

Controllo delle spese: settore della salute

Introdurre la concorrenza a favore dei pazienti – lottare contro le cause e non contro i sintomi

Cartellino rosso per il periodo dal 1999 al 2003/2004

L'essenziale in breve

Le spese dei poteri pubblici per il settore della salute sono fortemente aumentate, tra il 1999 e il 2003, del 5,6% all'anno in media. Questa evoluzione si spiega mediante vari fattori: le sovracapacità nel settore ospedaliero, una crescita del consumo dovuta sia ai fornitori di cure sia ai pazienti, le nuove tecniche mediche, le elevate esigenze degli assicurati e l'invecchiamento della popolazione. Questa forte dinamica delle spese non può più essere sostenuta a lungo e per questo motivo occorre frenarla.

La posizione di economieuisse

L'economia si impegna per un sistema della salute forte, innovativo ed efficiente. Si impongono pertanto riforme di grande portata al fine di attenuare i costi. Esse passano dal rafforzamento della responsabilità individuale alla concorrenza. Occorre inoltre eliminare gli interventi sbagliati dello Stato, altrimenti la gestione del sistema della salute sul modello dell' "economia pianificata" sfocerà in un razionamento, nella destinazione di risorse secondo motivazioni politiche e in un forte rialzo dei costi a lungo termine. In questo ambito, la revisione in corso della LAMal deve tendere a creare la trasparenza in materia di qualità e di costi affinché gli strumenti basati sulla concorrenza - come l'attribuzione di contratti di prestazioni attraverso procedure di appalto e la soppressione (selettiva) dell'obbligo di contrarre - possano mostrare i loro effetti positivi.

Occorre preoccuparsi non soltanto del livello inquietante dei prelievi obbligatori (premi dell'assicurazione malattia e imposte) nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), ma anche dell'efficacia nella fornitura delle prestazioni. I prelievi obbligatori in materia di salute non devono essere destinati, in mancanza di trasparenza, a scopi di politica regionale o d'impiego. Soltanto evitando questi scogli e migliorando la trasparenza si potrà passare da un sistema della salute "buono ma costoso" a un sistema "(molto) buono ed efficiente". In questo modo si conferirà un'opportunità al settore della salute, un settore in forte espansione confrontato con una concorrenza internazionale sempre più aspra che cerca di conquistare nuovi clienti.

Questo numero di „dossier politica“ fa parte di un monitoraggio del controllo delle spese dello Stato. Esso si basa sul Concetto delle spese pubblicato da economieuisse nel 2002. Ci proponiamo di attualizzare per ogni settore l'evoluzione effettiva delle spese. Lo scopo è quello di mostrare se e in quali settori le spese presentano un'evoluzione accettabile a lungo termine.

Tra il 1999 e il 2003 le spese totali consolidate dei poteri pubblici e delle assicurazioni sociali sono aumentate in media del 3,4% all'anno per raggiungere i 172 miliardi di franchi. Le spese della salute hanno registrato, dal canto loro, un aumento superiore alla media, del 5,6%

all'anno. Nel 2003 questo gruppo di compiti è costato in totale 22 miliardi di franchi alla Confederazione, ai Cantoni e ai Comuni. Dall'inizio degli anni novanta, la sua quota sull'insieme delle spese è passata dall'11,5% al 12,7%. Il Concetto delle spese poneva come obiettivo per il settore della salute una crescita delle spese del 2,2% all'anno, un tasso superiore all'obiettivo definito per l'insieme delle spese (1,8% all'anno). In assenza di misure di correzione, il Concetto delle spese teme un'evoluzione delle spese del 5,0% all'anno per il gruppo di compiti "salute".

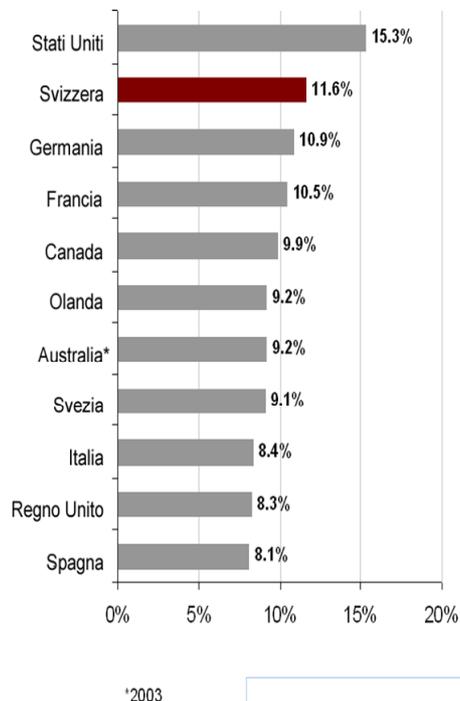
Spese della salute: primo rango nel confronto internazionale

Le spese pubbliche nel campo della salute rappresentano solo una parte di quelle del sistema sanitario (in quanto settore d'attività economica dei servizi). Esse non corrispondono più alle spese obbligatorie il cui finanziamento è previsto nella legge sull'assicurazione malattia (LAMal). La diversità dei contribuenti coinvolti (privati e pubblici) e la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni, come pure i complessi meccanismi di finanziamento non facilitano una panoramica d'insieme circa il finanziamento del sistema.

Nel confronto internazionale la Svizzera figura tra i paesi dove il rapporto "costi della salute / PIL" è il più elevato. Nel 2004 esso ha raggiunto una quota dell'11,6%, occupando così il secondo posto dopo gli Stati Uniti, la cui quota è stata del 15,3% (vedi grafico a destra). Se il rapporto con il PIL deve essere relativizzato a causa della debole crescita economica della Svizzera sino al 2003, si constata che la situazione non è migliore dal lato delle spese della salute pro capite: la Svizzera occupava il terzo rango con 4077 dollari, parecchio dietro gli Stati Uniti (6102 dollari) e il Lussemburgo (5089 dollari) e appena prima della Norvegia (3966 dollari)¹.

Nel complesso, i costi della salute (ivi compresi i medicinali in vendita libera) hanno raggiunto i 49,9 miliardi di franchi nel 2003; i poteri pubblici hanno speso 22 miliardi di franchi (vedi grafico seguente). Nel 2004 i costi della salute hanno raggiunto i 51,7 miliardi di franchi o l'11,6% del PIL. Un'altra parte delle spese per la salute è finanziata attraverso i premi individuali dell'assicurazione malattia. Le istituzioni assicurative, finanziate mediante i contributi all'assicurazione malattia obbligatoria, sono considerate come appartenenti al settore privato sebbene

Costi della salute in % del PIL, 2004

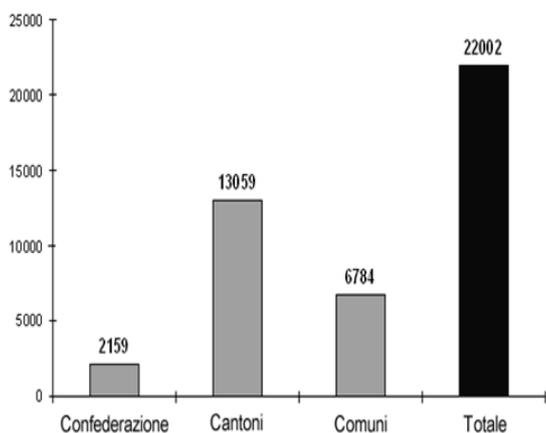


Fonte: OCSE, dati 2006 sulla salute

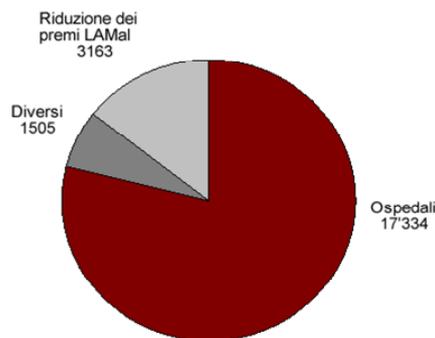
il sistema abbia un carattere di redistribuzione. Le spese di queste istituzioni nel 2003, ossia 16,4 miliardi di franchi, non sono tenute in considerazione nella quota-parte d'imposta.

