

## Controllo delle spese dello Stato

La salute

---

20 giugno 2003

Numero 11/2

# dossier politica

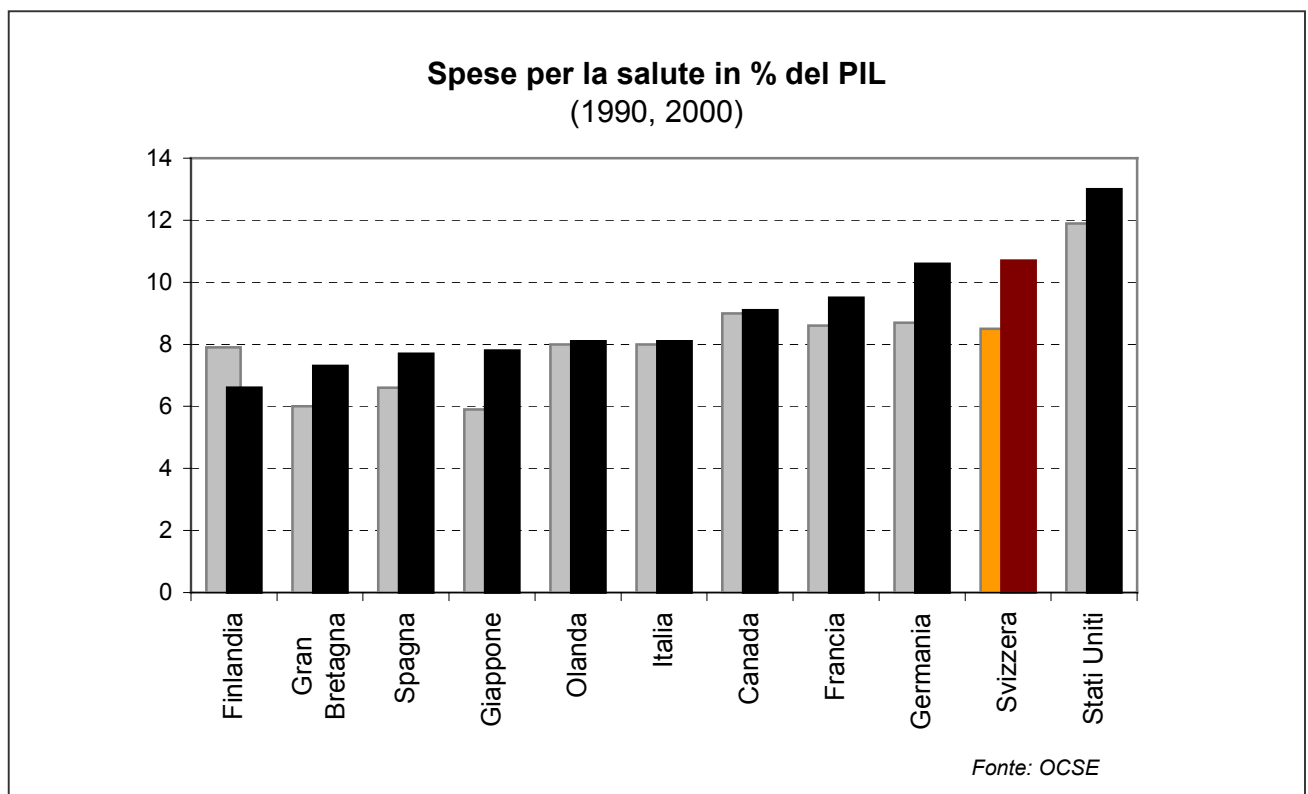
---

Nel 2000, le spese per la salute sono aumentate più fortemente delle spese totali delle collettività pubbliche e delle assicurazioni sociali. Esse sono progredite dell'1,6%. Il gruppo di compiti *salute* ha assorbito il 12,1% delle spese totali consolidate, ossia lo 0,4% in più rispetto al 1990. Il Concetto delle spese ritiene possibile un obiettivo di progressione del 2,2% all'anno nel settore della salute. Per le spese totali, la cifra corrispondente è dell'1,8%.

