i parlamentari erano unanimi sull'imperativo di una riforma del sistema sanitario. Il consigliere federale Pascal Couchepin ha lanciato nel mese di marzo la consultazione sulla nuova riforma della LAMal. Oltre ad un gran numero di misure individuali urgenti, la soppressione dell'obbligo di contrarre tra assicuratori e fornitori di prestazioni costituisce il pilastro centrale di una riforma esaustiva del sistema sanitario, che rafforza la concorrenza sul mercato della salute. L'abolizione dell'obbligo di contrarre è soprattutto controversa fra i medici. Questo numero di "dossier politica" mostra il punto di vista dei sostenitori e dei contrari di questo tema. Sulla base di tendenze generali, esso mostra le eventuali conseguenze della libertà di contrarre.

Definizione, politica e visione

Cos'è l'obbligo di contrarre ?

Il termine « obbligo di contrarre » significa che gli assicuratori malattie sono tenuti, nell'assicurazione malattia obbligatoria (assicurazione di base), a stipulare un contratto con qualsiasi fornitore di prestazioni ammesso conformemente all'articolo 35 LAMal. Soltanto criteri formali come le qualifiche professionali o le esigenze in termini d'infrastruttura determinano l'ammissione di un fornitore di prestazioni. La qualità e l'efficacia del fornitore di prestazioni non hanno alcuna importanza. Tutti i fornitori di prestazioni ammessi hanno il diritto di accedere al sistema dell'assicurazione malattia, ma sono pure tenuti ad accettare ogni paziente affiliato ad una delle casse malati riconosciute dall'Ufficio federale della sanità. L'esclusione di un fornitore di prestazioni di una convenzione tariffale è in principio possibile (articolo 59 LAMal), ma non realizzabile considerato il carattere vago dei criteri di qualità e d'efficacia nonché della lunghezza della procedura di querela (l'onere della prova incombe all'assicuratore).

Elemento centrale della 2ª revisione della LAMal

Tra le proposte di riforma presentate dal Consiglio federale in occasione della recente ripresa del dibattito in vista della 2ª revisione della LAMal, l'abolizione dell'obbligo di contrarre è senza dubbio l'elemento più controverso. Tuttavia, essa è pure, secondo la maggioranza degli economisti della sanità, inflessibile per realizzare la loro visione di un sistema sanitario svizzero di « managed competition » (=concorrenza regolamentata).

Attualmente la LAMal combina elementi di economia pianificata con elementi di economia di mercato. In occasione del dibattito parlamentare sulla 1ª revisione della LAMal, questa combinazione era stata lodata come una delle carte vincenti del progetto di legge. Guardandola più da vicino, si costata che essa rappresenta semplicemente

un compromesso fra due campi politici di pari forza aventi aspettative largamente contrastanti. Oggi i voti di coloro che rimettono in discussione questa combinazione di economia pianificata e di economia di mercato si moltiplicano proprio perché essi vi vedono una delle cause principali dell'inefficacia del sistema sanitario. La grande maggioranza degli economisti della sanità partono dal principio che la soluzione migliore per abolire gli incitamenti nefasti per gli attori del sistema sanitario svizzero e per aumentare l'efficacia del sistema consista nel sopprimere questo infelice connubio e nell'introduzione della concorrenza nel sistema sanitario. Essi non plebiscitano la libera concorrenza, ma la concorrenza regolamentata, vale a dire la « managed competition ». Tenuto conto delle particolarità del sistema sanitario, gli effetti positivi della concorrenza saranno visibili solo a condizione di garantire le condizioni-quadro che permettano il gioco della concorrenza. E' ciò che la maggioranza degli economisti attendono dal sistema di « managed competition ».

Visione della concorrenza regolamentata

I modelli di concorrenza regolamentata rinviano tutti ai principi definiti da Enthoven (1978, 1988). Secondo il professor Leu dell'Università di Berna¹, gli elementi centrali di una concorrenza regolamentata adattata alle condizioni svizzere sono le seguenti:

Un modello sanitario può essere studiato in funzione delle leggi dell'economia pianificata o di quelle dell'economia di mercato. La variante economia pianificata è caratterizzata da un bilancio globale ed una gestione attraverso le risorse destinate. La variante dell'economia di mercato pone l'accento sulla concorrenza regolamentata, un modello dove l'offerta e la domanda sono regolate attraverso i prezzi. La concorrenza regolamentata necessita di condizioni quadro che permettano il gioco della concorrenza. 2004

- Libero accesso al mercato per gli assicuratori qualificati, che abbiano uno scopo lucrativo o meno
- Pacchetto di prestazioni minime imposto
- Obbligo di assicurarsi
- Libera scelta dell'assicuratore (obbligo per le casse di accettare le persone)
- Premio in funzione del rischio o premio forfetario con compensazione del rischio
- Libera scelta della partecipazione ai costi con un minimo (per promuovere l'assunzione di responsabilità e ridurre il rischio soggettivo) ed un massimo prescritti (per prevenire la mancanza di solidarietà)
- Riduzione dei premi sulla base del reddito per le persone con situazione economica precaria
- Libero accesso al mercato per i fornitori di prestazioni mediche qualificate
- Libertà di contrarre
- Assoggettamento totale del sistema sanitario alla legge sui cartelli
- Finanziamento monista degli ospedali
- Modifica del ruolo dei Cantoni

Il sistema sanitario svizzero soddisfa già una parte dei dodici criteri menzionati, alcuni sono parzialmente realizzati e altri non del tutto. Secondo gli economisti, l'abolizione dell'obbligo di contrarre è assolutamente l'elemento più importante da realizzare fra quelli che mancano per mettere in funzione la concorrenza regolamentata. Il prof. Leu dell'Università di Berna ritiene che la libertà di contrarre debba essere introdotta sia per le cure ambulatoriali sia per quelle stazionarie e che debba essere accompagnata da un miglioramento della compensazione dei rischi, dalla libera scelta del sistema di retribuzione (modalità e importo) e dall'applicazione della legge sui cartelli al settore dell'assicurazione di base.

Conseguenze dell'abolizione dell'obbligo di contrarre per gli assicurati

Libera scelta del medico

Il fatto è che già oggi gli assicurati che dispongono di una copertura di base come pure coloro che dispongono di una copertura complementare possono liberamente scegliere il proprio medico, nonostante l'obbligo di contrarre, ma soltanto nel campo ambulatoriale (eccezione: la libera scelta del medico è soppressa in taluni modelli assicurativi), non nel settore stazionario. In quest'ultimo le persone che possiedono solo un'assicurazione di base non hanno già più oggi la scelta del medico, un sistema accettato finora sul piano sociale.