I contributi dei poteri pubblici agli istituti ospedalieri (ospedali, case di cura, centri e cliniche psichiatriche)

Ripartizione delle spese per livelli dello Stato (2003, in mio. fr.)



Spese della Confederazione, dei Cantoni e dei Comuni per la salute (2003, in mio. Fr.)



Fonte: AFF, Finanze pubbliche in Svizzera 2003

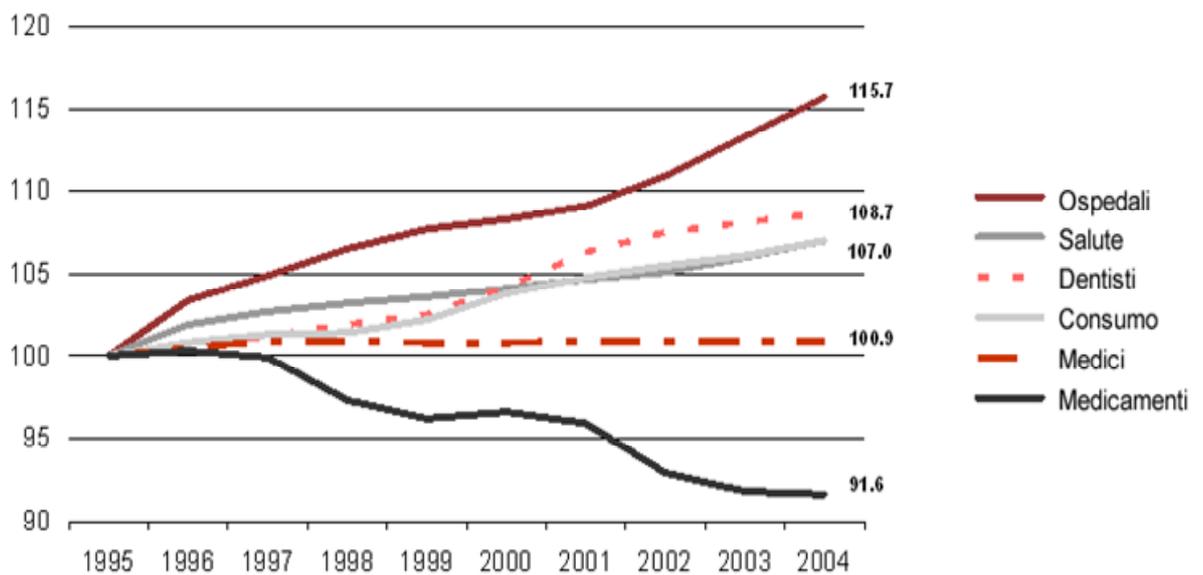
¹⁾ Dati OCSE per il 2004.

hanno raggiunto i 17,3 miliardi di franchi nel 2003. Essi sono assunti dai Cantoni e dai Comuni e costituiscono la parte del leone delle spese della salute pubblica. Una parte del finanziamento degli ospedali è restituita ai Cantoni dagli assicuratori a titolo di partecipazione alle spese in virtù della LAMal. Nel sistema attuale i Cantoni e i Comuni finanziano interamente gli investimenti degli ospedali pubblici. Il costo d'esercizio di questi ultimi è per contro coperto dagli assicuratori in concorrenza del 50% al massimo, mentre i Cantoni e i Comuni assumono il resto.

Nel 2003 lo Stato ha versato 3,2 miliardi di franchi agli assicurati con reddito modesto sotto forma di riduzioni del premio dell'assicurazione malattia. 2,4 milioni di persone ne hanno approfittato, ossia quasi un terzo della popolazione media. Attualmente, la Confederazione paga i

due terzi delle riduzioni di premio e i Cantoni un terzo. Tuttavia, il contributo dei Cantoni è ponderato in funzione della loro potenza finanziaria. I Cantoni hanno inoltre la possibilità di ridurre il loro contributo del 50% al massimo, ciò che presuppone una diminuzione equivalente del contributo della Confederazione. Per ottenere l'integralità del contributo della Confederazione, i Cantoni devono aumentare il loro contributo del 50%. Questo aiuto alle persone dipende certo dal gruppo di compiti "previdenza sociale", secondo la statistica ufficiale, ma in questo dossier politica, esso è preso in considerazione nel gruppo "salute", come la LPP, al fine di comprendere tutte le spese pubbliche per questo settore.

Indice dei costi del sistema della salute dal 1995



Fonte: Ufficio federale di statistica, Interpharma

Sotto la voce "altri", si raggruppano in particolare le cure ambulatoriali, la lotta contro le malattie (ricerca e prevenzione) e il controllo delle derrate alimentari. Le spese in questione raggiungono gli 1,5 miliardi di franchi e sono principalmente assunte dai Cantoni e dai Comuni.

Evoluzione delle spese: efficacia limitata delle riforme

Evoluzione attuale

Le spese dei poteri pubblici per la salute sono progredite di quasi il 50% tra il 1990 e il 1999. I costi per assicurato nell'assicurazione obbligatoria delle cure LAMal sono quasi raddoppiate. Questo aumento dei costi si riflette nel forte aumento dei premi dell'assicurazione malattia. Vari fattori spiegano questo aumento massiccio:

In primo luogo i pazienti utilizzano maggiormente i servizi e i prodotti relativi alla salute. Le ragioni sono legate all'allungamento della speranza di vita e al corrispondente aumento della richiesta di cure, al progresso medico e tecnico e alle accresciute esigenze degli assicurati.

In secondo luogo, le sovracapacità in particolare nel settore ospedaliero e presso i medici specializzati hanno comportato un aumento della richiesta indotto dall'offerta. I fornitori di cure utilizzano il loro vantaggio materia d'informazione rispetto alle assicurazioni malattia e ai pazienti per adattare la domanda di prestazioni mediche alla loro offerta, vale a dire per aumentare il consumo.

In terzo luogo i costi delle prestazioni mediche sono pure aumentati: gli ospedali hanno registrato il maggior rialzo dei prezzi, dovuto in particolare all'aumento dei costi del personale. Al contrario, nel settore delle cure mediche ambulatoriali, i prezzi stagnano dal 1995. I costi dei medicinali regrediscono costantemente dal 1995 (vedi grafico seguente), anche se questo effetto è ridotto dai cambiamenti a livello del consumo dovuti a nuovi prodotti.

Conclusione: i costi corrispondono alla formula „volume x prezzo“. Il volume del consumo ha proseguito la sua espansione nel corso di questi ultimi anni, un'evoluzione imputabile ai pazienti e ai fornitori di cure. Gli aumenti di prezzo hanno avuto luogo soprattutto nel settore stazionario, nel quale l'aumento dei costi (29%) è stato nettamente più marcato tra il 1999 e il 2004 rispetto al settore dei medicinali e dei dispositivi medici (23%) o delle cure ambulatoriali (20%). Ciò denota l'assenza di incentivi poiché il progresso tecnologico dovrebbe comportare un trasferimento dal settore ospedaliero costoso verso cure ambulatoriali e medicamentose.

Tendenza: riforme insufficienti

Il piano finanziario 2007-2009 della Confederazione pre-

vede un aumento delle spese nel campo dell'assicurazione malattia del 3,1% all'anno in media per il periodo 2005-2009. Questa evoluzione deriva principalmente dalla decisione dell'Assemblea federale di rafforzare i contributi della Confederazione a favore di una riduzione dei premi.