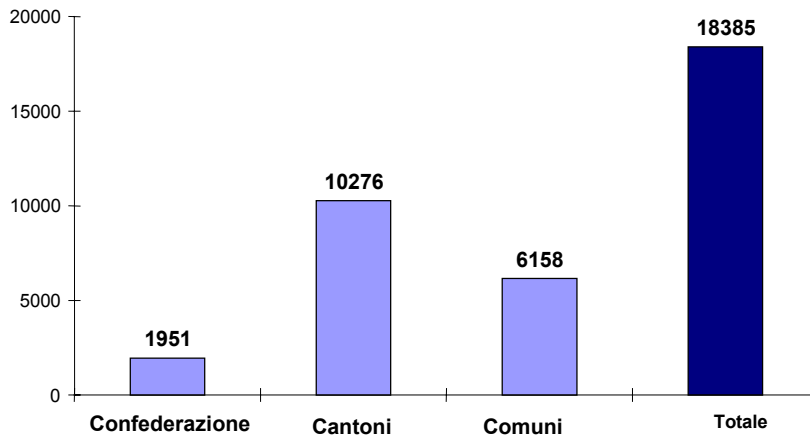
#### Spese per la salute: la Svizzera nel plotone di testa

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 e facoltative – il cui finanziamento è previsto nella legge sull'assicurazione malattia (LAMal). La diversità dei contribuenti implicati (privati e pubblici) e le sovrapposizioni nella ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni, non-

ché meccanismi di finanziamento complessi permettono difficilmente di avere una visione globale sul finanziamento del sistema sanitario. Nel confronto internazionale, la Svizzera figura tra i paesi dove il rapporto tra i costi della salute e il PIL è fra i più elevati. Nel 2000, esso ha raggiunto una quota del 10,8%, occupando così il secondo posto dopo gli Stati Uniti (13%). I costi del sistema sanitario hanno totalizzato nel 2000 43,3 miliardi di franchi, di cui 18,4 miliardi assunti dai poteri pubblici. Una parte importante dei costi totali del settore è finanziata dai premi individuali, nell'ambito dell'assicurazione malattia. Le istituzioni assicurative, sebbene finanziate da contributi obbligatori, sono considerate come appartenenti al settore privato. Per questo le relative spese (10,8 mia fr. nel 2000) non sono tenute in considerazione nella quota-parte dello Stato, conformemente alla definizione ufficiale.



### Ripartizione delle spese per livello statale (2000, in mio. fr.)



Fonte: DFF, *Finanze pubbliche in Svizzera 2000*

I contributi dei poteri pubblici agli *istituti medici* (ospedali, case anziani, centri e cliniche psichiatriche) raggiungono i 14,4 miliardi di franchi e sono assunti dai Cantoni e dai comuni. Essi rappresentano la parte del leone delle spese pubbliche nel campo della salute. 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 completamente gli investimenti degli ospedali pubblici. I costi d'esercizio di questi ultimi sono per contro coperti dagli assicuratori in ragione del 50% al massimo, mentre i Cantoni e i comuni assumono il resto.

Ogni anno, lo Stato versa 2,7 mia fr. agli assicurati a reddito modesto sotto forma di una riduzione del premio dell'assicurazione malattia (AM). Oltre 2,3 milioni di persone hanno beneficiato di riduzioni di premio nel 2000. Attualmente, la Confederazione assume i due terzi di queste spese e i Cantoni un terzo. Tuttavia, il contributo di ciascun Cantone è ponderato in funzione della propria capacità finanziaria. I Cantoni hanno inoltre la possibilità di ridurre il loro contributo del 50% al massimo, ciò che comporta comunque una diminuzione equivalente da parte della Confederazione. Anche se, conformemente alla statistica ufficiale, questo aiuto alla persona è legato al gruppo di compiti *previdenza sociale*, esso è analizzato qui, come del resto la LAMal, in relazione con il sistema sanitario al fine di garantire l'eshaustività delle informazioni relative alle spese pubbliche.

Sotto la voce *diversi*, sono raggruppate in particolare le cure ambulatoriali, la lotta contro le malattie (ricerca e prevenzione) e il controllo delle derrate alimentari. Queste spese raggiungono gli 1,3 miliardi e sono essenzialmente assunte dai Cantoni e dai comuni.