Rischio soggettivo

L'esistenza di un'assicurazione modifica il comportamento dell'individuo e dunque le probabilità con le quali una compagnia assicurativa deve lavorare. Il problema del rischio soggettivo è tipico del mercato assicurativo.

Compensazione dei rischi

La compensazione dei rischi tende a compensare le differenze in seno ad un gruppo di assicurati. Le spese mediche generate variano da un individuo all'altro così come il premio corrispondente. Anche i pagamenti compensatori tendono a compensare l'handicap degli assicurati malattia che accumulano i « cattivi rischi » rispetto a quelli che accumulano i « buoni rischi » e quindi a ridurre, o perfino a sopprimere, l'incitamento per gli assicurati malattia a selezionare i buoni rischi fra le persone desiderose di assicurarsi (selezione del rischio), al fine di procurarsi un vantaggio concorrenziale.

La compensazione dei rischi praticata oggi si basa sull'età e il sesso (articolo 105 LAMal). La compensazione dei rischi è limitata ad una durata di 10 anni (sino alla fine del 2005).

Per gli assicurati l'abolizione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale potrebbe comportare la restrizione della scelta nell'ambito del loro contratto assicurativo. Ciò sarebbe il caso se la loro cassa malati non concludesse un contratto con il loro medico curante. In questo caso, l'assicurato avrebbe tuttavia la possibilità di cambiare assicuratore e di scegliere una cassa che ha stipulato un contratto con il fornitore di prestazioni che desidera. Questo cambiamento non porrebbe alcun problema poiché gli assicuratori sono costretti legalmente ad accettare gli assicurati nell'assicurazione di base, ma il premio può variare da un assicuratore all'altro. Questa possibilità esiste solo se si parte dal principio che la maggioranza dei fornitori di prestazioni sarebbero posti sotto contratto da un assicuratore perlomeno una volta tolto l'obbligo di contrarre. Ora le opinioni divergono su questa questione. Alcuni, fra cui il consigliere federale Pascal Couchepin, si attendono che il 95% circa dei medici stipulino un contratto con almeno un assicuratore.

Abolizione dell'obbligo di contrarre: conseguenze per gli assicurati
 (Tendenze)

Vantaggi	Osservazioni
Allargamento della scelta nell'assicurazione di base/complementare	<ul style="list-style-type: none"> - Moltiplicazione delle formule assicurative proposte agli assicurati - Intensificazione della concorrenza nell'assicurazione di base/complementare - Intensificazione della concorrenza fra gli assicuratori
Promozione dei modelli Managed Care	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento delle cure mediche, diminuzione delle procedure effettuate in doppio - Ricompensa per gli assicurati che si preoccupano dei costi - Riduzione del premio
Omogeneizzazione della densità di medici	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà per i medici situati nelle regioni periferiche a trovare un successore mentre negli agglomerati vi è l'imbarazzo della scelta - L'abolizione dell'obbligo di contrarre influisce sulla densità di medici - Stabilizzazione o diminuzione della densità di medici
Offerta di cure mediche che tenga maggiormente conto della domanda	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura di studi medici dove esiste richiesta - Azione contro l'offerta eccessiva di cure mediche
Miglioramento della qualità	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento strutturale: associato alla definizione di priorità, esso può migliorare la qualità, soprattutto nel settore stazionario - Soppressione delle capacità eccedentarie e del superfluo
Riduzione del premio	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurazione della concorrenza fra i medici a causa della scelta fra i vari gruppi di medici. Possibilità di una diminuzione delle tariffe (Zweifel, p. 512) - Intensificazione della concorrenza fra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni - Ampliamento della scelta degli assicurati in materia di assicurazione di base/complementare - Ricompensa per gli assicurati attenti (modelli Managed Care)
Inconvenienti	Osservazioni
Restrizione della libera scelta del medico	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiamento di cassa malati necessario per gli assicurati il cui medico non è preso sotto contratto dalla cassa alla quale essi sono affiliati - Messa in pericolo della continuità a lungo termine della relazione fra medico e paziente.
Cambiamenti frequenti di cassa malati	<ul style="list-style-type: none"> - Rischio che ciò disorienti i pazienti - Aumento dei costi per gli assicurati in ragione della moltiplicazione delle procedure amministrative
Selezione del rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Preferenza degli assicuratori per i medici i cui pazienti presentano un rischio minore. - Preferenza dei medici per i pazienti che presentano un rischio minore al fine di essere presi sotto contratto dal maggior numero possibile di assicuratori.
Messa in pericolo della sicurezza d'accesso	<ul style="list-style-type: none"> - Garanzia dell'accesso grazie a condizioni-quadro (clausola temporanea che garantisca l'accesso) - Nessuna messa in pericolo della garanzia dell'accesso e della qualità per il solo fatto della densità dei medici (presidente della FMH H.H. Brunner, Sonntagszeitung del 13.10.1996)

Gli altri vertono su un tasso ben inferiore. Di conseguenza, gli uni vedono nella libertà di contrarre nel settore ambulatoriale la fine della libera scelta del medico per il paziente, gli altri soltanto una restrizione minore. Il numero di medici posti sotto contratto almeno da un assicuratore sarebbe essenzialmente determinato dalle modalità della compensazione dei rischi.

Infine, la questione della libera scelta del medico dipende dal modo con cui la libertà di contrarre è messa in vigore, in particolare le prescrizioni relative alla compensazione dei rischi e la garanzia d'accesso. Bisogna attendersi un movimento di concentrazione tanto da parte dei fornitori di prestazioni che dagli assicuratori. Se si prende in considerazione il fatto che oggi il numero di medici è aumentato di un terzo rispetto al 1990 – essi sono più di 14 000 –, gli economisti della sanità ritengono che essi siano più che sufficienti, anche se tutti i medici non collaborano più con tutte le casse. Bisogna chiedersi se, nell'ambito di un'assicurazione obbligatoria, non si potrebbe prevedere di ridurre la libera scelta del medico. Parallelemente, occorre menzionare il fatto che una compensazione insufficiente del rischio racchiude il rischio di vedere i medici i cui pazienti costano caro presi sotto contratto soltanto da un piccolo numero di assicuratori, o da nessuno, di modo che la libera scelta del medico e l'accesso sarebbero minacciati per i loro pazienti. Al fine di prevenire questa possibilità, sembrano imporsi alcune condizioni-quadro.

