

Finanziamento degli ospedali: nessuna estensione della pianificazione

Porre fine al protezionismo cantonale

14 aprile 2006

Numero 7

dossier politica

Finanziamento degli ospedali: rinunciare ad estendere la pianificazione

L'essenziale in breve

Gli ospedali rappresentano il principale settore di costi dell'assicurazione malattia obbligatoria; si tratta del settore, ad eccezione del 2004, che ha registrato la progressione più rapida. La riforma del finanziamento degli ospedali votata durante la sessione primaverile dal Consiglio degli Stati tende a ridurre i costi, sviluppando le competenze cantonali in materia di pianificazione.

La posizione di economie svizzere

L'estensione della pianificazione ospedaliera non è auspicabile. Le esperienze registrate in questo settore nell'arco di dieci anni sono chiaramente negative: i Cantoni hanno favorito gli interessi dei loro dipendenti e i loro interessi finanziari anziché il mandato costituzionale sovente evocato verso i pazienti.

Piuttosto che sviluppare la pianificazione è urgente promuovere sul mercato ospedaliero nazionale la qualità e la concorrenza a livello delle prestazioni. Si spera che la seconda Camera si decida ad avviare una riforma coerente e coraggiosa. Se ciò non fosse il caso, bisognerebbe almeno mettere in vigore le tre misure seguenti: in primo luogo, instaurare rapidamente dei forfait per caso; in secondo luogo invitare i fornitori di prestazioni ad impegnarsi per la trasparenza, ciò che comporta il fatto di rendere pubblici dei confronti fra prestazioni dipendenti dall'economia imprenditoriale e dalle prestazioni mediche; e da ultimo impedire che i fornitori al di fuori dei Cantoni e dei privati siano discriminati, obbligando almeno i Cantoni ad attribuire loro dei mandati nell'ambito di procedure di appalto con possibilità di ricorso. Queste misure costituirebbero un pacchetto di misure minime che permetterebbe di garantire a lungo termine l'efficacia e quindi il carattere economico di una medicina di qualità a disposizione di tutti.

Mercato ospedaliero: costi ingenti e datore di lavoro importante

Il nuovo regime di finanziamento ospedaliero attualmente in fase di dibattito in Parlamento è uno dei principali pacchetti di riforma del settore sanitario. La situazione sembrerebbe male avviata: dopo che il modello di riforma della Commissione della sicurezza sociale e della salute pubblica del Consiglio degli Stati (CSSS) si è scontrato con la resistenza dei Cantoni, il Consiglio degli Stati ha presentato un modello di compromesso che è pure stato criticato dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della salute (CDS). Unico aspetto incontestato, l'introduzione di un forfait per caso che, secondo le esperienze registrate nel mondo, costituisce un punto essenziale della riforma¹ e, rispetto ai budget globali, permette

guadagni di produttività durevoli dell'ordine dal 10 al 15%².

Inoltre, nessuno contesta l'influenza finanziaria del settore ospedaliero sui costi della salute, né l'importanza economica degli ospedali. Nel 2004 i costi degli ospedali hanno raggiunto i 18,3 miliardi di franchi o il 35% dei costi totali del sistema sanitario. Dopo anni di aumenti strepitosi dei costi ospedalieri, questa progressione è cresciuta nel 2004 "soltanto" del 3,1%, situandosi così per la prima volta ad un livello inferiore all'aumento dei costi generali della salute, pure relativamente debole, con il 3,7%³. Dei

efficiency in the Provision of Hospital Services, DAF/COMP/WP2(2005)4, 26.9.2005, paragrafo 48f.

² OCSE: ECO/WKP(2005) 30, p. 20.

³ UFS: Costo e finanziamento del sistema sanitario nel 2004, comunicato stampa del 3.3.2006.

¹ OCSE: Competition and Related Mechanisms to Enhance Ef-

18,3 miliardi di franchi, 6,3 miliardi sono assunti dai Cantoni, 760 milioni di franchi dai Comuni e il resto dalle casse malati e dalle assicurazioni private.

Nel contempo gli ospedali rivestono pure una grande importanza economica: rappresentano il 6,2% degli impieghi o 211'000 persone occupate⁴. Gli istituti ospedalieri sono pertanto paragonabili ai settori dell'industria alberghiera e della ristorazione, dei trasporti e comunicazioni o della costruzione (vedi figura 1)⁵. La quota degli ospedali rispetto al prodotto interno lordo (PIL) è così progredita nel corso di questi ultimi anni (vedi figura 2).

La pianificazione in quanto decisione orientativa

Considerata l'importanza finanziaria del progetto, non stupisce che i dibattiti politici siano dominati dalle questioni relative al finanziamento e alla chiave di ripartizione tra Cantoni e casse malati. Anche secondo economie svizzese, la questione dell'evoluzione strutturale del paesaggio ospedaliero svizzero è essenziale. È importante non solo per i pazienti ma anche per l'economia, che si pongano gli accenti dove necessario, al fine di disporre di strutture competitive.