#### **Evoluzione delle spese : fattori di costo influenzabili e non influenzabili**

##### *Evoluzione attuale*

Nel corso dell'ultimo decennio, le spese dello Stato per la salute sono fortemente aumentate. Il loro aumento rimane tuttavia contenuto nel confronto con l'evoluzione dei costi per l'insieme del settore, poiché l'esplosione dei costi della salute si ripercuote principalmente sui premi individuali AM. L'aumento massiccio dei costi della salute è un fenomeno internazionale. I principali fattori responsabili di questo aumento generale (raddoppio dei costi fra il 1985 e il 1999) sono i seguenti: tra i fattori non influenzabili figurano l'allungamento della speranza di vita e il suo corollario, la domanda crescente di cure, le innovazioni mediche e tecniche; i fattori influenzabili sono la densità medica crescente, le maggiori esigenze rivolte alla medicina, l'aumento quantitativo del consumo nonché le sovraccapacità e i doppioni, soprattutto per quanto concerne gli ospedali. L'aumento del prezzo dei medicinali e delle cure mediche, per contro, è rimasto moderato. Per i poteri pubblici, il fattore di costo determinante resta l'evoluzione dei costi ospedalieri che sono aumentati in maniera sproporzionata in questi ultimi anni. Entrata in vigore nel 1996, la LAMal ha separato

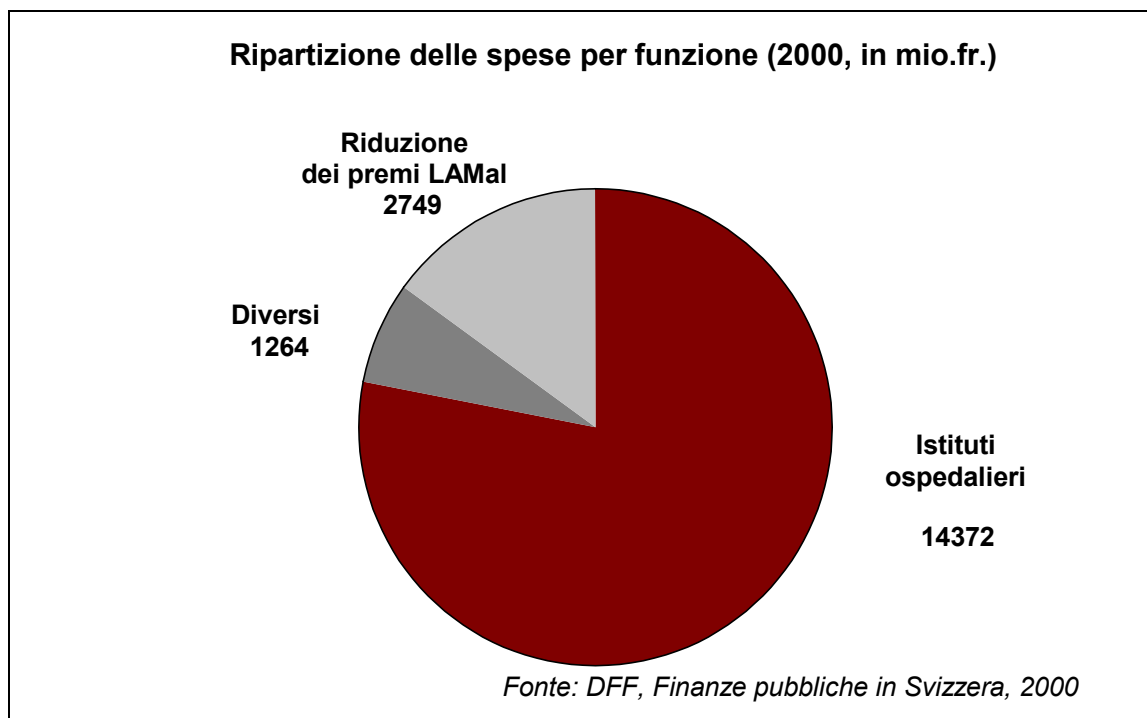
chiaramente l'assicurazione di base obbligatoria dalle assicurazioni complementari private ed ha segnato l'inizio dell'aiuto alle persone nel settore dell'assicurazione malattia (sotto forma di riduzioni di premio). Conformemente alla LAMal, i premi dell'assicurazione di base sono calcolati in funzione dei costi totali e non dei rischi. Non si tratta quindi di un'assicurazione in senso stretto. La scelta del premio unico per l'assicurazione obbligatoria risponde a preoccupazioni sociali nella misura in cui essa induce una redistribuzione in funzione dello stato di salute (dalle persone in buona salute agli ammalati), dell'età (dai giovani alle persone anziane) e del sesso (uomini o donne). I premi delle assicurazioni complementari sono dal canto loro calcolati sulla base del principio d'assicurazione e tengono dunque conto dei rischi specifici. Il Parlamento ha proceduto ad una prima revisione parziale della LAMal e sono state adattate alcune ordinanze (OAMal).