L'accettazione politica della libertà di contrarre e la possibilità di una eventuale votazione popolare su questa misura dipendono principalmente dalla percezione del cambiamento da parte degli assicurati. Quale sarà l'ampiezza della restrizione della libera scelta del medico secondo gli assicurati? Questa questione è determinante poiché essa concerne probabilmente la principale conseguenza dell'abolizione dell'obbligo di contrarre. Uno studio pubblicato recentemente da Plaut Economics sul guadagno o la perdita provocati dalle riforme del sistema sanitario valutava l'importanza della libera scelta del medico. In questo studio, gli assicurati sono stati interpellati circa la riduzione dei premi che dovrebbe essere loro concessa affinché essi accettino una restrizione della libera scelta del medico nell'assicurazione di base. Lo studio ha rivelato che gli assicurati accordavano più importanza alla libera scelta del medico. Gli assicurati sarebbero disposti a scegliere il proprio medico su una lista della cassa malati, stabilita in funzione di criteri di costo, a condizione di veder diminuire i loro premi di 100 franchi in media al mese. Per contro, se tale lista fosse stabilita sulla base di criteri di costo e di qualità (criteri d'efficacia), gli assicurati di tutte le regioni della Svizzera accetterebbero di scegliere il proprio medico su una simile lista a partire

da una riduzione di premio di 40 franchi. L'accettazione della restrizione della libera scelta del medico era nettamente superiore nella Svizzera tedesca che in Romandia.

Altre conseguenze

Soltanto il 5% circa degli assicurati, soprattutto giovani e in buona salute, utilizzano oggi la possibilità di cambiare cassa malati. In caso di soppressione dell'obbligo di contrarre, la garanzia della libera scelta del medico, eventualmente una scelta ristretta, e una presa a carico medica sensata che si iscriva nella continuità di un solo ed unico medico potrebbe comportare vari cambiamenti di cassa malati. E' in discussione un adattamento delle condizioni quadro in grado di risolvere questo problema. La 2ª revisione della LAMal prevedeva, ad esempio, eccezioni alla libertà di contrarre per i pazienti anziani e per quelli che soffrono di malattie croniche.

Conseguenza dell'abolizione dell'obbligo di contrarre per gli assicuratori

Numero di medici sotto contratto

Nell'assicurazione malattia obbligatoria (assicurazione di base), le casse malati sono tenute a stipulare un contratto con qualsiasi fornitore di prestazioni autorizzato.

Il numero di medici che gli assicuratori prenderebbero sotto contratto una volta tolto l'obbligo di contrarre dipenderebbe essenzialmente dalla generosità della compensazione dei rischi. Se la compensazione dei rischi funziona bene, le casse malati non avrebbero alcun interesse – eccettuato il settore del Managed Care – a stipulare il minor numero possibile di contratti con i medici. In effetti, esse riceverebbero un'indennità finanziaria a titolo di compensazione dei rischi per compensare il premio forfetario delle persone che rappresentano un rischio costoso. Inoltre, la conclusione di un contratto con un medico non provoca costi. I costi sono procurati soltanto se vi è fornitura di prestazioni e poco importa se una determinata quantità di prestazioni è fornita da uno o più medici, retribuiti secondo lo stesso sistema per tutto il periodo. Una cassa che cercasse di ridurre l'offerta nel campo ambulatoriale stipulando contratti con un piccolo numero di medici rischierebbe di veder partire i propri assicurati presso la concorrenza. Inoltre, con il nostro sistema, che prevede la retribuzione delle prestazioni individuali, una riduzione del numero dei fornitori di prestazioni non inciterebbe affatto ad operare risparmi. La negoziazione di altri sistemi di retribuzione contribuirebbe più efficacemente a ridurre i costi di una riduzione del numero dei medici posti sotto contratto.

Confrontate alla concorrenza, le casse si rivelano dei prestatori di servizi sociali della clientela che devono tener conto delle preferenze della popolazione. Ci si può dunque attendere che esse prendano sotto contratto la maggior parte dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. Così soltanto un numero minimo di fornitori di prestazioni avrebbero un legame contrattuale con una cassa. Questa ipotesi è confermata dai paesi che non conoscono l'obbligo di contrarre come ad esempio l'Olanda.

Infine si può partire dal principio che gli assicuratori proporrebbero formule assicurative, nell'ambito delle assicurazioni complementari, comprendenti tutti i fornitori di prestazioni ammessi se esiste una domanda in tal senso. Si può inoltre supporre che l'introduzione della libertà di contrarre si traduca in una moltiplicazione delle coperture proposte nell'assicurazione di base e nelle assicurazioni complementari rispetto ad oggi.

Dopo l'abolizione dell'obbligo di contrarre, una compensazione dei rischi insufficientemente differenziata rischia di incitare le casse a privilegiare i medici che cumulano i buoni rischi (in altre parole i pazienti che provocano pochi costi). Di conseguenza, i medici sarebbero pure invogliati, a causa della pressione esercitata dagli assicuratori, a privilegiare i pazienti che

provocano pochi costi. In caso di mantenimento della compensazione dei rischi nella sua forma attuale, bisognerebbe attendersi una selezione dei rischi poiché l'attuale compensazione dei rischi corregge soltanto il 4% circa dei costi della salute.

Concorrenza tra le casse malati

All'estero si possono trovare numerosi esempi di regolamentazione statale più rigida, ma nessun esempio di concorrenza più intensa fra assicuratori malattia. La libera scelta della cassa malati di cui beneficiano oggi gli assicurati, da sola, non crea concorrenza in materia di qualità fra assicuratori e non causa vantaggi in termini d'efficacia da tale concorrenza. In effetti, l'obbligo di contrarre restringe fortemente la concorrenza fra gli assicuratori. Essi non influenzano per nulla l'evoluzione dei costi nell'assicurazione di base, poiché essi non possono scegliere né i loro partner né (de facto) il sistema di retribuzione e neppure che sia imposto il catalogo delle prestazioni. La competenza decisionale e la responsabilità finanziaria non sono riunite. L'introduzione della libertà di contrarre permetterebbe perlomeno alle casse di scegliere le parti con le quali stipulare contratti

La concorrenza presuppone che i concorrenti

Abolizione dell'obbligo di contrarre: conseguenze per gli assicuratori (Tendenze)