Per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure, la tendenza ad un aggravamento dei costi non potrà purtroppo essere frenata, poiché i fattori d'aumento dei costi, che hanno finora contrassegnato questa evoluzione, continuano a sprigionare i loro effetti. Ci si può chiedere se le riforme previste attualmente in materia di salute possano frenare l'evoluzione delle spese. In effetti, alcuni progetti di riforma coraggiosi e ambiziosi sono falliti, come la 2a revisione della LAMal che è naufragata nel dicembre 2003 davanti al Parlamento. Questa riforma avrebbe in particolare permesso l'introduzione progressiva della libertà di contrarre nel campo ambulatoriale, di un obiettivo detto sociale per quanto concerne la portata del premio per le famiglie e le persone con reddito modesto, nonché la partecipazione in parti uguali dei Cantoni e delle casse malati al finanziamento degli ospedali.

Dopo l'insuccesso del progetto davanti al Parlamento, il Consiglio federale ha cambiato strategia: da una parte, esso ha presentato la riforma della LAMal in Parlamento a piccoli pacchetti, dall'altra parte il DFI ha dato prova di coraggio e utilizzato in parte con successo il margine di manovra di cui disponeva per organizzare il proprio settore di competenza.

LAMal: una revisione che si trascina

– Finanziamento degli ospedali insufficiente

Il principale pacchetto di riforme concernente l'evoluzione dei costi è quello del finanziamento degli ospedali. Una riforma ambiziosa della Commissione della sicurezza sociale e della salute pubblica del Consiglio degli Stati (CSSS) che comportava la soppressione delle disparità di trattamento nel rimborso ambulatoriale e stazionario attraverso l'introduzione di un sistema di finanziamento monista, si è scontrata con la resistenza dei Cantoni. Il Consiglio degli Stati l'ha sostituita con un compromesso insoddisfacente.

L'elemento positivo del progetto è che i Cantoni non sussidiano più le istituzioni, bensì le prestazioni fornite sotto forma di forfait per caso. I forfait comprendono sia i costi d'esercizio secondo la LAMal, sia i costi d'investimento. In generale, i Cantoni devono assumere a proprio carico il 60% dei costi dei forfait per caso, il 45% almeno nelle regioni che conoscono un livello di premi inferiore alla media, mentre il resto è coperto dalle assicurazioni malattia. Questo cambiamento, che consiste da una parte nel passare dal finanziamento dell'oggetto al finanziamento del soggetto e dall'altra parte l'evoluzione che va dal pagamento delle spese in aumento alla fissazione di

forfait sono alla base delle altre riforme.

Inoltre, i decreti del Tribunale federale delle assicurazioni danno luogo all'applicazione dei diritti conferiti agli assicurati al beneficio di assicurazioni complementari di percepire contributi cantonali di base. L'applicazione di questi decreti è avvenuta finora tramite il diritto d'urgenza, mediante un versamento forfetario di 300 milioni di franchi, ossia un importo inferiore dell'ordine tra i 200 e i 500 milioni di franchi alla cifra legale. Se si vuole che l'applicazione di questi decreti abbia un effetto neutro sui costi, bisogna estendere la pianificazione ospedaliera agli assicurati che hanno contratto un'assicurazione complementare. Gli ospedali privati e pubblici devono essere trattati su una base di parità se dispongono di un mandato di prestazioni attribuito secondo una pianificazione abbastanza restrittiva. Così, l'attribuzione di mandati di prestazione diventa la chiave d'accesso alla lista degli ospedali e quindi ai contributi delle assicurazioni malattia e dei Cantoni. Una categoria di ospedali convenzionati è creata a titolo di valvola di sicurezza; si tratta di ospedali che non figurano sulla lista ospedaliera, bensì che hanno potuto stipulare un contratto con le assicurazioni e si garantiscono così almeno il contributo di base delle assicurazioni malattia.

Dieci anni di pianificazione ospedaliera fanno temere che i mandati di prestazione non siano attribuiti in maniera esente da discriminazioni, non siano orientati all'efficienza e secondo criteri di politica della salute¹. Questo rischio esiste specialmente quando alcuni mandati di prestazione sono legati a condizioni (ad esempio se un mandato di clinica ostetrica dipende dalla rinuncia alla chirurgia cardiaca) messe in vigore per risanare le strutture eliminando dei concorrenti. La grande maggioranza dei Cantoni ha utilizzato la pianificazione ospedaliera per proteggersi dai mercati ospedalieri cantonali. Accogliendo il maggior numero possibile di pazienti nei propri ospedali, essi hanno cercato di promuovere i loro interessi di proprietari, quelli finanziari in particolare, e non hanno sufficientemente ridotto le sovracapacità. Il grosso della riduzione di capacità è avvenuto sulla densità del numero di letti, una misura senza grandi effetti sui costi. Ma considerato come il 70% dei costi d'esercizio siano attribuiti al personale, soltanto la chiusura di divisioni e di ospedali permette di realizzare dei risparmi. Pertanto, tra il 1996 e il 2002, gli effettivi del personale sono progrediti del 6%, poiché gli ospedali si sono lanciati su nuovi mercati in crescita nel settore della rieducazione e in quello ambulatorio.

Ciò si è tradotto in una corrispondente progressione dei costi. La politica regionale e quella del mercato dell'impiego l'hanno così spuntata sul mandato costituzionale della politica della salute dei Cantoni (e della Confederazione – art. 41 Cost.) che chiede la garanzia di un accesso efficace alle cure necessarie alla salute.

Il carattere insoddisfacente dell'approccio pianificatorio è pure apparso nella medicina del trapianto. È un settore nel quale i Cantoni non riescono a mettersi d'accordo su una ripartizione dei centri di trapianto. Ma il rapporto intermedio degli esperti stranieri rivela non soltanto la necessità del processo di concentrazione, ma anche l'incessante modifica della definizione della medicina di punta che comprende molto più che la sola medicina del trapianto. Ciò rende più difficile la delimitazione tra la pianificazione federale e cantonale. L'assenza di dati relativi all'efficacia medica e di economia aziendale è deplorabile, considerato che è proprio questo genere di criteri che permette di adottare decisioni politiche di attribuzione dei mandati. Il rapporto precisa giustamente che l'attribuzione di mandati è un processo dinamico che dovrebbe svolgersi sulla base della qualità dei risultati attuali, dei costi effettivi e della concorrenza internazionale².

Il rapporto si sofferma inoltre su altri tre difetti del progetto del Consiglio degli Stati suscettibile di essere applicato al settore stazionario in generale. In primo luogo è pericoloso riferirsi ai soli costi. Con l'introduzione necessaria e centralizzata dei forfait per caso legati alle prestazioni, i paragoni di costo diventano possibili. Ciò favorisce l'efficienza, ma può anche provocare perdite di qualità. Indipendentemente dai paragoni di costo, bisogna inoltre procedere a confronti che vertono sulla qualità dei risultati medici. In secondo luogo, questi confronti da effettuare a livello delle divisioni devono essere pubblicati, poiché il contribuente e il paziente devono sapere quali divisioni di ospedali sono medicalmente buone e lavorano in maniera efficace³. In terzo luogo i mandati di prestazioni devono essere attribuiti pubblicamente e secondo criteri oggettivi di costi e di qualità. Per analogia con l'art. 2, 7° capoverso della legge riveduta nel dicembre del 2005 sul mercato interno (monopoli cantonali e comunali), l'appalto deve avvenire secondo le regole dei mercati pubblici e senza discriminazione.