Nel 2001, il Parlamento ha inoltre adottato misure in vista di incoraggiare la prescrizione di medicinali generici. Da una parte, esso ha concesso ai farmacisti il diritto di sostituire i prodotti speciali con prodotti generici e, dall'altra, ha definito la sostituzione di un medicamento originale con un generico come una prestazione a carico delle casse.

#### *Tendenza*

I fattori di aumento dei costi che hanno dominato l'evoluzione attuale continuano ad agire. La tendenza al rialzo pronunciata delle spese della salute pubbliche e private dovrebbe perdurare. Certamente, sono in cantiere diverse riforme nel campo della salute. Ma in fin dei conti, esse non dovrebbero frenare molto l'evoluzione dei costi.

Il 18 maggio 2003, il popolo ha respinto l'iniziativa sulla salute con una maggioranza schiacciante del 72,9%. I cittadini hanno capito che nuove imposte, nonché una pianificazione centralizzata, non sono la strada giusta per risolvere i problemi del sistema sanitario. L'UDC dal canto suo ha depositato un'iniziativa che tende ad agire sui premi e a introdurre maggiore competitività ed efficacia nel sistema sanitario. Essa propone un modello d'assicurazione malattia a due livelli che comporta un'assicurazione di base obbligatoria alleggerita e un'assicurazione complementare facoltativa. In attesa dell'eventuale soppressione dell'obbligo di contrarre, il Consiglio federale ha azionato un freno d'urgenza il 3 luglio 2002 sopprimendo per tre anni al massimo l'apertura di nuovi studi medici. La decisione potrebbe essere accompagnata dall'approvazione del Parlamento. Questo freno non dovrebbe comunque contribuire a contenere i costi, poiché numerose domande di apertura di studi medici sono state depositate prima dell'entrata in vigore di questa misura. Inoltre, non è sicuro che la soppressione dell'obbligo di contrarre sarà effettiva verso la metà del



2005.

Quanto alla 2ª revisione della LAMal, essa è in fase di deliberazioni parlamentari. Dopo che ha ottenuto un rifiuto in Consiglio Nazionale, il Consiglio degli Stati ha rilanciato il progetto nella sessione primaverile 2003. Esso ha deciso di introdurre progressivamente la libertà di contrarre fra le casse e i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale. Secondo questo progetto, i Cantoni dovrebbero fissare il numero di medici necessari sul loro territorio tenendo conto dei loro cantoni vicini. Le casse potrebbero così stipulare convenzioni tariffali soltanto con un numero limitato di medici. Tale misura sarebbe suscettibile di contenere un po' l'espansione quantitativa nonché il continuo aumento dei costi. L'aumento della partecipazione degli assicurati può così contribuire a frenare i costi. Al di là della franchigia di base, la quota delle spese a carico degli assicurati dovrebbe essere portata al 20%, ma gli assicurati affiliati a modelli HMO o a reti di salute analoghe continuerebbero ad assumere solo una quota del 10%. Il Consiglio federale intende da parte sua aumentare la franchigia obbligatoria dagli attuali 230 franchi a 300 franchi e portare l'importo massimo della quota annua a carico dell'assicurato da 600 a 800 franchi modificando l'ordinanza sull'assicurazione malattia.

Il Consiglio degli Stati ha introdotto a titolo di misura sociale una nuova disposizione di revisione della LAMal secondo cui l'onere massimo dei premi per i piccoli redditi e le famiglie si suddividerebbe fra il due e il dodici per cento del reddito delle famiglie. La Camera dei Cantoni ha deciso inoltre di ridurre della metà il premio del secondo figlio e di sopprimerlo a partire dal terzo. Essa prevede pure di aumentare di 150 milioni di franchi all'anno le risorse destinate a ridurre i premi, ciò che rappresenterebbe un onere importante nella situazione attualmente tesa delle finanze federali.