Vantaggi	Osservazioni
Libertà di contrarre per le casse malati	<ul style="list-style-type: none"> - Scelta dei fornitori di prestazioni (medici ed ospedali): molti medici sarebbero presi sotto contratto, poiché ciò rappresenta una carta presso gli assicurati. - Creazione di un margine di manovra che permetta alle casse malati di estendere l'offerta di coperture assicurative - Instaurazione di una vera concorrenza fra gli assicuratori (ottimizzazione dell'offerta, della qualità e dei prezzi) - Promozione dei modelli Managed Care
Incitamento alla qualità	<ul style="list-style-type: none"> - Mezzo per combattere l'aumento del volume di prestazioni - Strumento che permette di controllare i costi
Soppressione delle capacità eccessive	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento strutturale: associato alla definizione di priorità, esso può migliorare la qualità, in particolare nel settore stazionario - Soppressione delle capacità eccedentarie e del superfluo
Inconvenienti	Osservazioni
Amministrazione	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento delle procedure amministrative (cambiamenti di cassa malati) - Ripercussione sugli assicurati del costo delle procedure amministrative
Intensificazione della selezione del rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Preferenza degli assicuratori per quei medici i cui pazienti presentano un rischio minore - Preferenza dei medici per pazienti che presentano un rischio minore al fine di essere presi sotto contratto dal maggior numero possibile di assicuratori - Selezione del rischio: essa non ottimizza la concorrenza

dispongano di strumenti con i quali attirare gli assicurati. Questi strumenti comprendono la scelta delle parti contraenti e del sistema di retribuzione che costituiscono i preliminari per un'ottimizzazione della concorrenza fra assicuratori e darebbero alle casse malati un mezzo per limitare il ricorso alle cure mediche. Alcuni economisti del sistema della salute ritengono sensato combinare l'abolizione dell'obbligo di contrarre con l'introduzione della libera scelta del sistema di retribuzione. Dal momento che il catalogo delle prestazioni è legalmente predefinito, le casse dovrebbero almeno poter scegliere a quali medici e a quali ospedali fare appello per la fornitura delle prestazioni e in quale modo retribuirli. La libera scelta del modo di retribuzione esiste già in sé (articolo 49, capoverso 5 LAMal), ma è utilizzata soltanto in modo marginale da alcune organizzazioni di Managed Care poiché, salvo abolizione dell'obbligo di contrarre, è manifestamente difficile trovare sufficienti fornitori di prestazioni che siano pronti a stipulare un arrangement contrattuale diverso.

Altri modelli d'assicurazione

In questi ultimi anni si è imposta a livello internazionale l'idea secondo cui sono necessarie offerte integrate per un trattamento medico di qualità a costi vantaggiosi. Quest'offerta integrata presuppone, in primo luogo, che il paziente sia accompagnato nel corso del processo di diagnosi e di cura e, in secondo luogo, che l'assicuratore e il fornitore di prestazioni abbiano una parte della responsabilità finanziaria per l'insieme del trattamento. Questi modelli sono chiamati modelli Managed Care. Attualmente soltanto l'8% degli assicurati svizzeri partecipano a tale modello.

Bisogna attendersi che l'introduzione della libertà di contrarre favorisca modelli differenti poiché i medici sarebbero allora spinti ad organizzarsi maggiormente in gruppi e in gruppi di controllo della qualità al fine di proporre offerte interessanti alle casse. Sarebbe possibile mediante negoziazioni aperte stipulare contratti con intere reti mediche (generalisti, specialisti, centri di rieducazione e di cure a domicilio). Le casse potrebbero retribuire i medici e gli ospedali su una base forfetaria che dipenderebbe dalla diagnosi esatta (fatturazione forfetaria per caso). Ciò sopprimerebbe qualsiasi incitamento ad effettuare trattamenti inutili. Contrariamente alla situazione attuale dell'obbligo di contrarre, dove è fissato un prezzo (tariffa) per una determinata prestazione, sarebbe possibile nell'ambito della libertà di contrarre definire la prestazione, la qualità e il prezzo in un contratto. Idealmente ciò permetterebbe di ridurre i costi, ma anche di ottimizzare la qualità. Tuttavia, se un assicuratore o un fornitore di prestazioni pone al primo po-

sto i propri interessi finanziari e stipula contratti unicamente sulla base dei criteri di costo, la qualità delle cure mediche rischia di essere compromessa.

Conseguenze dell'abolizione dell'obbligo di contrarre per i fornitori di prestazioni

In caso di abolizione dell'obbligo di contrarre, i fornitori di prestazioni non potrebbero più lavorare a carico di tutte le casse malati. Al contrario, essi sarebbero liberi di scegliere l'assicuratore con il quale una collaborazione potrebbe essere interessante.

Densità medica e struttura dei fornitori di prestazioni

L'obbligo di contrarre offre ai giovani medici la prospettiva di una certa sicurezza finanziaria, ciò che tende ad aumentare l'attrattività degli studi medici. La scelta della loro specialità nonché del luogo di insediamento vengono fatte in funzione delle loro preferenze personali e non della situazione del mercato. L'obbligo di contrarre costituisce così una causa essenziale di una ripartizione non equa della densità medica in Svizzera, sia fra città e regioni rurali da una parte che fra specialità o discipline dall'altra. L'abolizione dell'obbligo di contrarre dovrebbe dunque sfociare in una densità medica più omogenea per quanto riguarda questi due aspetti. Gli assicuratori stipulerebbero di preferenza contratti con medici di regioni in cui la densità medica è minore. Questo cambiamento del sistema rappresenterebbe un miglioramento rispetto alla situazione attuale, essendo le regioni rurali della Svizzera piuttosto sottodotate, mentre le regioni urbane sono parzialmente sovradotate di medici. Inoltre, l'abolizione dell'obbligo di contrarre costringerebbe gli studenti in medicina a concentrarsi maggiormente sulle discipline nelle quali regna una certa mancanza di medici.

Per quanto concerne la loro decisione circa l'insediamento, i giovani medici sarebbero costretti, molto più di oggi, a tener conto delle effettive condizioni della domanda. La concorrenza fra gruppi di medici potrebbe tradursi in una diminuzione dei prezzi in caso di aumento della densità medica se l'obbligo di contrarre viene abolito. Ciò sarebbe il caso però soltanto se le tariffe non sono fisse. Numerosi specialisti ritengono che l'abolizione dell'obbligo di contrarre potrebbe a lungo termine far leggermente diminuire la densità medica o perlomeno stabilizzarla.