Tuttavia, per ragioni di politica economica e di concorrenza, i mandati di prestazione costituiscono un compro-

¹ Vedi in proposito anche il dossier politica n° 7 del 14 aprile 2006 "Finanziamento degli ospedali: nessuna estensione della pianificazione" e Ortrud Biersack: "Kantonale Spitalplanung und Spitallisten in der Schweiz", Berlino 2005.

² Rapporto intermedio relativo al parere di esperti sulla medicina di punta, 8 maggio 2006, p. 1.

³ Il Consiglio degli Stati prevede solo una formulazione potestativa concernente i confronti di funzionamento (costi). Secondo clausole analoghe adottate in passato, questa disposizione rimarrà probabilmente lettera morta.

messo minimo, essendo lo scopo l'introduzione del mercato interno nel settore ospedaliero. A questo proposito la revisione va nella direzione sbagliata: essa estende la pianificazione cantonale. Con l'alleggerimento del principio di territorialità nell'ambito dei progetti pilota, sarà più facile ottenere prestazioni ospedaliere all'estero che non nel Cantone vicino. Sarà possibile utilizzare risorse fiscali per ospedali privati stranieri, mentre lo stesso ricorso alla concorrenza è categoricamente respinto nel settore extra-cantonale⁴. Si vedrà in base alle future soluzioni di compromesso se, sulla via del mercato interno, il protezionismo e la discriminazione continueranno ad avere quale effetto l'esclusione dei fornitori privati ed extra-cantionali.

– Finanziamento delle cure

I costi delle cure diventano sempre più onerosi. Il numero dei pensionati aumenta con il passaggio delle generazioni del babyboom in questa fascia d'età. Inoltre, la popolazione diventa più anziana. Tuttavia, gli anni di vita guadagnati sono principalmente anni durante i quali le persone sono in buona salute, ciò che diminuisce il periodo durante il quale esse hanno bisogno di cure.

Secondo uno studio dell'Università di Neuchâtel l'evoluzione demografica e il progresso tecnologico rischiano di far raddoppiare, entro il 2030, i costi delle cure a lungo termine che potrebbero raggiungere i 15,3 miliardi di franchi. La popolazione ne risentirà gli effetti, sia che si tratti di assicurati a causa dei premi assicurativi malattia in aumento o di contribuenti che vedranno aumentare i costi dell'aiuto sociale. Quanto alle persone fortunate, esse dovranno sempre più pagare di tasca propria i costi delle cure di cui hanno bisogno. La differenza di ripartizione dei premi dell'assicurazione malattia tra coloro che hanno meno di 60 anni e coloro che superano questa età, che rappresentava già 4 miliardi di franchi nel 2000, aumenterà ancora fino a raggiungere 5,8 miliardi entro il 2030, e ciò unicamente per ragioni d'età: la solidarietà tra le generazioni sarà ancor più messa a dura prova⁵.

Così, è assolutamente necessario migliorare l'efficienza in questo settore. Secondo lo studio di Neuchâtel, il potenziale di risparmio dipende da un'entrata più tardiva in un istituto medico-sociale. Il rinvio di questa entrata riduce i costi nel 2030 di 2,2 miliardi di franchi all'anno. Una previdenza-salute mirata per gli anziani costituirebbe dunque un investimento redditizio.

Si ignora ancora se nella revisione in corso

dell'assicurazione delle cure, il Parlamento creerà sufficienti incentivi per migliorare l'efficienza. In questi ultimi anni, l'estensione delle prestazioni prese a carico dall'AOMS si è tradotta in un aumento dei costi. Negli stabilimenti di cura si è constatata soprattutto una crescita quantitativa e nelle cure a domicilio un effetto sui prezzi⁶. Questa evoluzione è la conseguenza delle tariffe-quadro introdotte nel 1998 per le prestazioni di cura, tariffe che sono state congelate sino alla fine del 2006 dopo un aumento unico; nel caso delle cure a domicilio, essa traduce l'assenza di concorrenza.

– Managed Care e soppressione dell'obbligo di contrarre

A titolo di freno d'urgenza sino ad un'eventuale soppressione dell'obbligo di contrarre, il Consiglio federale ha deciso il 3 luglio 2002 di congelare l'apertura di nuovi studi medici per tre anni al massimo. Considerato come non sia stato finora possibile abolire l'obbligo di contrarre, il Parlamento ha deciso di prorogare questo divieto per altri tre anni. Questa misura non ha affatto contribuito ad attenuare i costi, poiché una valanga di richieste di apertura di studi era stata inoltrata poco prima della sua introduzione. Inoltre, questo blocco concerne i giovani medici formati secondo i metodi più recenti, ciò che frena l'innovazione, ostacola i modelli di managed care e costituisce un grande attacco ai diritti fondamentali (libertà economica e discriminazione). Anche qui la trasparenza in materia di prestazioni offerte e di specializzazione dei medici, primi indicatori di qualità, costituiscono un'importante condizione delle riforme da adottare nel senso della libertà contrattuale.

Alfine di facilitare i dibattiti, il Consiglio degli Stati ha deciso di associare la soppressione della libertà di contrarre alla promozione di modelli di managed care. Questi ultimi hanno successo solo da qualche anno. In generale, a causa degli incentivi finanziari che forniscono ai medici, essi dovrebbero non soltanto limitare la domanda indotta dall'offerta, ma anche permettere di migliorare la qualità grazie alla messa in rete e al grado di qualità. La principale misura di promozione consisterebbe nel rendere più flessibile il concetto di managed care, ad esempio autorizzando una restituzione dei risparmi sugli assicurati, nell'introduzione di contratti pluriennali o nel prevedere la possibilità di contrarre delle assicurazioni con bonus che tengano conto dello stile di vita. Se si riuscisse a promuovere dei modelli di managed care innovativi capaci di controllare la qualità a livello interno e di comunicarla verso l'esterno, si apporterebbe un contributo al contenimento dei costi e al miglioramento della qualità nel settore ambulatoriale. Si riuscirebbe così a spegnere il dibattito sulla

⁴ Vedi decreto del Canton Soletta del 28 febbraio 2006, citato dal consigliere agli Stati Leuenberger nel Bollettino ufficiale dell'8 marzo 2006 relativo all'articolo 41 della LAMaL.

⁵ Avenir Suisse: „Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Zurich 2005, pp. 82, 84.

⁶ UFS, Costi della salute, Neuchâtel 27.2.2004.

libertà di contrarre.

– Compensazione dei rischi

La compensazione dei rischi tra casse malati rappresenta un correttivo attuariale necessario per prendere in considerazione, nell'ambito di un premio unico, i fattori dell'età e del sesso nonché l'assenza di precisione circa lo stato di salute degli assicurati. In primo luogo, gli assicuratori si suddividono i rischi secondo una chiave di ripartizione che prevede che il 5% degli assicurati sono all'origine del 50% dei costi. In secondo luogo, si tratta di impedire una selezione dei rischi assurda a livello economico. Tuttavia, nonostante l'esistenza di una compensazione, la selezione dei rischi sembra essere pagante. Innanzitutto, la compensazione dei rischi conosce solo i criteri dell'età e del sesso (facili da ottenere), che hanno sempre meno significato rispetto a una realtà di seniori in buona salute e di giovani affetti da malattie croniche. Successivamente, la compensazione attualmente esistente frena l'innovazione, poiché non produce nessun incitamento ad innovare nelle prestazioni né a ridurre i costi provocati dai pazienti più costosi. Occorre tuttavia riconoscere che migliori condizioni-quadro sono altrettanto importanti per favorire nuovi modelli assicurativi. La modifica adottata dal Consiglio degli Stati ha un senso soprattutto nell'ambito di una riforma globale del finanziamento degli ospedali o del managed care.