Il progetto votato dal Consiglio degli Stati, prima Camera deliberante, durante la sessione primaverile, prevede alcune tappe centrali nel campo delle strutture: dopo dieci anni di pianificazione ospedaliera quest'ultima deve essere estesa per la dispensa delle cure a tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro grado di copertura assicurativa. Le persone che beneficiano di prestazioni complementari sarebbero integrate nella pianificazione. Si spera, con dei contratti di prestazione vincolati a talune condizioni, di giungere ad una migliore gestione dell'offerta. Ad esempio, in presenza di un'offerta eccessiva di servizi urgenti (ospedali pubblici), il divieto di aprire nuovi servizi urgenti potrebbe essere la condizione da assolvere per ammettere un supplemento del mandato di prestazioni (per gli ospedali privati) in altri settori.

Gli ospedali senza mandato di prestazioni non otterrebbero più in futuro contributi di base da parte dei Cantoni. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni, questi ultimi raggiungono attualmente il 50% dei costi di esercizio, mentre i contributi versati agli ospedali fuori Cantone e agli ospedali privati sono fermi a basso livello. È questo uno dei fattori all'origine della revisione in corso. Secondo il progetto di revisione del Consiglio degli Stati, il contributo di base si situerebbe in futuro al 60%

dei costi d'investimento e d'esercizio. Siccome la riforma è neutra sul piano finanziario, ma si estenderebbe ad un numero maggiore di ospedali, in futuro un numero più importante di ospedali lotterebbe per ottenere le risorse di cui hanno bisogno. La corsa ai contributi di base aumenterebbe. Così, sia per gli ospedali pubblici, sia per quelli privati la cui quota di assicurati con solo l'assicurazione di base è elevata, l'ammissione sulla lista degli ospedali diventerebbe una questione di sopravvivenza.

Con ciò si pone la domanda a sapere quali conseguenze per la politica strutturale ha dal punto di vista finanziario l'importante parificazione fra ospedali privati e ospedali pubblici con mandato di prestazione. Come in qualsiasi settore regolamentato, la questione dell'accesso non discriminatorio al mercato è essenziale. È possibile garantire l'iscrizione non discriminatoria di istituti ospedalieri sulla lista degli ospedali o l'attribuzione non discriminatoria di mandati di prestazione? Per rispondere a questo interrogativo occorre tener conto di alcune particolarità del mercato ospedaliero e trarre le conclusioni dopo dieci anni di pianificazione.

Le particolarità del mercato ospedaliero

Indipendentemente da considerazioni politiche, i sostenitori di una regolamentazione statale evocano in generale un cattivo funzionamento del mercato ospedaliero a tre livelli, oltre a distorsioni che si manifestano generalmente nel settore della salute e giustificano (teoricamente) alcune disposizioni statali per correggere questo cattivo funzionamento:

- **Asimmetria dell'informazione:** i pazienti non possono scegliere il loro ospedale nel momento in cui sono colpiti da una malattia. L'appendicite si opera una sola volta e in caso d'urgenza non è possibile fare una scelta tra i diversi fornitori di prestazioni.
- **Ostacoli d'entrata e d'uscita dal mercato per i fornitori di prestazioni:** gli investimenti per la costruzione di un ospedale sono elevati e le possibilità di rilevamento limitate.
- **Conflitti d'interesse fra mandante e mandatario:** l'ultimo decide per sé stesso a causa della mancanza di trasparenza in materia d'informazioni. Questo problema deriva innanzitutto dal rapporto tra i Cantoni o le casse malati in quanto fonti di finanziamento e gli ospedali: secondo il principio "a built bed is a filled bed"⁶, l'ospedale può sfruttare le sue capacità disponibili at-

⁴ UFS: Comunicato stampa del 25.11.2005.

⁵ UFS: Annuario statistico 2005, „Impieghi nel settore della salute. Risultati del censimento delle aziende del 2001”, Neuchâtel 2003.

⁶ Roemer's Law, dal nome dell'omonimo economista americano. Questa legge si applica solo in caso di assunzione dei costi, apparsa su: The Dartmouth Atlas of Health Care, Vol. II, 1993.

traverso un ampliamento delle indicazioni: ora, né le casse malati, né i Cantoni (né il paziente) possono verificare se ciò sia il caso. Così, la quota dei pazienti “mal diretti” negli ospedali svizzeri, cioè che ricevono per la maggior parte del tempo cure non necessarie, è stimata tra il 14% e il 29%.⁷

Esiste un secondo conflitto tra il cittadino e il Cantone. Oltre alla dispensa delle cure che interessa in primo luogo il cittadino, il Cantone mira inoltre agli interessi delle politiche regionale e finanziaria e si sforza di evitare conflitti con i sindacati.

La LAMal ha introdotto nel 1996 la pianificazione ospedaliera. La Svizzera dispone così di sufficiente esperienza per determinare se vi sia un cattivo funzionamento del mercato tale da giustificare disposizioni statali o se la regolamentazione è efficace rispetto alla pianificazione e tenda verso gli obiettivi mirati.

Gli insegnamenti di dieci anni di pianificazione

Una tesi dell'Università di Basilea pubblicata recentemente fornisce un'analisi completa delle esperienze registrate con la pianificazione durante il periodo 1996-2002⁸. Lo studio traccia un bilancio chiaramente negativo.