Abolizione dell'obbligo di contrarre: conseguenze per i fornitori di prestazioni
 (Tendenze)

Vantaggi	Osservazioni
Intensificazione della concorrenza tra i fornitori di prestazioni	- Incitamento ad ottimizzare la qualità sempre che la compensazione dei rischi funzioni bene
Incitamento alla qualità	- Accesso ottimale piuttosto che massimo - Ottimizzazione dell'efficacia - Mezzo di controllo dei costi - Fornitori di prestazioni poco efficaci attualmente favoriti dall'obbligo di contrarre e da retribuzioni delle prestazioni individuali
Densità dei medici	- Omogeneizzazione della densità dei medici in termini di studi e di specializzazione - Obbligo di contrarre: uno strumento più equo del divieto di aprire studi medici - Trattamento identico dei giovani medici e dei medici già esistenti
Sovracapacità	- Possibilità di sopprimere sovracapacità nel settore stazionario - Ospedali: i criteri dell'economia e della qualità sono importanti per la conclusione del contratto - Concorrenza tra i fornitori di prestazioni pubblici e privati
Inconvenienti	Osservazioni
Protezionismo quando il medico è messo sotto contratto	- Protezione assimilabile a quella di un cartello per i medici esistenti, se la densità elevata di medici blocca l'ammissione di nuovi medici.
Rischio di una penuria di medici	- Riduzione dell'attrattività degli studi medici e della professione: studi lunghi, prospettive professionali limitate e incerte
Garanzia dell'accesso	- Rischio di favorire l'emergenza di una medicina a due velocità in caso di penuria dei medici

Ma per i rappresentanti del mondo medico è proprio questo effetto che va nella cattiva direzione. Una penuria di medici si avverte già nei paesi vicini alla Svizzera: Germania, Francia e Austria. I primi segnali di tale penuria sono pure percettibili in Svizzera. La diminuzione dell'attrattività della formazione medica favorirebbe, secondo essi, questa penuria di medici. Dal momento che per ragioni di capacità, tutte le prestazioni medicalmente giudiciose e necessarie non potrebbero essere fornite, i costi della salute potrebbero certo diminuire, ma questi risparmi si pagherebbero al forte prezzo di una restrizione contestabile sul piano etico della qualità dei trattamenti, ritengono i rappresentanti del mondo medico. La medicina a due velocità diventerebbe allora realtà: l'accesso immediato e illimitato alle prestazioni mediche sarebbe offerto mediante supplementi di prezzo, mentre l'assicurazione malattia sociale si limiterebbe ad una presa a carico medica ristretta comportante liste d'attesa e

termini di carenza. Questo rischio non può essere totalmente escluso, ma occorre ad ogni modo rammentare che il razionamento e la medicina a due velocità sono associati alla medicina di Stato piuttosto che alla medicina che gioca il ruolo della concorrenza.

Nel settore ospedaliero, l'obbligo di contrarre contribuisce parecchio alla forte densità ospedaliera e a quella del numero dei letti in Svizzera. Essa ostacola gli adattamenti strutturali, poiché contribuisce al mantenimento di ospedali o di divisioni di ospedali che non potrebbero sussistere in condizioni di concorrenza. Così gli ospedali in cui il tasso d'occupazione è insufficiente possono rinviare la loro chiusura aumentando le proprie entrate grazie alla moltiplicazione delle loro prestazioni. Oggi gli incitamenti finanziari sono tali che gli ospedali sono interessati a praticare il maggior numero di operazioni possibile o a gestire lunghi soggiorni. L'abolizione dell'obbligo di contrarre nel settore ospedaliero,

nell'ambito di un sistema di finanziamento monista, risanerebbe considerevolmente le strutture ospedaliere.

Immigrazione di medici dell'UE

Gli accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone prevedono che dal 2001 i medici europei domiciliati in Svizzera e dal giugno 2004 i medici europei domiciliati nell'UE, possano aprire uno studio in Svizzera e lavorare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria sulla base dell'obbligo di contrarre. Temendo un afflusso di medici, il Consiglio federale ha deciso d'urgenza, nel luglio 2002, di bloccare per tre anni l'ammissione dei fornitori di prestazioni mediche. Questo divieto non ha tuttavia permesso di realizzare nessun risparmio dei costi fino ad oggi; è uno strumento non soltanto inadeguato, ma ingiusto. I giovani medici con conoscenze moderne e molto ben formati che seguono una formazione continua sono sfavoriti da questa doppia misura dirigista. L'abolizione dell'obbligo di contrarre sarebbe uno strumento più efficace per limitare la densità medica. Ma considerata la penuria di medici che si sta riscontrando nei paesi vicini al nostro, i medici ritengono inutile questa misura.

Carattere economico

Il carattere economico delle prestazioni è già oggi regolato dall'articolo 56 LAMal e dall'articolo 76 OAMal. L'articolo 56 LAMal chiede che il fornitore di prestazioni limiti le sue prestazioni nella misura richiesta dall'interesse dell'assicurato e allo scopo del trattamento. Il carattere economico non è attualmente un criterio d'ammissione di un fornitore di prestazioni e non è oggi affatto possibile applicare l'esclusione di fornitori di prestazioni legati da una convenzione tariffale per insufficienza di carattere economico o di qualità, sebbene l'articolo 59 LAMal preveda per principio questa possibilità; la procedura giudiziaria sarebbe lunga e complicata, poiché il fardello della prova incombe all'assicuratore. Con l'obbligo di contrarre che dà automaticamente diritto alla remunerazione delle prestazioni a tariffe garantite dallo Stato, i fornitori di prestazioni non sono oggi incitati ad adottare un comportamento al risparmio. Al contrario: combinato ad un sistema di retribuzione individuale delle prestazioni, l'obbligo di contrarre incita gli ospedali e i medici a fare più di quanto sia medicalmente necessario, poiché i fornitori che aumentano il volume delle prestazioni che essi forniscono si vedono gratificati da redditi più elevati. Di conseguenza, nell'attuale sistema il comportamento giudizioso è penalizzato, l'attitudine poco economica ricompensata. Un'estensione incontrollata delle prestazioni e dunque l'aumento dei costi sono già da ora programma-

ti. Gli assicuratori malattia non dispongono dello strumento classico della concorrenza, quello che permette di negoziare convenzioni tariffali con diversi fornitori di prestazioni. Un'offerta di fornitori oggi eccedentaria in un Cantone o in una regione o prestazioni inefficaci non svolgono attualmente nessun ruolo in materia di adesione ad una convenzione tariffale. Non è possibile, in tale ambiente giuridico, contenere efficacemente estensioni delle prestazioni e aumenti dei costi dovuti all'aumento del numero dei fornitori e all'espansione quantitativa del consumo medico che ne deriva.