Il tema della riduzione dei premi occupa pure i cantoni. Essi possono ridurre della metà al massimo la quota delle risorse che essi dedicano alla riduzione dei premi; in questo caso la quota della Confederazione è ridotta nella stessa proporzione. Sforzi per aumentare il grado d'esaurimento della quota cantonale (ad esempio nel senso dell'iniziativa adottata dal popolo zurighese « premi malattia sopportabili per tutti ») provocano supplementi delle spese per i poteri pubblici.

La decisione del Tribunale federale delle assicurazioni di obbligare i cantoni a partecipare alle spese di cure ospedaliere derivanti dall'assicurazione obbligatoria per gli assicurati in categoria privata o semi-privata quando essi sono curati in un ospedale sovvenzionato provocherà pure spese supplementari. Finora, questa spesa era finanziata attraverso le assicurazioni complementari. Secondo una legge federale urgente, il decreto del Tribunale sarà applicato in maniera progressiva. La legge era stata oggetto di una domanda di referendum, ma il popolo ha deciso, il 9 febbraio 2003, di non andare nel senso dei referendisti. Per contro, i cantoni vogliono realizzare risparmi eliminando i doppioni. A questo scopo, le reti ospedaliere saranno ridotte.

In questa situazione, è estremamente difficile stimare le spese che ci si deve attendere. Nonostante siano previste talune riforme con un potenziale di riduzione dei costi, le numerose questioni non risolte, i fattori di aumento dei costi e la pressione in vista di una migliore presa a carico dei costi della salute da parte dello Stato preannunciano enormi spese supplementari per i poteri pubblici. Il Consiglio federale si attende entro il 2010 una crescita annua delle spese dell'ordine di circa il 5% per i bisogni di finanziamento dell'assicurazione malattia, ciò che è leggermente inferiore alla cifra del decennio precedente. Ma se le linee direttrici delle riforme commentate nel Concetto delle spese sono applicate, la crescita delle spese dovrebbe poter essere riportata al 2,2% all'anno in media.

#### **Cartellino giallo per l'evoluzione effettiva delle spese**

Le spese destinate dai poteri pubblici al settore della salute sono progredite nel 2000 del 4% rispetto all'anno precedente. Questa progressione è nettamente superiore all'obiettivo del 2,2% all'anno previsto dal Concetto delle spese e si avvicina alla previsione del 5%. Ciò merita un cartellino giallo. L'evoluzione delle spese per il 2000 si situa nell'ambito della crescita media del 4,2% all'anno registrata fra il 1990 e il 1999.

La progressione constatata nel 2000 si spiega da una parte con i fattori di costo non influenzabili che sono l'aumento della speranza di vita e le nuove possibilità di cura; d'altra parte, numerosi altri fattori influenzabili spingono i costi al rialzo: la densità medica in aumento nonché le esigenze crescenti formulate a proposito della medicina contribuiscono pure ad aumentare il consumo di servizi medici; l'aumento dei costi ha inoltre provocato sovraccapacità e doppioni, soprattutto nel settore

ospedaliero. Non stupisce quindi che le prestazioni delle casse malati per persona assicurata siano aumentate di non meno del 5,8% e raggiunto i 2'130 franchi nel 2000.

Considerata l'evoluzione attuale delle spese, le linee direttive formulate nel Concetto delle spese vanno nella direzione di riforme che permetteranno di conferire al settore della salute una base finanziaria durevole.

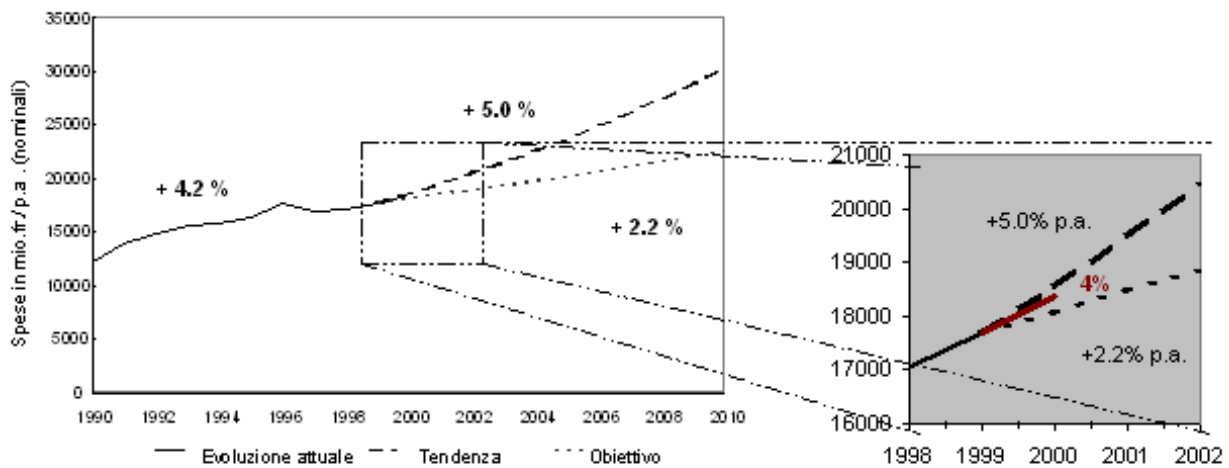
**Maggiore responsabilità personale e concorrenza**