1. Mancanza di base scientifica

Il calcolo dei bisogni era basato su 23 pianificazioni stabilite su basi, definizioni e bisogni valutati in modo diverso. Le cifre fluttuavano in una proporzione che andava sino al 50% da un Cantone all'altro. Le ipotesi ammettevano un numero di letti troppo basso nel confronto internazionale: nel 1996 la pianificazione ospedaliera stimava l'offerta di letti per malattie acute a 32'650 e calcolava una sovracapacità di 6000 letti. Ma secondo la statistica dell'OCSE utilizzata in Svizzera fino al 1996, vi erano 39'000 letti, ossia una sovracapacità due volte superiore. Fatto ancor più grave, invece di ridurre le offerte eccessive di letti, la pianificazione cantonale prevedeva soprattutto uno sviluppo lineare dei progressi di produttività conseguiti in Svizzera sino al 1996. Gli obiettivi fissati concernenti la durata media di ospedalizzazione per il 2005, tra gli 8,6 e i 9,6 giorni (GL, ZH, AI, AG, BS, BL, TG, BE) rimanevano ben superiori alle cifre comparative internazionali già stabilite nel 1997, sia per i sistemi statali della salute, come quelli della Svezia (5), della Gran Bretagna e del Canada (7,1), sia per il sistema degli Stati Uniti orientato verso il settore privato

(6,2). Conclusione: i Cantoni utilizzano il margine d'interpretazione statistica per calcolare le sovracapacità in modo minimo (vedi figura 4).

2. Interessi finanziari in primo piano

Soltanto i Cantoni di Basilea-Campagna, Basilea-Città, Uri, Nidwaldo e Obwaldo effettuano una pianificazione sovra-cantonale. Negli altri Cantoni la pianificazione tende ad un inquadramento protezionistico del mercato ospedaliero. In questo modo i Cantoni non hanno ottimizzato gli interessi dei pazienti, bensì i loro interessi finanziari e in quanto proprietari. Così, “le liste sono stabilite in maniera tale che le conseguenze finanziarie dei principi di rimborso in caso di ospedalizzazione fuori dal Cantone (LAMal) restano limitate per quest'ultimo. Di conseguenza, si curano ad esempio nel Cantone tanti Glaronesi per quanto possibile e sensato sul piano economico”⁹. O ancora “le ospedalizzazioni al di fuori della rete ospedaliera cantonale sono ... molto costose per il Cantone ... il Cantone può raggiungere un tasso di copertura del 95% solo nella misura in cui riesce a “rimpatriare” nei propri ospedali i pazienti ospedalizzati fuori Cantone”¹⁰.

Sono sorte cooperazioni nei settori al di là dell'offerta d'approvvigionamento intercantonale. Ciò ha permesso ai Cantoni di gestire le proprie capacità e di promuovere gli ospedali cantonali che accolgono pazienti provenienti da altri Cantoni. I Cantoni che “importano” pazienti, come ad esempio Zurigo, utilizzano la loro posizione nella medicina di punta per concludere contratti di esclusività con altri Cantoni in settori quali la chirurgia cardiaca, e per escludere la concorrenza degli ospedali privati per quanto concerne i pazienti di altri Cantoni¹¹.

3. Interessi massimizzati del personale

Nella realtà la pianificazione non ha affatto portato alla sperata diminuzione dei costi: la riduzione delle capacità è avvenuta secondo il principio dei tagli lineari, invece di applicare criteri di ottimizzazione della qualità e dell'efficienza. Hanno inoltre avuto successo le manovre relative alle fusioni. Tuttavia esse non sono state messe in funzione “fisicamente” e non hanno pertanto avuto nessuna incidenza sul personale, né comportato la reintegrazione del personale licenziato. Le cifre: l'86% delle capacità sopresse sono il risultato di una diminuzione della densità di letti, un fattore con una debole incidenza sui

⁷ Vedi dibattito Sommer: Gesundheitssystem zwischen Plan und Markt, Stoccarda 1999.

⁸ Ortrud Biersack: Kantonale Spitalplanung und Spitalisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen, Berlino 2005.

⁹ Citazione nello studio Biersack, pagina 85: direzione sanitaria del Canton Glarona, dicembre 1997.

¹⁰ Citazione nello studio Biersack, pagina 85: Consiglio di Stato del Canton Friburgo, aprile 1997.

¹¹ Citazione nello studio Biersack, pagina 91.

costi¹².

Tuttavia, il 70% dei costi d'esercizio sono costi del personale che possono essere ridotti unicamente se la soppressione dei letti ha pure delle conseguenze in termini di effettivi (...). Inoltre, risparmi importanti in termini di costi del personale comportano la chiusura di alcuni servizi¹³. Numerosi governi cantonali lo sapevano, ma non hanno potuto trarne le conseguenze a causa della resistenza dei dipendenti. Così, il personale degli ospedali per malattie acute è uscito indenne dalla fase di riduzione delle capacità. Gli effettivi sono perfino aumentati tra il 1996 e il 2002, passando da 83'000 a 88'000 persone, ciò che non si spiega completamente con l'inasprimento del diritto del lavoro.

L'aumento degli effettivi dimostra che gli ospedali hanno conquistato nuovi mercati di crescita. Le cifre lo attestano: i costi di rieducazione e delle cure ambulatoriali prodigate negli ospedali sono esplosi (rispettivamente +40% e +85%), mentre i costi attribuiti alle malattie acute sono aumentati solo del 21% tra il 1997 e il 2002. Ora, se si raggruppano le cure ambulatoriali e acute nel settore ospedaliero, ci si accorge che la crescita dei costi non è mutata dopo l'introduzione della LAMa¹⁴.