Secondo la maggioranza degli attori, l'abolizione dell'obbligo di contrarre metterebbe fra le mani degli assicuratori uno strumento di concorrenza che permetterebbe loro di indennizzare i fornitori di prestazioni dal comportamento economico e di incitare quelli che non vanno in questo senso a cambiare atteggiamento, in caso contrario essi li ignorerebbero. I rappresentanti del mondo medico vedono al contrario nell'abolizione dell'obbligo di contrarre uno strumento ostile al mercato e alla concorrenza. Secondo loro, i medici che farebbero parte di una convenzione tariffale beneficerebbero di una protezione nei confronti di coloro che lavorerebbero al di fuori della convenzione, poiché l'assicuratore non potrebbe permettersi di denunciare il contratto, visto che in caso di rottura egli potrebbe temere di vedere allontanarsi i propri clienti. Di conseguenza, invece di frenare l'aumento quantitativo dei medici al beneficio di una convenzione tariffale, non si farebbe che promuoverla. Secondo questi ambienti, l'abolizione dell'obbligo di contrarre non permetterebbe di realizzare dei risparmi poiché si assisterebbe semplicemente alla moltiplicazione delle prestazioni per medico. I sostenitori di questa idea pensano che si riuscirebbe a realizzare risparmi soltanto se il numero dei fornitori di prestazioni diminuisse al di sotto di una certa soglia tramite l'effetto di una regolamentazione, non essendo in questo caso garantito il livello attuale di conferimento di cure.

Qualità

La qualità delle cure dispensate è oggi regolata tramite l'articolo 58 LAMal e l'articolo 77 OAMal. L'articolo 58 chiede controlli per garantire la qualità o l'adeguamento delle prestazioni. L'articolo 77 OAMal fa riferimento al principio di responsabilità individuale delle parti verso una convenzione tariffale, vale a dire al fatto che i fornitori di prestazioni o le loro associazioni elaborano concetti e programmi in materia di esigenze della qualità delle prestazioni e di promozione della qualità. Le modalità d'esecuzione sono regolate nelle convenzioni tariffali o in convenzioni particolari relative alla garanzia della qualità, concluse con gli assicuratori o le loro organizzazioni. Que-

ste regolamentazioni devono essere conformi alle norme generalmente riconosciute, tenuto conto del carattere economico delle prestazioni. Queste disposizioni fissano condizioni quadro chiare.

Come indica l'analisi degli effetti della LAMal prodotta dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali per il 1997-2001, il sistema soffre di mancanza di incentivi per elaborare le basi dell'assicurazione qualità e metterle in opera, in particolare per applicare un'assicurazione qualità basata sui risultati. Nel settore ambulatoriale soprattutto, l'assicurazione qualità si limita ancora troppo spesso a misure strutturali, ad esempio la prova di una formazione continua in corso o svolta come condizione della possibilità di praticare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. Ma quest'ultima non permette ancora di pronunciarsi sulla qualità delle prestazioni fornite e sul carattere appropriato delle prestazioni. Zurigo è il primo cantone ad aver introdotto un sistema di valutazione dei risultati all'ospedale che va nel senso di un'assicurazione qualità basata sui risultati nel settore stazionario; i Cantoni di Berna, Soletta e Argovia si sono allineati a questa procedura. Sono attualmente in corso negoziati fra partner tariffali nel settore ospedaliero, al fine di creare le basi di una valutazione dei risultati coordinata per l'insieme della Svizzera. Con la creazione della Fondazione per la sicurezza dei pazienti, è stato fatto un primo passo alla fine del 2003 verso la concretizzazione del miglioramento della sicurezza dei pazienti, dimensione essenziale della qualità delle prestazioni mediche. Ma tutti questi sforzi non devono crearci illusioni: siamo ancora lontani dal possedere una larga base di valutazione della qualità delle prestazioni fornite e dei servizi della salute. La qualità dei medici ha dato materia di discussione soltanto attorno al tema dell'abolizione dell'obbligo di contrarre, non costituendo quest'ultimo un incentivo all'assicurazione qualità né per i fornitori di prestazioni né per gli assicuratori. Così la corporazione dei medici non ha ancora definito fino a oggi quei criteri di qualificazione sulla base dei quali i pazienti potrebbero scegliere i loro medici. Anche nelle casse malati l'interesse per l'assicurazione qualità non è eccessivo, considerato come esse siano oggi costrette ad integrare tutti i medici nell'assicurazione di base, indipendentemente dalle loro qualità. Le casse intervengono presso i medici soltanto quando questi ultimi presentano fatture manifestamente eccessive. Combinato alla retribuzione individuale delle prestazioni, l'obbligo di contrarre se non incita a promuovere la qualità può perfino portare ad una cattiva qualità: così oggi un ospedale di cattiva qualità nel quale le infezioni e le complicazioni sono frequenti esce finanziariamente meglio di un altro. Nel contempo, un medico che non mantiene i suoi pazienti in buona salute aumenta il

proprio reddito praticando cure supplementari. Un medico efficace che prodiga solo cure adeguate esce finanziariamente meno bene. Soltanto la soppressione dell'obbligo di contrarre verrebbe a capo di questi cattivi incentivi, autorizzerebbe una maggiore concorrenza fra casse e fornitori di prestazioni e permetterebbe di basare il sistema sulla qualità.

Pertanto la pressione rafforzata sulla concorrenza sia fra gli assicuratori sia fra i fornitori di prestazioni creerebbe incentivi alla promozione dell'assicurazione qualità, nella misura in cui gli attori sarebbero interessati a distinguersi per una maggiore qualità rispetto ai loro concorrenti. Ciò comporta un sistema di compensazione dei rischi che funzioni bene, in mancanza del quale la selezione dei rischi sarebbe sempre più lucrativa finanziariamente dei risparmi di costi che passano attraverso il miglioramento della qualità.

Al contrario, gli avversari della libertà contrattuale temono un deterioramento della qualità. In appoggio al loro parere, essi evocano un sistema di compensazione dei rischi insufficiente, la concentrazione unilaterale delle casse sui criteri di costo nonché l'accentuarsi della penuria di medici.

La libertà contrattuale tenderebbe a promuovere altri modelli assicurativi che lasciano presagire un miglioramento della qualità, ad esempio attraverso l'introduzione di criteri di qualità nel contratto. Gli avversari della libertà contrattuale vedono quei modelli del tipo Managed Care soltanto sotto l'aspetto del risparmio, ma non sotto l'aspetto del miglioramento della qualità.