– Aumento delle sovvenzioni federali destinate a ridurre i premi

Le Camere federali hanno infine approvato l'aumento dei sussidi federali destinati a ridurre i premi. Il limite delle spese è stato aumentato di 100 milioni di franchi rispettivamente per il 2006 e il 2007, essendo gli importi indicizzati in ragione dell'1,5% per il 2008 e il 2009. Così, secondo la volontà del legislatore i premi dei bambini e dei giovani adulti in formazione devono poter essere ridotti almeno del 50% per le categorie di reddito inferiori e medie. I Cantoni hanno la libertà di fissare i limiti di reddito nell'ambito dei rispettivi sistemi di riduzione dei premi.

Coraggiose riforme del DFI

– Lavoro minimo nel riesame delle prestazioni

Indipendentemente dai lavori di riforma parlamentare, il DFI prende sul serio il riesame sistematico delle prestazioni nel suo settore d'attività, allo scopo di frenare l'evoluzione dei costi. Così, le medicine complementari sono state cancellate dal catalogo delle prestazioni e sono state formulate proposte per contenere i costi della psico-

terapia.

Inoltre, la franchigia massima è stata portata da 1500 a 2500 franchi. Si tratta di un mezzo minimo, ma efficace, per limitare l'espansione del consumo medico.

– Grande successo nel settore dei medicinali

Il DFI registra il successo più importante con l'industria farmaceutica, grazie ad un accordo che permette di risparmiare 250 milioni di franchi all'anno nel campo dei medicinali. I prezzi di alcuni medicinali il cui brevetto è scaduto sono stati rivisti al ribasso e altri medicinali sono oggetto di esami complementari. Così, non soltanto le differenze di prezzo dei vecchi preparati diminuiscono rispetto all'estero (prima dell'introduzione della LAMal nel 1996 i prezzi di fabbrica erano superiori del 26% fino all'85% a quelli della Repubblica federale tedesca, questo divario è stato riportato a -4% e 14%), ma la diminuzione dei prezzi dei medicinali osservata da anni è ulteriormente progredita: ad eccezione degli originali protetti dai brevetti, i prezzi al consumo sono diminuiti dopo la fine del 2005 del 10% sui generici e perfino del 16% sui prodotti originali in concorrenza con i generici⁷.

In seguito sono stati introdotti incitamenti per l'utilizzazione dei generici. Tranne i casi nei quali una sostituzione per ragioni mediche non è possibile, la quota a carico dell'assicurato è portata dal 10% al 20% se il prezzo del preparato originale non è stato ridotto al livello del prezzo del generico o se, sulla base del prezzo venduto al pubblico, due terzi almeno dei generici presentano un prezzo massimo inferiore del 20% almeno a quello dei preparati originali. Anche qui il DFI è stato efficace: il ricorso ai generici esplose dopo la fine del 2005 (vedi grafico pagina seguente).

Le due misure non sono efficaci soltanto per frenare i costi, esse sono pure positive in una prospettiva economica. Esse creano uno spazio d'innovazione, vale a dire un margine finanziario che permette di ricompensare con un bonus i medicinali innovativi, ad esempio contro il cancro. Ora, questo margine finanziario permette di garantire ai pazienti nell'AOMS un accesso rapido a nuove terapie e favorisce il clima della ricerca.

⁷ Cifre di e-mediat

Iniziative popolari in corso

Il fatto che tre iniziative popolari relative al sistema della salute siano riuscite e attendano di essere poste in votazione attesta l'importanza dei problemi in questo campo. Con la sua iniziativa per la diminuzione dei premi dell'assicurazione malattia, l'UDC spera di intensificare la concorrenza e aumentare l'efficienza del sistema sanitario. Essa prevede a questo proposito di sopprimere l'obbligo di contrarre per tutti gli attori. Un'altra misura consisterebbe nel ridurre il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure. Inoltre, l'iniziativa chiede di fissare il contributo dello Stato al 50% al massimo per l'insieme delle spese dell'assicurazione di base. Il Consiglio federale respinge l'iniziativa e rinvia alla revisione in corso della LAMal.

La seconda iniziativa tende a reintrodurre le medicine complementari nell'assicurazione di base, a promuoverne l'uso e a metterle su un piano di parità con la medicina classica. Ciò significherebbe integrare nel catalogo delle prestazioni alcune cure la cui efficacia non può essere valutata mediante i criteri abituali. Questo statuto speciale comporterebbe un aumento del consumo e dunque dei costi della salute.

La terza iniziativa è quella „per una cassa malattia unica e sociale“. Lanciata dal “Movimento popolare delle famiglie” romando, essa è sostenuta dal PS e dai Verdi. Il 18 maggio 2003 il popolo aveva respinto a schiacciante maggioranza l'iniziativa sulla salute del PS. Quest'ultima chiedeva che l'assicurazione malattia fosse finanziata attraverso l'IVA e mediante premi fissati in funzione del reddito e della sostanza. Tale iniziativa avrebbe abolito completamente gli incitamenti al risparmio. La nuova ini-

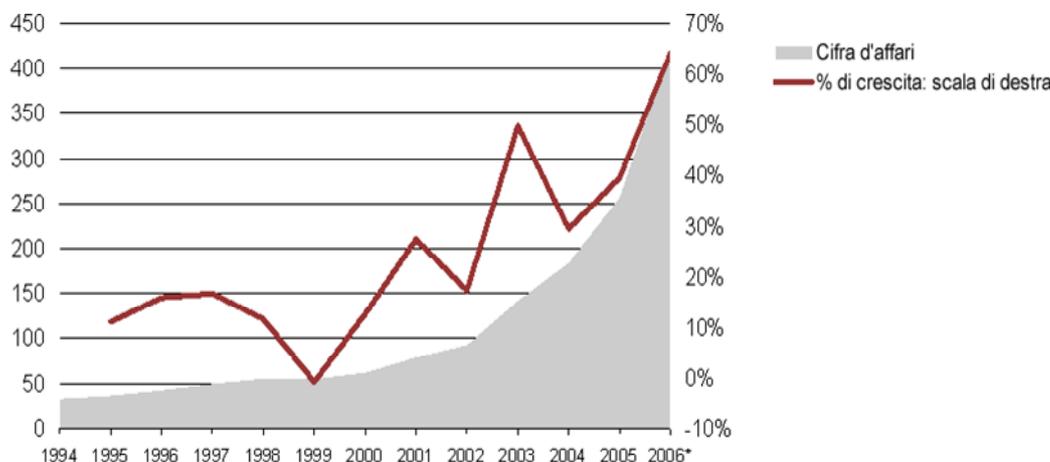
ziativa va in una direzione simile. Essa vorrebbe sostituire l'attuale sistema basato sulla concorrenza con una cassa malattia unica. Inoltre, essa propone di calcolare i premi in funzione dei redditi degli assicurati.

Il Consiglio federale, il Parlamento e l'economia respingono l'iniziativa. Creare una cassa unica eliminerebbe gli elementi della concorrenza e gli incitamenti al risparmio, di modo che i costi della salute non diminuirebbero, ma si aggraverebbero. Una cassa in situazione di monopolio avrebbe la possibilità di realizzare risparmi in materia di pubblicità, ma rischierebbe di abusare del proprio potere per appoggiare misure di razionamento, poiché sarebbe da una parte preoccupata per i prezzi e dall'altra poco incline a limitare il personale, fattore di aumento dei costi. Il finanziamento dell'assicurazione di base mediante premi fissati in funzione del reddito e della sostanza è pure respinto. Un simile calcolo dei premi potrebbe spingere le persone con redditi elevati a lasciare la Svizzera – ciò si è già verificato in alcuni paesi. Inoltre, le rivendicazioni salariali rischierebbero di indebolire la competitività della Svizzera.