4. Trascurati gli interessi dei pazienti

La soppressione delle sovracapacità, una misura avantutto „cosmetica“ non ha permesso agli ospedali di ottenere sufficienti benefici dai risparmi effettuati. Per risparmiare in misura più importante gli ospedali devono raggiungere una capacità superiore ai 200-400 letti. Con una media di 125 letti, numerosi ospedali svizzeri per la cura di malattie acute non raggiungono la necessaria grandezza, un punto criticato negli studi effettuati a tale proposito.¹⁵ Ciò ha

¹² Zurigo principalmente ha ottenuto esperienze positive in materia di chiusura di ospedali. Nella maggior parte dei casi il Cantone non era il datore di lavoro, ma unicamente una fonte di sovvenzioni. Gli ospedali interessati erano globalmente di piccola dimensione.

¹³ Spitalkommission Graubünden 1997, citata nello studio Biersack, pagina 144.

¹⁴ Vedi anche Klauss/Busato/Zahnd: Analyse des régions de desserte hospitalière en Suisse, Sécurité sociale 2/2005, pagina 104.

¹⁵ Ruefli: Wirkungsanalyse der Kantonalen Spitalplanungen, Berna 2005, pag. 118s., Filippini/Farsi: An Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals, Final Report, Berna 2004, pag. 49, 73,91. I costi sono più elevati negli ospedali universitari anche se si considera il grado di gravità dei casi trattati. Oltre ai costi della formazione e della ricerca, ciò può anche essere spiegato dall'assenza di riflessione imprenditoriale. La situazione è certamente migliorata a partire dal 1999, come lo dimostra l'aumento dei costi superiore alla media; vedi UFS: StatSanté 1/2005, Indicatori dei costi e delle

risorse degli ospedali svizzeri, pagine 13,21.

un'incidenza anche sui tassi di mortalità negli ospedali. Ad esempio su 14 operazioni a rischio elevato, i grandi ospedali denotavano un tasso di mortalità fino al 12% inferiore a quello di piccoli ospedali.¹⁶

La riorganizzazione degli ospedali della contea di Los Angeles, realizzata tra il 1997 e il 2002, ha prodotto effetti positivi analoghi: situati su un territorio di 6600 km² con 5,5 milioni di abitanti, gli ospedali di questa contea presentano un potenziale di pazienti vicino a quello degli ospedali dell'Altipiano svizzero. In cinque anni, l'11% dei 133 ospedali sono stati chiusi, ciò che ha comportato risparmi annuali per 387 milioni di dollari USA. Sul piano medico, sono stati costatati tempi di reazione superiori per i casi urgenti, che possono tuttavia essere corretti da un miglioramento dei servizi ambulatoriali, largamente compensati da altri vantaggi medici. Un numero maggiore di pazienti iniziavano così a consultare il medico di famiglia prima di ricorrere ai servizi urgenti degli ospedali. Si sono ad esempio moltiplicati gli esami preventivi per la ricerca del cancro dell'intestino. Questi esami sono di cruciale importanza per la cura di questo cancro, che figura al terzo rango della classifica dei casi di cancro più frequenti. Infine, la percezione soggettiva della qualità del sistema sanitario da parte delle persone interessate non si è deteriorata.¹⁷

La concorrenza si è inoltre rafforzata in materia di prezzi e di qualità. Nel settore della cura dell'infarto del miocardio – una delle principali cause d'ospedalizzazione – l'instaurazione della concorrenza fra ospedali ha comportato, oltre a risparmi, la riduzione del tasso di mortalità del 4,4%, sebbene questa diminuzione sia andata principalmente a favore dei pazienti provenienti da regioni sprovviste di concorrenza. Gli effetti positivi sono stati raggiunti in particolare in relazione con i modelli *managed care*.¹⁸

Fallimento della pianificazione

Le esperienze in materia di pianificazione ci permettono di trarre tre conclusioni. In primo luogo, sul mercato ospedaliero non compaiono tanto le lacune del mercato, bensì

risorse degli ospedali svizzeri, pagine 13,21.

¹⁶ Birkmeyer et al.: Hospital volume and Surgical Mortality in the US, The New England Journal of Medicine 346, 2002: 1128-37.

¹⁷ Buchmueller/Jacobson/Wold: How Far To The Hospital? The Effect of Hospital Closures On Access To care, NBER Working Paper 10700, Cambridge 2004, pagine 4, 13ss. 22, 28. La distanza media si è allungata di 4,8 km a 6,4 km per le persone interessate dalla chiusura di un ospedale, in maggioranza di carnagione bianca e agiate.