Nel settore ospedaliero, l'abolizione dell'obbligo di contrarre nell'ambito di un sistema di finanziamento monista potrebbe sfociare in un importante risanamento delle strutture (soppressione delle sovraccapacità) associato alla costituzione di priorità mediche. Per soddisfare i criteri economici e di qualità in vista della conclusione di un contratto con un assicuratore, gli ospedali sarebbero costretti a ridurre la quantità delle loro prestazioni. Dal momento che è provato che la qualità delle prestazioni mediche dipende in questo settore dal numero di atti compiuti, ci si potrebbe attendere da questa concentrazione un certo salto di qualità.

Condizioni quadro necessarie all'abolizione dell'obbligo di contrarre

Le seguenti condizioni quadro sono in particolare oggetto di discussioni in quanto elementi necessari della libertà contrattuale.

Compensazione dei rischi

Un sistema di compensazione dei rischi fra assicuratori di

una durata limitata a dieci anni (fino al 31.12.2005) è stato introdotto nella LAMal per compensare il loro obbligo di accettare la tariffa di un premio unico degli individui che presentano rischi diversi. E' evidente che con premi unici, il mantenimento della compensazione dei rischi è inevitabile. La compensazione dei rischi diventerebbe nulla soltanto se i premi dell'assicurazione di base venissero prelevati in funzione dei rischi o se si introducesse una cassa unica. La compensazione dei rischi come quella che esiste attualmente non è che un mezzo che permette agli assicuratori di astenersi dal selezionare i rischi, ma essa non ha alcun effetto dal lato dell'offerta di prestazioni. Essa ha certamente ridotto l'incitamento alla selezione dei rischi nonché l'ampiezza di questa pratica, ma non l'ha affatto eliminata, poiché essa tiene conto solo di fattori come l'età e il sesso, che rappresentano solo il 4% circa delle cause di variazione dei costi della salute. Inoltre, essa è pianificata su una base retrospettiva, ciò che fa in modo che essa serve a rimborsare i costi di una gestione inefficace delle casse.

La maggioranza degli economisti della salute ritiene indispensabile affinare la compensazione dei rischi nell'ambito della libertà contrattuale se si intende limitare la selezione dei rischi degli assicuratori con i medici (caccia ai medici che hanno pazienti poco costosi) e quindi dei medici con i loro pazienti. Le proposte di riforma attualmente in discussione fra specialisti tendono a pianificare la compensazione dei rischi in maniera prospettiva e a migliorare il contenuto della formula di compensazione dei rischi con l'introduzione di indicatori di morbilità supplementari (ad esempio diagnostica, gruppi di costi di medicinali, ospedalizzazioni l'anno precedente, ecc.).

Altri al contrario non desiderano affatto affinare la formula di compensazione dei rischi e sono per un mantenimento della forma attuale. Essi dubitano che affinando il sistema di compensazione non si faccia altro che rafforzare il principio di rimborso dei costi e ritengono che i fattori di mobilità evocati non siano criteri obiettivi praticabili.

Garanzia della sicurezza di accesso alle cure

I dibattiti attuali sulla politica della salute concernono il peso dei vantaggi e degli inconvenienti della necessità di regolamentare nella legge la sicurezza d'accesso alle cure in caso di abolizione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale. I sostenitori di una regolamentazione legale difendono il seguente argomento: se i Cantoni non obbligano le casse ad includere nel contratto assicurativo un numero minimo di fornitori di prestazioni di ogni categoria, la sicurezza d'accesso alle cure potrebbe non più essere garantita per alcuni gruppi di pazienti.

Attraverso la selezione dei rischi, gli assicuratori rifiuterebbero di stipulare una convenzione tariffale con i medici che hanno principalmente pazienti che costano caro. Una cassa ad esempio non potrebbe stipulare convenzioni con i ginecologi, poiché le donne sono considerate assicurati con rischi peggiori degli uomini. Gli avversari della regolamentazione ritengono che se il sistema di compensazione dei rischi funziona bene, tale rischio è minimo. Essi temono che in caso di determinazione attraverso la legge di un numero minimo di medici, non si consolida la densità medica attuale per ragioni politiche (paura dei politici di non essere eletti). Si ritornerebbe così alle convenzioni tariffali obbligatorie. Tuttavia, questo rischio sarebbe più basso se i Cantoni dovessero determinare il numero minimo di fornitori di prestazioni in un ambito definito dalla Confederazione. Inoltre, finora nessuno si è lamentato che non vi sia pianificazione per i fornitori di prestazioni nel campo obbligatorio. Il mandato costituzionale della sicurezza di accesso alle cure è tuttavia sempre garantito. Sarebbe possibile, in questo caso, prevedere una regolamentazione secondo la quale i Cantoni dovrebbero regolamentare a titolo sussidiario la sicurezza di accesso alle cure. In sostanza, la garanzia della sicurezza di accesso alle cure potrebbe significare poche prescrizioni per evitare di reintrodurre le convenzioni obbligatorie, ma comportare alcune disposizioni per limitare la selezione dei rischi.

Criteri economici e di qualità

A questo proposito, la discussione verte soprattutto a sapere se le prescrizioni esistenti a livello della legge e dell'ordinanza concernente il carattere economico e la qualità delle prestazioni (art. 56 LAMal, 76 OAMal e art. 58 LAMal, 77 OAMal) sono sufficienti e se la negoziazione di altri criteri debba intervenire unicamente a livello della convenzione stipulata fra i partner (casse malati e medici) o meno. I sostenitori di un obiettivo basato sulla gestione della concorrenza sono del parere che i criteri legali attuali siano sufficienti ed essi delegherebbero ai partner contrattuali la definizione di altri criteri che vanno nel senso di un'adozione rigorosa dell'idea di concorrenza. E' il solo mezzo per sviluppare il potenziale innovatore della concorrenza attraverso varie pianificazioni contrattuali. I sostenitori di questo punto di vista si aspettano dalla libertà contrattuale prestazioni più efficaci. Criteri legali supplementari equivarrebbero a diritti di accesso per i fornitori di prestazioni e significherebbero la reintroduzione dell'obbligo di contrarre. Per altri è necessario elaborare criteri supplementari a livello della legge o dell'ordinanza, affinché gli assicuratori e i fornitori di prestazioni non agiscano prioritariamente sulla base di criteri legati ai costi, senza tener conto degli aspetti qualitativi.