Cartellino rosso per l'evoluzione effettiva delle spese

Tra il 1999 e il 2003 le spese destinate alla salute sono aumentate del 5,6% all'anno. L'aumento annuale è variato tra il 2,3% (2003) e l'8,3% (2001). Nel 2003 il gruppo di compiti “salute” ha assorbito 22 miliardi di franchi. La progressione registrata tra il 1999 e il 2003 supera sia l'obiettivo fissato dal Concetto delle spese nel 2,2% all'anno, sia l'evoluzione attesa del 5,0% all'anno. Tale evoluzione merita un cartellino rosso.

Il mercato dei generici in Svizzera (prezzi alla produzione)



* Dati gennaio-aprile 2006 rispetto al 2006, cifra d'affari su una base annua (forchetta)

Le spese supplementari sono principalmente da attribuire agli ospedali: durante il periodo in rassegna essi hanno assorbito in media il 5,7% delle risorse pubbliche supplementari all'anno. Nel 2001 le loro spese sono perfino progredite dell'8%. Nel 2002 essi hanno pure registrato un aumento sostanziale delle spese del 7,1%. In questi due anni le spese dei poteri pubblici destinate agli ospedali sono cresciute di oltre un miliardo di franchi. Nel 2003 la tendenza è leggermente rallentata, ma l'aumento è stato comunque evidente con un tasso del 4,3%, per un importo totale di 17,3 miliardi di franchi destinati al settore ospedaliero. Le riduzioni dei premi individuali per l'assicurazione di base, conformemente alla LAMal, costituiscono la seconda voce per importanza delle spese statali per la salute. Le risorse destinate alle riduzioni di premio sono aumentate del 5,2% in media all'anno tra il 1999 e il 2003. Nel 2003 questo aiuto è costato 3,2 miliardi di franchi. Nel 2005 i costi medi dell'assicurazione di base hanno raggiunto i 2737 franchi per assicurato, ossia il 5,4% in più rispetto all'anno precedente e il 12,9% in più rispetto al 2003, dove i costi medi raggiungevano 2424 franchi.

Dal momento che le spese non evolvono conformemente all'obiettivo fissato, le linee direttive formulate nel Concetto delle spese rimangono valide per l'orientamento delle riforme che permetteranno di dotare il settore della salute di basi finanziarie durevoli. Queste linee direttive dovrebbero permettere di ridurre la crescita annuale media delle spese pubbliche per il gruppo di compiti "salute" al 2,2%.

Rafforzare la responsabilità individuale e intensificare la concorrenza

L'assicurazione obbligatoria delle cure, dal marcato carattere solidale, è un pilastro del sistema delle assicurazioni sociali svizzere che bisogna riconoscere come tale. In effetti, essa non è concepita secondo principi puramente attuariali. Nel sistema sanitario le considerazioni etiche fissano dei limiti alla razionalità economica. Tuttavia, al di là delle frontiere politiche (e territoriali), tutti sono d'accordo nel dire che bisogna riformare il sistema della salute.

Necessaria una discussione di fondo ...

Una discussione di fondo sul mercato della salute, il suo valore e la sua organizzazione sembra indispensabile. Dal punto di vista liberale un sistema sanitario basato sulla concorrenza deve almeno raggiungere i seguenti obiettivi:

1. obiettivi sociali: accesso per tutti a una medicina di qualità e ai progressi tecnologici, in particolare per le persone che presentano rischi medici elevati;

2. obiettivi finanziari: ridurre l'aumento dei costi della salute finanziato dai prelievi obbligatori (premi, imposte, ecc.):
 - ottimizzando l'efficienza, ciò che comporta l'innovazione (a livello dei processi), la trasparenza in materia di costi e di qualità e la concorrenza, al fine di impedire ai fornitori di prestazioni di difendere vantaggi personali;
 - promuovendo la responsabilità individuale, in particolare per quanto concerne la diminuzione dei costi della salute dipendenti dallo stile di vita;
3. obiettivi economici: rafforzare il gruppo di compiti salute grazie alla creazione di incentivi ad innovare e alla rapida introduzione di tecnologie moderne.

Ritornando sugli obiettivi di politica finanziaria, occorre frenare l'aumento dell'onere finanziario assunto dai privati e dai poteri pubblici. Per questo motivo, occorre adottare misure sia dal lato della domanda sia da quello dell'offerta.

– e anche progetti di riforma

Per quanto concerne l'offerta, le proposte degli ambienti economici concernenti i progetti di revisione della LAMal in corso sono stati tracciati in precedenza. Tuttavia, sembra difficile raggiungere direttamente gli obiettivi a medio e lungo termine, come la libertà di contrarre e il finanziamento monista. Gli oppositori alle riforme ne sono coscienti. Essi non esortano riforme profonde, sapendo bene che fallirebbero a causa degli interessi dei Cantoni e delle professioni interessate. Sono dunque necessarie, passo dopo passo, alcune riforme che possano far cambiare direzione.

Finanziamento degli ospedali: la concorrenza per il bene del paziente

Nel settore del finanziamento degli ospedali è stato elaborato un progetto con i professori Leu (Università di Berna) e Poledna (Università di Zurigo): invece di passare direttamente alla libertà di contrarre, un regolatore dovrebbe confrontare le prestazioni degli ospedali in termini di costi e di qualità e pubblicarne i risultati. Ciò permetterebbe di raggiungere il primo obiettivo, quello della trasparenza. I servizi che, sia dal punto di vista dei costi sia da quello della qualità fanno parte dei 90 migliori su 100, ad esempio, otterrebbero automaticamente un contratto, gli altri, vale a dire gli ospedali troppo cari o meno buoni, dovrebbero stipulare contratti con le casse malati. Questa formula permetterebbe di raggiungere un secondo obiettivo, quello di un'evoluzione strutturale basata su criteri obiettivi. Tutti i pazienti potrebbero accedere liberamente ai servizi ospedalieri di buona qualità. Questo punto permetterebbe di raggiungere un terzo obiettivo, la creazione di un mer-

cato interno.

Questa proposta non ritarderebbe la revisione in corso, al contrario. La separazione in due parti del progetto permette d'introdurre immediatamente i forfait per caso e le basi di un confronto fra gli istituti, nonché la concessione non discriminatoria di contratti di prestazioni secondo le regole dei mercati pubblici. In una seconda tappa, che dipende dall'introduzione rapida dei forfait per caso, la CSSS del Nazionale deve finalizzare il modello Leu/Poledna con l'amministrazione e i fornitori di prestazioni.

Questa proposta è ambiziosa: essa chiede alla Svizzera di passare da una politica della salute degna di un paese in fase di sviluppo per quanto concerne la trasparenza e la scelta, a quella di un paese della lega superiore. Anche se ambiziosa, essa non è irrealizzabile: gli oppositori alle riforme faticeranno a spiegare ai contribuenti e ai pazienti perché si oppongono alla trasparenza e alla scelta, se ciò permette loro, come in Olanda ad esempio, di sapere che il tasso di mortalità dopo un attacco cardiaco è del 32% nell'ospedale meno buono e che questo tasso è 2,3 volte più elevato rispetto al ventesimo della lista degli stabilimenti con le note meno buone (14%).

Altre proposte altrettanto pragmatiche devono essere fatte per gli altri settori che si trovano in posizione precaria. E' il solo mezzo per evitare che le riforme divengano sempre più difficili, considerato il moltiplicarsi del numero di persone a beneficio di una riduzione di premio. E' pure un mezzo per evitare che le misure di risparmio pianificate che agiscono soltanto a breve termine sui costi la spuntino sull'introduzione della concorrenza in materia di qualità e di prestazioni.