¹⁸ Kessler/McCellan: Is Hospital Competition Socially Wasteful? NBER Working Paper 7266, Cambridge 1999.

piuttosto il fallimento dello Stato in materia di regolazione del settore. I conflitti d'interesse dei Cantoni, che sono contemporaneamente proprietari, datori di lavoro e responsabili dell'approvvigionamento in prestazioni sanitarie, nuoce ai pazienti e, a medio termine, ai contribuenti che pagano per la compartimentazione dei mercati ospedalieri cantonali. Ciò spiega il fallimento delle riforme dei governi cantonali o del Parlamento, a causa di una difesa degli interessi bene organizzata, che si tratti del personale ospedaliero o delle regioni. Lo studio Biersack mostra dunque che il Consiglio degli Stati e i Cantoni hanno torto a pretendere un'estensione della pianificazione. Le radici dei conflitti d'interesse risiedono piuttosto nella diversità delle responsabilità assunte dai Cantoni e nella mancanza d'informazione dei pazienti e dei contribuenti. L'asimmetria dell'informazione spiega pure il fallimento di progetti di riforma davanti al popolo. In assenza di un'informazione standardizzata e pubblica sulle prestazioni mediche e microeconomiche degli ospedali, il popolo non può valutare i progetti di riforma se non sulla base di considerazioni geografiche e di politica regionale. Invece di concentrare le prestazioni ospedaliere destinate ai suoi cittadini nei propri ospedali, estendendo la regolamentazione statale – un approccio paternalista – le autorità farebbero meglio a prevenire eventuali lacune del mercato attraverso una regolamentazione della qualità.

Ciò vale pure per gli ostacoli all'entrata e all'uscita dal mercato. In generale, tali barriere non sembrano esistere. Gli investimenti non raggiungono importi proibitivi: nel 2003 i costi d'esercizio degli ospedali privati e pubblici nel settore stazionario hanno totalizzato quasi 15 miliardi di franchi, mentre gli investimenti si sono avvicinati ai 950 milioni di franchi.¹⁹ Questa cifra è assai superiore a ciò che è strettamente necessario, poiché gli investimenti sono discussi dai Parlamenti cantonali come questioni indipendenti e non sono dunque valutati sulla base di principi di gestione aziendale. E' qui che risiede, da una parte, la causa del *medical arms race*²⁰, la corsa agli equipaggiamenti medici. Dall'altra parte, le cifre mostrano che gli investimenti – in questo caso senza tener conto delle regioni periferiche – non si situano a un livello proibitivo. Lo dimostra pure l'interesse degli ospedali privati svizzeri nel rilevare ospedali pubblici o i cambiamenti strutturali osservati in Germania, dove la quota dei letti d'ospedale pri-

vati è passata dal 15% al 26% dopo il 1991 e dove perfino le cliniche universitarie sono rilevate da privati²¹. Si costata ancora una volta che sono le regolamentazioni politico-legali a porre problemi, non le lacune del mercato.

In secondo luogo si comprende, considerate queste esperienze, come l'estensione della pianificazione sfavorirebbe ulteriormente gli ospedali privati e fuori Cantone. Da ultimo, come abbiamo mostrato in precedenza, pure gli ospedali pubblici massimizzano i loro "utili". Invece di tradursi in dividendi, questi utili vengono utilizzati per equipaggiamenti di prestigio, per aumentare i salari e il numero dei dipendenti e per la continuazione degli interessi di politica regionale, come attesta uno studio dell'OCSE.²² Pubblici o privati, gli ospedali sfruttano le possibilità di rendita.²³ Il fatto di trattare in maniera diversa gli ospedali privati e pubblici si basa dunque prioritariamente su pretese considerazioni morali (non bisogna conseguire utili a scapito dei malati) e non su fatti concreti. Ora, se ci si basa su questi ultimi, la concorrenza in termini di prestazioni è necessaria per limitare la tendenza di tutti gli ospedali a massimizzare i loro utili e per migliorare l'efficienza degli ospedali pubblici²⁴.

¹⁹ Gli investimenti a favore degli ospedali pubblici sono stimati a 800 milioni di franchi, quelli a favore degli ospedali privati a 145 milioni (comunicato stampa dell'Associazione svizzera delle cliniche private del 2.11.2004).

²⁰ L'instaurazione della concorrenza tra ospedali ha un effetto marginale sul MAR, Dranove/David/Shanley/Mark/Simon: Is Hospital Competition Wasted?, Rand Journal of Economics, Vol 23(2), pag. 257.

²¹ Schütze-Brief 19/2006/pagina 17.

²² OCSE: vedi nota di base pagina 2, paragrafo 40.

²³ Ibid, paragrafo 132

²⁴ Kessler/Mc Cellan: The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity, NBER Working Paper 8537, Cambridge 2001, pagina 26.

Commento

Quando assumono decisioni i governi democratici pongono gli interessi dei produttori davanti a quelli dei consumatori, in particolare quando si tratta di misure protezionistiche²⁵. Questa affermazione si avvera nel caso della pianificazione ospedaliera svizzera. Anche l'introduzione di un mercato interno nazionale è fallita a causa del protezionismo dei Cantoni per quanto concerne gli ospedali. Il mercato ospedaliero si rivela essere un esempio dei fallimenti dello Stato in materia di regolazione.