Applicazione della legge sui cartelli all'assicurazione di base

Numerosi economisti della salute ritengono che sia imperativo che la legge sui cartelli venga applicata anche all'assicurazione di base se l'obbligo di contrarre venisse abolito nel settore ambulatoriale e stazionario. Questa misura sarebbe da una parte necessaria per impedire le intese fra assicuratori allo scopo di escludere dei fornitori di prestazioni e dall'altra per bloccare le intese tra fornitori di prestazioni tendenti a boicottare un assicuratore malattia. L'abolizione dell'obbligo di contrarre nell'assicurazione obbligatoria di cure passa attraverso la realizzazione di due condizioni: in primo luogo, occorre che gli ospedali pubblici e gli ospedali sussidiati dai poteri pubblici abbiano la loro rispettiva personalità giuridica e che siano economicamente indipendenti dal loro organismo di finanziamento. In secondo luogo, le prescrizioni riservate della LAMal che escludono l'applicazione della legge sui cartelli devono essere abolite. Ciò significa che gli assicuratori malattia e i fornitori di prestazioni devono essere liberi nelle loro negoziazioni tariffali, che i contratti non devono più essere sottoposti all'approvazione di un'autorità e che l'assenza di convenzioni tariffali non deve essere sostituita dalla determinazione di tariffe. Se questa condizione fosse adempiuta, ne risulterebbe in particolare che le tariffe delle associazioni di assicurazioni previste attualmente nell'assicurazione di base dovrebbero essere sostituite da tariffe individuali o di gruppo. Ma altre voci chiedono di stabilire tariffe da parte delle autorità in nome della sicurezza del diritto.

Libera scelta della forma di remunerazione

Nel sistema attuale di tariffe garantite dallo Stato con obbligo di contrarre e retribuzione individuale delle prestazioni, un'estensione incontrollata delle prestazioni e dunque l'aumento dei costi sono già da ora programmati. Per contro, su un mercato che funziona bene i prezzi diminuirebbero automaticamente in caso di offerta eccedentaria e la diminuzione dei redditi o dei margini risanerebbe le strutture. Per i promotori di una gestione della concorrenza, l'abolizione dell'obbligo di contrarre esige che la negoziazione del sistema di retribuzione (tipo e livello) sia lasciata ai partner contrattuali nel senso di un'applicazione rigida dell'idea di concorrenza. Non spetta al legislatore fissare i sistemi di remunerazione né il loro livello. Soltanto la pratica può indicare con quale forma di retribuzione è possibile avere cure mediche sufficienti e di buona qualità. E' la concorrenza che permette la scoperta e che di conseguenza si presta nel miglior modo a test innovativi concernenti le forme di remunerazione.

Commento

Gli ambienti politici hanno tendenza a considerare isolatamente alcuni settori del campo della salute. L'abolizione dell'obbligo di contrarre in discussione nell'ambito del primo pacchetto di ripresa della 2ª revisione della LAMal ne è un esempio. Come mostra l'analisi qui sopra, questo approccio non è auspicabile considerato che esistono interazioni fra i vari settori. In caso di abolizione dell'obbligo di contrarre, la qualità della compensazione dei rischi è in particolare un elemento determinante nelle interazioni. Le conseguenze di un'eventuale libertà contrattuale dipendono dunque fortemente dalla pianificazione di altri fattori legati alla libertà contrattuale, di modo che gli effetti definitivi del cambiamento del sistema dipenderebbero in pratica dall'interazione di questi fattori.

E' pure difficile prevedere se l'abolizione dell'obbligo di contrarre si ripercuoterà sui costi e se sì, in quale misura. Ciò detto, non bisogna dimenticare che la vera sfida in materia di salute deve essere il controllo dei costi accompagnato da una garanzia di qualità. I sostenitori della libertà contrattuale si aspettano soprattutto dall'abolizione dell'obbligo di contrarre un mezzo per limitare l'estensione delle prestazioni e vi vedono dunque una possibilità di risparmio. Un certo effetto in questo senso è probabile secondo il tipo di applicazione di questa libertà contrattuale. Un cambiamento del modo di retribuzione sarebbe molto più efficace e adatto a ridurre i costi: il passaggio della remunerazione individuale delle prestazioni attualmente in vigore alla fatturazione forfetaria per caso eliminerebbe i cattivi incentivi. Il sistema di retribuzione individuale, soprattutto quando è associato all'obbligo di contrarre, incita gli ospedali e i medici a fare di più di ciò che è medicalmente necessario, poiché il fornitore che moltiplica le prestazioni riceve un reddito migliore di quello che fa soltanto ciò che è giudizioso e che si accontenta di entrate inferiori. Dunque, nel sistema attuale il comportamento giudizioso è penalizzato, l'atteggiamento poco economico è

ricompensato.

A proposito dell'abolizione dell'obbligo di contrarre, auspicata come misura di risparmio, occorre inoltre tener conto del fatto che esso potrebbe anche provocare costi supplementari, in particolare sotto forma di oneri amministrativi nella presa a carico medica (si tratterà in particolare di precisare quali fornitori di prestazioni hanno concluso un contratto con la cassa malati del paziente), nel trasferimento del settore della LAMal verso altri organismi assicurativi e nel trasferimento di prestazioni dal settore ambulatoriale verso il settore stazionario (in caso di limitazione della libertà contrattuale al settore ambulatoriale). E' difficile prevedere esattamente come questi costi supplementari possano ripercuotersi su eventuali risparmi realizzati grazie alla libertà contrattuale.

Infine e soprattutto occorre rilevare che le discussioni attorno alla politica della salute concernenti il blocco degli effettivi di medici o l'abolizione dell'obbligo di contrarre sono fondate sull'ipotesi di una pleora di medici o perlomeno di un numero sufficiente di medici. I rappresentanti degli ambienti medici da parte loro avvertono già in Svizzera i primi segnali di una penuria di medici.

Per ulteriori informazioni:

menga.sandoz@economiesuisse.ch

Bibliografia:

Leu, Robert E. e Hill Stephan (2002): Six années de LAMal-
La politique de santé à la croisée des chemins, Basilea
Interpharma

Leu, Robert E. (2004): Mehr Wettbewerb als Therapie für
das schweizerische Gesundheitswesen, Istituto di
economia pubblica dell'Università di Berna, Center for
Studies in Public Economics

Credit Suisse (2002): Le système de santé suisse –
diagnostic pour un patient. Une étude spéciale sur le
potentiel de réforme du système de santé suisse. Auteurs:
Semya Ayoubi, Petra Huth

Assicurazione CSS (2002), Documento sulla posizione della
CSS – Obbligo di contrarre

Breyer Friederich, Zweifel Peter S., Kifmann Mathias (2003):
Gesundheitsökonomie, quarta edizione