L'assicurazione malattia obbligatoria istituisce solidarietà che ne fanno un pilastro importante del nostro sistema svizzero di assicurazioni sociali, anche se non è totalmente concepito secondo principi assicurativi. Certamente, nel campo della salute, l'etica impone limiti alla razionalità economica. Non si deve dimenticare che in un *sistema di salute progressista*, le possibilità mediche e tecniche e i loro costi economici devono essere costantemente rivisti, e, nel presente caso, adattati. Si tratta in particolare di garantire che i potenziali esistenti in questo settore possano essere sfruttati. Inoltre, lo Stato deve ritirarsi in quanto fornitore di prestazioni e le regolamentazioni a motivazione sociale devono essere concepite nel modo più efficace possibile.

Occorre eliminare i fattori d'inefficacia, porvi rimedio e creare incitamenti allo scopo di sensibilizzare tutti gli attori interessati in merito ai costi. E' indispensabile semplificare il sistema e rendere trasparenti i flussi finanziari. E' questo il solo mezzo per garantire in futuro il libero accesso di tutti gli assicurati all'offerta di base necessaria sul piano medico. Bisogna evitare la comparsa di una medicina a due velocità.

Per raggiungere questo scopo, occorre concedere in futuro ancora più importanza alla responsabilità individuale. Per questo bisogna continuare a sostenere il principio dell'assicurazione di base obbligatoria e il sistema dei premi individuali basato sui costi e che tenga conto dei rischi il più possibile. Questo modello di finanziamento deve continuare ad essere associato a riduzioni dei premi in funzione del reddito. Per contro, bisogna rinunciare in generale a premi calcolati in funzione del reddito o finanziati da imposte. Il sistema delle riduzioni di premi deve essere maggiormente finanziato dai Cantoni e applicato in maniera più mirata. Soltanto coloro che ne hanno veramente bisogno devono poter beneficiare di alleggerimenti.

**Evoluzione delle spese per la salute: cartellino giallo**



Fonte : Concetto delle spese

Fonte: DFF

Le riduzioni dei premi concesse alle persone sono destinate ad impedire l'apparizione di casi sociali difficili. L'offerta di prestazioni dell'assicurazione di base deve essere concepita in modo tale che i premi rimangano sopportabili. L'affiliazione obbligatoria non deve quindi poggiare su prestazioni di base definite strettamente, indispensabili sul piano medico, ma di qualità. Il segmento delle assicurazioni complementari private è destinato a rispondere ai bisogni delle persone con esigenze particolari, che desiderano una scelta più vasta e prestazioni di lusso. Infine, la partecipazione degli assicurati alle spese deve essere concepita in modo da rafforzare l'effetto d'incitamento.

Se si vogliono contenere i costi dei prestatori di servizi, è essenziale adottare una struttura incitativa che introduca maggiori elementi di concorrenza senza provocare distorsioni. È importante porre sullo stesso piano le cure ambulatoriali, parzialmente stazionarie e stazionarie al fine di indurre gli ammalati a privilegiare le cure ambulatoriali o parzialmente stazionarie piuttosto che ospedalizzazioni lunghe e costose. Ma siccome il punto di vista economico non è sempre conciliabile con l'etica medica, le soluzioni devono essere sviluppate in collaborazione con i fornitori di prestazioni interessati. È importante incoraggiare una forma di concorrenza che dissuada dal prescrivere cure inefficaci o inadeguate. La soppressione dell'obbligo di contrarre deve dunque essere considerata come positiva. La sicurezza dell'accesso alle prestazioni che esisteva finora deve essere garantita. Inoltre, bisogna incoraggiare i modelli d'assicurazione « alternativi », e nuove forme di collaborazione, non burocratiche, come ad esempio la gestione di casi speciali. Si tratta infine di garantire durevolmente la qualità del servizio medico adottando regole d'accesso appropriate a queste professioni e ridurre così la densità dell'offerta.