Il progetto del Consiglio degli Stati aggrava le cose. Come esempio valido per numerosi Cantoni, si può citare l'esigenza del governo solettese che va al di là del Consiglio degli Stati: „Occorre riformulare il progetto in maniera che sia chiaro che i Cantoni non sovvenzionino le cure ospedaliere dispensate negli ospedali fuori Cantone che non figurano sulle liste ospedaliere del Cantone dove il paziente interessato è domiciliato ... Il Canton Soletta non intende destinare introiti fiscali al sovvenzionamento di ospedali privati fuori Cantone”.²⁶

Nelle proprie esigenze i Cantoni rinviano spesso al mandato di prestazioni che conferisce loro la Costituzione (art. 41 Cst)²⁷. Sebbene questo rinvio rifletta la realtà, il relativo articolo costituzionale affida la responsabilità congiuntamente alla Confederazione e ai Cantoni. Questi ultimi sono dunque liberi di delegare i loro compiti a livello nazionale (art. 43 Cst.), dove la Confederazione possiede la competenza di regolare i compiti che devono essere regolati in maniera uniforme (art. 42 Cst.). Ancora più importante, l'articolo 41 Cst. non obbliga nessun Cantone a gestire gli ospedali. Le esperienze registrate in questi ultimi anni hanno precisamente mostrato che soltanto una chiara ripartizione dei compiti libera i Cantoni dall'insostenibile conflitto d'interessi al quale essi sono

confrontati, fra le esigenze dei pazienti, dei contribuenti, delle regioni e dei dipendenti. I Cantoni lo sanno, le loro prese di posizione lo dimostrano: così, la Conferenza dei direttori cantonali (CdC) ha richiesto meccanismi di risparmio di mercato allo scopo di ridurre i costi ed ha respinto il 17 novembre 2005 il modello della Commissione della sicurezza sociale e della salute pubblica del Consiglio degli Stati. Soltanto quattro mesi dopo, mentre respingeva il compromesso elaborato dal Consiglio degli Stati, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della salute esige la competenza assoluta in materia di pianificazione, ivi compresa la limitazione delle vie di ricorso²⁸.

In questo contesto la Camera dei Cantoni è confrontata a un compito difficile: essa deve garantire l'introduzione più rapida possibile della fatturazione forfetaria per caso. Un punto da trattare eventualmente in maniera separata. In seguito il progetto dovrà essere valutato rispetto a due parametri di politica strutturale:

- Evitare di discriminare gli ospedali privati e fuori Cantone e rinunciare alla concessione di mandati di prestazioni sulla base di motivazioni politiche: l'obiettivo di un mercato ospedaliero concorrenziale di tipo monista e che gode della libertà di contrattare non deve essere colpito da un'epurazione delle strutture, di cui sarebbero vittima i prestatori privati e la concorrenza intercantonale. Viene formulata un'esigenza minima: la concessione dei mandati di prestazione agli ospedali deve avvenire in maniera trasparente, vale a dire, per analogia con l'articolo 6, capoverso 7 della legge sul mercato interno riveduta nel dicembre 2005, conformemente alle regole dei mercati pubblici. L'appello d'offerta deve essere aperto a tutti i prestatori di servizi che soddisfano le condizioni tecniche e organizzative definite all'articolo 39, capoverso 1, lettere a-c LAMal, indipendentemente dalla loro forma giuridica.
- Porre le fondamenta di una concorrenza trasparente in

²⁵ Anthony Downs: *An economic theory of Democracy*, New York 1957, pag. 297.

²⁶ Decisione del Consiglio di Stato del 28 febbraio 2006, citato dal consigliere agli Stati Ernst Leuenberger, la cui proposta è stata respinta. Foglio federale provvisorio dell'8 marzo 2006 sull'articolo 41 LAMal.

²⁷ Vedi www.gdk.cds.ch.

²⁸ Vedi www.gdk-cds.ch.

materia di prestazioni mediche: l'introduzione della fatturazione forfetaria per caso faciliterà le statistiche relative ai risultati terapeutici, come pure il confronto economico delle prestazioni. Occorrerà imporre legalmente queste due esigenze a tutti i prestatori di servizi e pubblicare ogni anno i risultati. Si tratta di un passaggio obbligato per informare i pazienti e i cittadini. In effetti, questi ultimi, in mancanza di informazioni in caso di chiusura di un ospedale, non possono assumere decisioni sulla base della qualità e dell'efficienza delle prestazioni mediche, ma rimettersi a criteri geografici o di politica regionale.

Il sistema sanitario svizzero e i suoi ospedali sono buoni nel confronto internazionale. Ciò non impedisce che questi possano ulteriormente migliorare. D'altronde, bisogna continuare a garantire l'accesso di tutti i pazienti a prestazioni ospedaliere di elevata qualità, ivi compresa la medicina di punta, e al progresso tecnologico. A questo scopo sono necessari guadagni d'efficienza innovando in materia di procedure e di prodotti, al fine di attenuare l'evoluzione dei costi.