Più responsabilità individuale nello stile di vita

Se non si vuole cambiare il sistema attuale, che prevede premi individuali non differenziati in funzione del rischio e delle riduzioni di premio in funzione del reddito, è essenziale promuovere la responsabilità individuale. L'esempio degli Stati Uniti è molto eloquente: non soltanto il loro sistema della salute è il più costoso di tutti, ma i loro abitanti hanno una speranza di vita relativamente breve. Questa debole produttività del sistema si spiega in gran parte con l'obesità, la mancanza di esercizio fisico e una cattiva alimentazione, in altre parole il sistema di vita⁸. In soli cinque anni i costi legati al diabete sono passati da 44 a 92 miliardi di dollari, sapendo che secondo

l'Organizzazione mondiale della salute (OMS) il 60% circa dei casi di diabete sono direttamente causati da un eccesso di peso⁹. Tuttavia gli Stati Uniti non sono un caso isolato, ma un precursore; evoluzioni analoghe possono essere osservate in Svizzera¹⁰. Non stupisce dunque che il medicamento più venduto a livello mondiale sia un medicamento per far diminuire la pressione arteriosa. La cifra d'affari realizzata con questo medicamento è di 12 miliardi di dollari all'anno. Bisogna sensibilizzare la popolazione sui rischi dovuti a questo sistema di vita, in caso contrario l'evoluzione delle spese subirà un'ulteriore impennata.

Affinché gli assicurati assumano una responsabilità propria, non è indispensabile avviare campagne di sensibilizzazione che pongano l'accento sul forte aumento delle spese, come la strategia preventiva proposta da un gruppo d'esperti della Confederazione e non sostenuta da economie svizzere. Per contro, è necessario creare dei modelli assicurativi innovativi, che prevedano una ricompensa finanziaria importante per i comportamenti sani, in particolare per le persone appartenenti a un gruppo a rischio.

Inoltre, l'assicurazione obbligatoria delle cure deve estendersi a prestazioni definite, necessarie sul piano medico, ma di qualità elevata. Assicurazioni complementari private o conti risparmio medici (un pilastro 3c per le prestazioni di cura, ad esempio) coprirebbero le esigenze particolari, una scelta più vasta, perfino prestazioni di lusso. Infine, la partecipazione ai costi degli assicurati deve essere prevista in modo da avere un miglior effetto d'incitamento.

Promozione della telemedicina

Progressi tecnologici enormi sono stati riscontrati nel sistema sanitario nel corso degli anni sessanta, principalmente grazie all'innovazione in materia di prodotti, in particolare nel campo dei medicinali, delle tecniche mediche e della chirurgia¹¹. Oggi sussiste un grande potenziale non ancora sfruttato dal lato dei processi, in particolare allo scopo di facilitare la collaborazione tra i fornitori di prestazioni.

⁸ Camanor/Frech III/Miller: Is the US an Outlier in Health Care and Health Outcomes? A Preliminary Analysis, International Journal of Health Care Finance and Economics, March 2006, p. 3 ss.

⁹ Yach/Stuckler/Brownell: Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes, Nature Medicine, 1/2006, p. 62 ss.

¹⁰ Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1999-2002, BfS, Neuchâtel 2005.

¹¹ Curtler: Your Money or Your Life, New York 2005, p. 2 ss.

Il vantaggio della telesalute (e-health) è l'introduzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nel sistema sanitario. Le esperienze registrate in altri settori dimostrano che dopo un termine di adattamento, queste tecnologie sfociano in un miglioramento della qualità, dell'efficienza e della produttività. I vantaggi che si possono attendere non concernono unicamente le procedure amministrative, bensì anche l'integrazione dei processi legati al trattamento che implica il medico, il farmacista, l'ospedale, il miglioramento del seguito della cura dei malati cronici al proprio domicilio, la diminuzione degli errori di medicazione (e-ordonnance) o la diminuzione degli esami importanti realizzati in doppio. La sorveglianza dei pazienti nelle unità di cure intensive tramite la telemedicina ("remote-ICU") permette ad esempio di diminuire la mortalità del 27%, la durata dell'obbligo di stare a letto del 17% e i costi del 25%.

Alcuni ostacoli in materia di regolamento delle problematiche legate alla protezione dei dati, all'interoperabilità dei sistemi e al finanziamento della necessaria infrastruttura, complicano l'introduzione della telematica nel sistema della salute. Al fine di poter utilizzare il potenziale della telesalute, occorre rapidamente regolare le questioni in sospeso e creare un ambiente favorevole alle tecnologie e all'innovazione. In caso contrario la Svizzera rischia, per quanto concerne l'introduzione della telesalute, di essere relegata in una pessima posizione, come gli Stati Uniti, i cui costi della salute sono ancora più elevati¹².

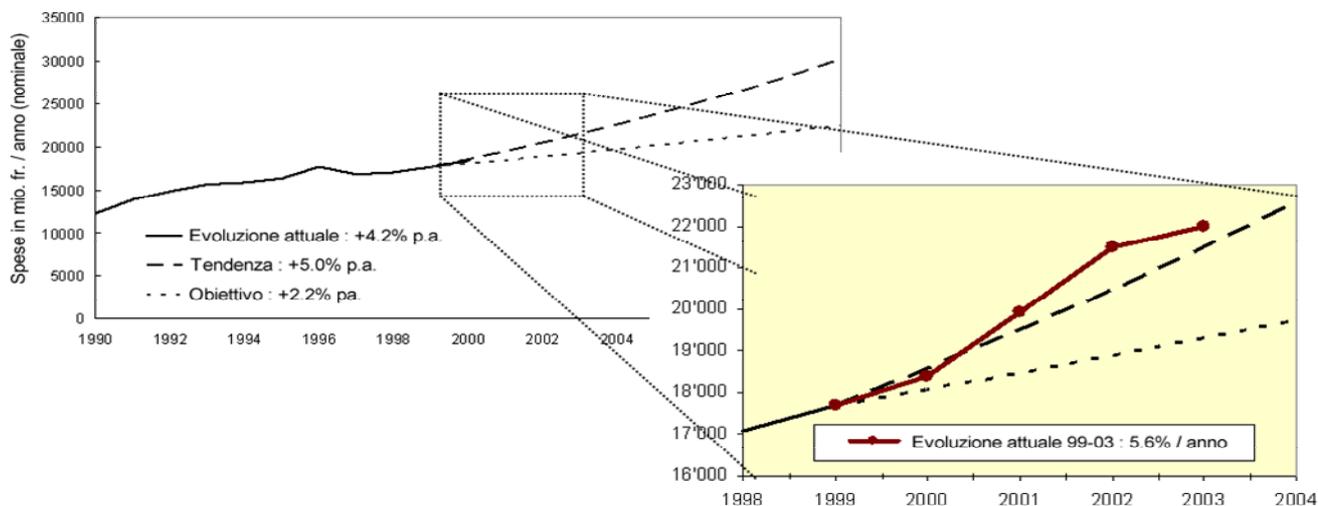
Le sei misure principali

- Stabilire la trasparenza in materia di costi e di risultati medici. Il paziente-contribuente fornisce così il proprio sostegno ai cambiamenti strutturali del sistema della salute, cambiamenti che sono nel suo stesso interesse.
- Creare un mercato interno nazionale per le prestazioni della salute e smantellare le sovracapacità grazie a una concorrenza trasparente in materia di costi e di qualità. Sopprimere la pianificazione ospedaliera e dare la libertà imprenditoriale agli ospedali, affinché possano innovare e specializzarsi.
- Adottare un sistema di finanziamento monista al fine di ridurre le distorsioni tra i settori ambulatoriale e stazionario e nell'ambito del settore stazionario.
- Abolire l'obbligo di contrarre nei settori ambulatoriale e stazionario. Questa misura faciliterebbe l'introduzione di altre formule assicurative (modello del medico di famiglia, HMO). Durante l'adozione del nuovo sistema bisognerebbe vegliare a mantenere l'approvvigionamento in tutto il paese ed evitare che le esigenze rivolte alle casse malati provochino una riduzione della qualità.
- Valutare le prestazioni dell'assicurazione di base affinché il loro finanziamento rimanga possibile in futuro. Occorre garantire innanzitutto i grandi rischi medici e l'accesso al progresso tecnologico e alla medicina di punta. Assicurazioni complementari private o strumenti come i conti risparmio medici potrebbero coprire le esigenze particolari, una scelta più vasta o perfino prestazioni di lusso.
- Trasferire ai Cantoni la competenza di ridurre i premi nel senso di una ripartizione coerente. Il limite per le misure basate sul reddito deve essere fissato il più basso possibile per garantire un'iniezione efficace di mezzi.