Per quanto concerne il *finanziamento degli ospedali*, gli sforzi devono andare nella direzione di una soppressione dei meccanismi che inducono distorsioni grazie all'adozione di un sistema il più semplice e trasparente possibile. Non basta trasferire gli oneri dalla Confederazione ai Cantoni o dai Cantoni verso le casse malati. Per tutto il periodo durante il quale la pianificazione ospedaliera è applicata, occorre ottimizzare la rete degli ospedali a livello sovregionale. Ciò permetterà di garantire un servizio di base a tutto il paese secondo criteri obiettivi, come l'accessibilità, sfruttando i potenziali di sinergia fra gli ospedali. L'obiettivo deve essere quello di migliorare la qualità grazie a specializzazioni (in particolare

nella medicina di punta) e smantellare le sovraccapacità e le strutture superflue. Bisogna perciò rapidamente adottare gli strumenti adeguati (ad esempio raggruppare gli ospedali, procedere a fusioni, ricorrere a "private public partnership PPP").

### Commento

I principi etici sono molto importanti nel campo della salute. Esistono tuttavia potenziali di riduzioni dei costi che non sono ancora esauriti. E' possibile raggiungere una maggiore efficacia nell'elaborazione di una base finanziaria durevole per i servizi della salute e limitare gli oneri dei poteri pubblici in questo settore. Il Concetto delle spese ritiene che si può frenare la crescita delle spese al 2,2% all'anno, a condizione di adottare le misure appropriate.

Il Concetto delle spese si attende dall'aumento della partecipazione degli assicurati al 20% in media un effetto finanziario potenzialmente importante sia a breve termine, sia a medio e lungo termine. La proposta di una franchigia di base più elevata è pure sul tavolo. La seconda revisione della LAMal attualmente in fase d'esame in Parlamento, nonché la modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattia costituiscono dei passi nella buona direzione. Lo scopo sociale deciso dal Consiglio degli Stati in materia di riduzione dei premi non apporta sfortunatamente lo sperato sollievo tra la Confederazione e i Cantoni ma va nella direzione opposta, con l'aumento dei sussidi federali. Piuttosto che perpetuare un principio dell'innaffiatoio gestito in maniera centralizzata dalla Confederazione, bisognerebbe passare ad un sistema di riduzione dei premi basato sulle necessità, fissato e finanziato esclusivamente dai Cantoni, che tenga conto del carattere federalista della Svizzera.

Alfine di evitare in futuro una statalizzazione della salute, bisognerebbe optare per un sistema di finanziamento basato su un unico principio. Secondo questo modello, le casse malati sarebbero le sole responsabili del finanziamento di tutte le prestazioni dell'assicurazione malattia. Bisognerebbe sopprimere completamente l'obbligo di contrarre, sia nel settore ambulatoriale sia in quello stazionario. Questa misura garantirebbe sensibili risparmi a medio e lungo termine. L'ammorbidimento dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale, per precauzione votato dal Consiglio degli Stati, è perlomeno un passo nella direzione auspicata.

Il Concetto delle spese si attende così un effetto di risparmio dal miglioramento delle condizioni-quadro concernenti le forme d'assicurazione « alternative » mediante le quali gli assicurati accettano volontariamente una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (HMO, modello del medico di

famiglia). Il Consiglio degli Stati è sulla buona strada con la sua decisione di applicare una partecipazione minore degli assicurati affiliati alle casse malati HMO o a modelli analoghi. Nel settore degli ospedali, bisognerebbe sopprimere rapidamente le sovraccapacità non soltanto nei Cantoni, ma anche nelle regioni (dal 20 al 25% circa per l'insieme del paese), creare centri di competenze e concentrare le forze. Alcuni Cantoni hanno assunto misure adeguate procedendo alla fusione di ospedali o a raggruppamenti. Occorrerebbe inoltre, nei settori specifici come la medicina di punta, promuovere la collaborazione intercantonale mediante una perequazione adeguata degli oneri.