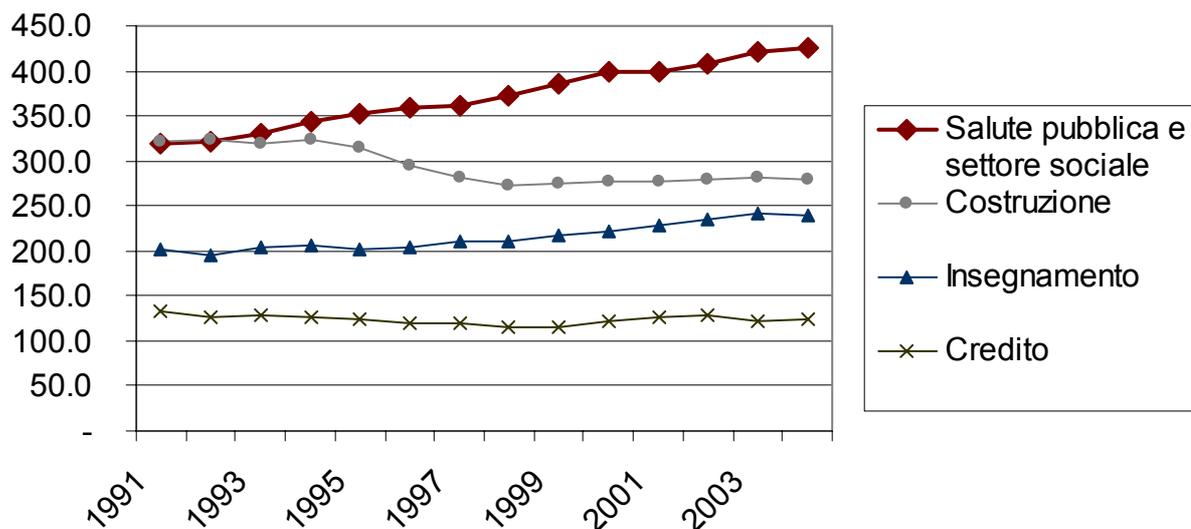
Nel contempo, il posizionamento dei nostri ospedali, in quanto prestatori di servizi concorrenziali a livello internazionale su un mercato della salute globale in espansione, riveste grande importanza. La crisi dei sistemi sanitari statali europei, nei quali i termini d'attesa si allungano sempre più, alimenta pure il flusso internazionale di pazienti alla ricerca di eccellenti servizi sanitari e l'evoluzione dei bisogni in materia di salute e prevenzione della generazione del dopoguerra. Ogni anno, 50'000 cittadini britannici si fanno operare all'estero²⁹. Dopo Singapore, l'Africa del Sud, la Thailandia e il Costa Rica, spetta al Belgio e all'Ungheria proporre offerte di qualità elevata sul mercato in crescita del turismo della salute.

Gli ospedali svizzeri devono avere la possibilità di cogliere al volo queste opportunità commerciali. In questo senso occorre mettere in vigore il più rapidamente possibile il

mercato interno e dare agli ospedali pubblici una libertà di manovra che permetta loro di specializzarsi e di posizionarsi ai livelli regionale, nazionale e internazionale. Questo posizionamento andrà a favore anche degli assicurati del reparto comune, poiché avranno un accesso più rapido alle tecnologie di punta e beneficeranno di un aumento dell'efficienza delle prestazioni. E' il solo mezzo per lo Stato di assumere le proprie responsabilità sia verso i dipendenti, sia verso i contribuenti. In effetti, questo posizionamento permette allo Stato di opporre allo scenario in vigore all'estero – mancanza di investimenti, diminuzione dell'innovazione e aumento della frustrazione – un paesaggio ospedaliero solido ed efficace. Quest'ultimo, grazie alla concorrenza e a buone condizioni-quadro di formazione e di ricerca clinica, potrebbe a sua volta diventare, come i rami esportatori della farmaceutica e delle infrastrutture mediche, un sostegno alla crescita nel settore degli ospedali e del turismo in materia di salute.

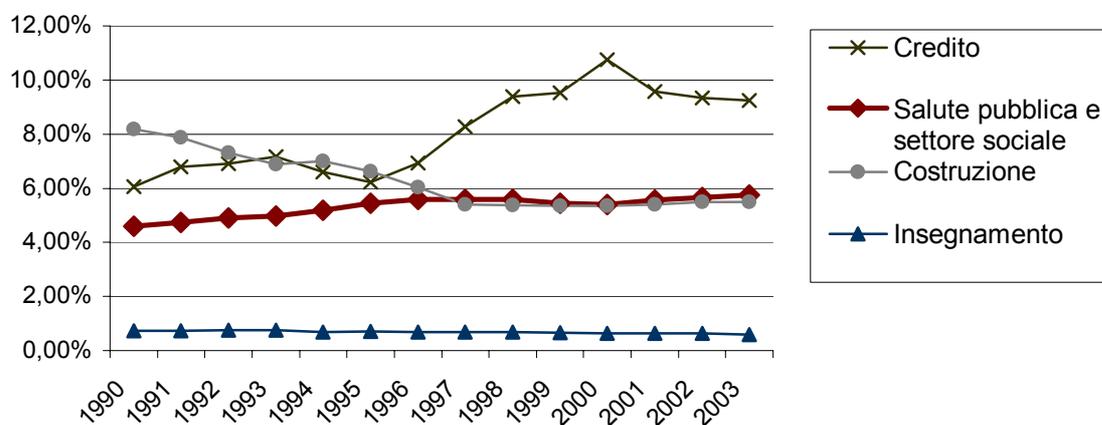
²⁹ Deutsches Ärzteblatt online, 13.6.2005.