¹² Anderson/Frogner/Johns/Reinhardt: Health Care Spending And Use Of Information Technology In OECD Countries, Health Affairs, 3/2006, p. 819ss.

Evoluzione delle spese del settore della salute

Cartellino rosso periodo 1999 – 2003/2004



Fonte: AFF, Finanze pubbliche in Svizzera 2003 e Concetto delle spese 2002

Commento

La politica della salute è sotto pressione: innanzitutto, l'aumento dei costi della salute è eccessivo e supera chiaramente la crescita del PIL. A causa della mancanza di trasparenza, non si sa con certezza quale parte dell'aumento dei costi sia imputabile all'offerta eccessiva dei fornitori di cure e al progresso medico, e quale parte sia attribuibile all'invecchiamento della popolazione. Nel primo caso, si assiste a uno sviluppo dannoso sul piano economico, mentre nel secondo si tratta di un investimento nella salute che potrebbe essere ammortizzato ad esempio mediante un aumento flessibile dell'età di pensionamento AVS¹³. In seguito, a causa del rialzo dei costi la questione del finanziamento monopolizza i dibattiti e si traduce in una moltiplicazione delle richieste di finanziamento basate sul reddito e il razionamento. Tuttavia, l'ossessione dei costi può non soltanto mettere in pericolo la qualità della fornitura delle prestazioni, ma anche il gruppo di compiti "salute", essenziale per la Svizzera e la sua posizione di punta in una moltitudine di settori: industria farmaceutica, medtech, ricerca clinica, università e, in parte, gli ospedali e il turismo.

Occorre opporsi a tale evoluzione per ragioni economiche: il settore della salute occupa direttamente e indirettamente 525'000 persone o il 17% della popolazione attiva svizzera; la creazione di valore aggiunto raggiunge i 59 miliardi di franchi o il 14% del PIL¹⁴. I servizi della salute esportati rappresentano 36 miliardi di franchi e il 97% di questi servizi sono da attribuire alle industrie farmaceutiche e a medtech.

Queste cifre non devono suscitare una gioia senza limiti, poiché la debole produttività di settori a forte intensità di manodopera (settore stazionario) indica che esistono inef-

ficienze. La crescita del settore della salute è dunque parzialmente dovuta a lacune statali in materia di regolamentazioni. Falsi incentivi e la segmentazione hanno artificialmente gonfiato questo settore.

Oggi la politica è confrontata a conflitti per quanto concerne gli obiettivi. La politica regionale e la politica dell'impiego si oppongono alle politiche della salute e della concorrenza e richiedono una definizione delle priorità. Contrariamente al dibattito in atto sulle importazioni parallele di beni protetti da un brevetto – dove si arriva ad arbitrare tra, da una parte, la concorrenza tra diverse regolamentazioni statali e, dall'altra parte, la politica dell'innovazione, della salute e la politica economica – la questione spinosa del mercato interno delle cure stazionarie, di un'importanza finanziaria ben superiore, la spunta sulla buona volontà di molte persone pertanto favorevoli alla concorrenza.

Nella misura in cui si rifiuta di razionare le prestazioni della salute, il solo trattamento da prescrivere al sistema sanitario è di ottimizzare l'efficienza. Soltanto il confronto aperto tra prestazioni garantisce che il cittadino continuerà ad accettare di pagare per l'aumento dei costi della salute dovuti all'invecchiamento della popolazione e all'utilizzazione di nuove tecniche. Il problema si situa piuttosto nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure finanziata dai premi e dalle imposte – e meno dal lato dei costi totali del sistema della salute. Per quanto concerne l'AOMS, i premi sono aumentati del 5,9% all'anno dopo l'introduzione della LAMal nel 1996 e rappresentano oggi 290 franchi in media al mese per gli adulti (franchigia minima, ivi compresa l'assicurazione infortuni). Tenuto conto di questa evoluzione, i premi pesano sul budget delle famiglie, provocano rivendicazioni salariali e ostacolano la competitività della Svizzera.

L'estensione della pianificazione statale per quanto concerne gli ospedali e le assicurazioni (cassa unica) non rappresenta una soluzione. Basta osservare altri paesi: i risparmi a breve termine comportano non soltanto perdite di qualità, termini d'attesa, ritardi nell'introduzione di

¹³ L'impressione soggettiva della salute migliora: mentre nel 1992, rispettivamente il 71% e il 79% delle donne e degli uomini tra i 65 e i 69 anni erano considerati "in buona salute", le cifre erano del 79% e dell'86% nel 2002. "Avenir aktuell", maggio 2006, p. 4.

¹⁴ Infrast: Création de valeur et emplois dans le secteur de la santé en Suisse. Zurigo, 30 maggio 2006.

nuove forme di terapia o perfino misure di razionamento, ma non hanno nemmeno un carattere durevole. In Canada la Corte suprema ha aperto l'accesso dei cittadini alle assicurazioni e ai fornitori di prestazioni private, ritenendo che le lunghe liste d'attesa che potevano mettere in pericolo la vita stessa dei cittadini in taluni casi, erano contrarie ai diritti fondamentali degli abitanti del Quebec¹⁵. Per lo stesso motivo, i pazienti britannici hanno ottenuto per la prima volta dopo 50 anni il diritto di scegliere fra quattro ospedali, ivi compreso un prestatario privato¹⁶.

Inutile arrivare fino a lì in Svizzera: le riforme della LAMal esigono in numerosi casi scelte tra la pianificazione e il libero mercato. Rinviare queste decisioni diventa sempre più problematico. Considerato il numero di persone che beneficiano di riduzioni di premio, persone generalmente poco favorevoli alle riforme, ritardare ancora le decisioni significa rifiutare il mercato. Per creare la fiducia nelle riforme, occorre dunque ridefinire la nozione di concorrenza nel sistema della salute¹⁷ e pianificarla nell'interesse del paziente – ad esempio creando la trasparenza in materia d'efficienza per quanto concerne la qualità e i costi. Uno studio basato su dati di un periodo di quindici anni mostra che il paziente ne approfitta: la mortalità di una persona che subisce un intervento in un ottimo ospedale può essere inferiore della metà al rischio che si corre in un ospedale appartenente al 20% degli stabilimenti ospedalieri meno buoni¹⁸. Il finanziamento degli ospedali, il managed care, la libertà di contrarre e la compensazione dei rischi saranno oggetto di decisioni cruciali nel corso dei prossimi mesi, per o contro un sistema della salute innovativo, efficiente e sostenibile.

¹⁵ Chaoulli v. Quebec, 2005 SCC 35, (2005), 1 S.C.R. 791, Decisione della Corte suprema del 9 giugno 2005.

¹⁶ Deutsches Ärzteblatt, 4 gennaio 2006.

¹⁷ Porter/Teisberg: Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review, giugno 2004.

¹⁸ ha/Epstein: The Predictive Accuracy of the New York State Coronary Artery Bypass Surgery Report-Card System, Health Care, 3/2006, p.844 ss.