Figura 1: Numero di persone impiegate (in migliaia)



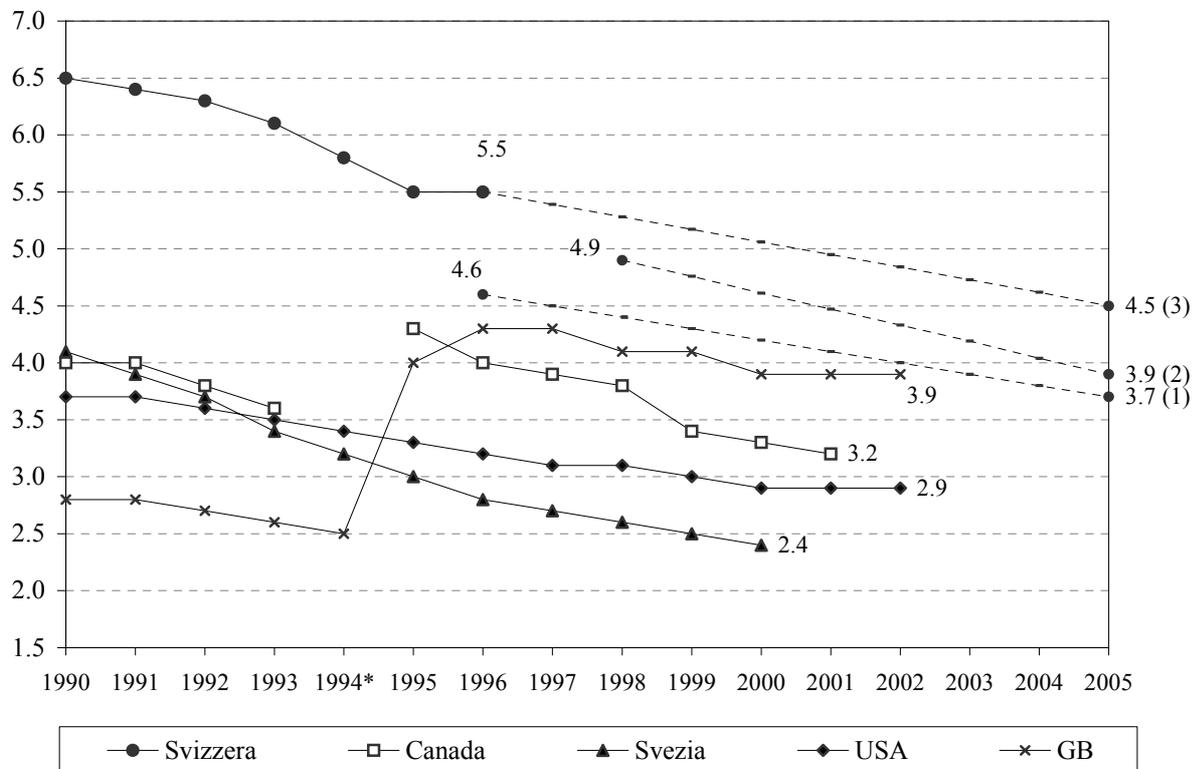
Fonte: Annuario statistico

Figura 2: Quota rispetto al PIL (in %)



Fonte: Annuario statistico

Figura 3: Confronto relativo alla densità di letti per malattie acute con la densità stimata secondo la pianificazione (in alcuni Stati)



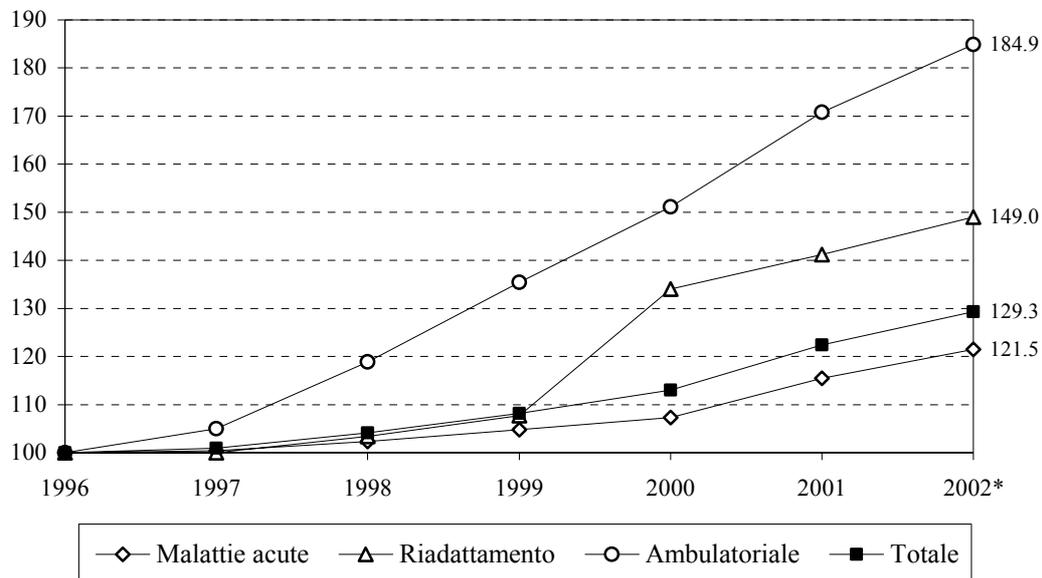
(1) Sulla base dei letti per malattie acute secondo i documenti della pianificazione.

(2) Sulla base del numero totale dei letti degli ospedali di medicina generale e delle cliniche specializzate secondo l'UFAS (2000) per il 1998, meno le sovraccapacità.

(3) Sulla base del numero di letti secondo il vecchio calcolo dell'OCSE: letti per trattamento di breve durata (medicina generale, specializzazione e rieducazione)

Fonte: Biersack, figura 5.5

Figura 4: Evoluzione dei costi ospedalieri secondo i settori di prestazioni



* I risultati per il 2002 sono provvisori: le indicazioni dei Comuni sono lacunose

Fonte: Biersack, figura 6.8