

Votazione popolare in materia di politica della sanità

Il 1° giugno 2008 il popolo si pronuncerà sul nuovo articolo costituzionale “Qualità ed economicità nell’assicurazione malattie”. Questo articolo fissa nella Costituzione, al capitolo della politica della sanità, il principio della concorrenza nonché le nozioni di “qualità” e di “economicità”. Esso prevede inoltre che i contributi dei poteri pubblici non siano più versati ai fornitori di prestazioni (principalmente gli ospedali), bensì ad un organismo che finanzia le prestazioni.

La posizione di economiesuisse

Il popolo si è espresso con oltre il 70% di voti contrari ad una medicina statale in occasione di due votazioni popolari (2003, 2007). Il nuovo articolo fissa nella Costituzione il sistema attuale di una concorrenza regolamentata e conferma le esigenze in termini di qualità nei confronti delle prestazioni. economiesuisse saluta questo nuovo articolo costituzionale.

7 aprile 2008

Numero 6

dossier politica

Si ad un articolo costituzionale che pone l'accento sulla concorrenza e la qualità in materia di politica della sanità

Il settore della salute è un ramo importante dell'economia

L'importanza del sistema sanitario

Il settore della sanità è divenuto un ramo economico importante. Con oltre 300'000 posti di lavoro a tempo pieno si tratta anche del settore principale del mercato del lavoro. Oggi, esso costituisce un settore di crescita per la Svizzera. Dopo gli anni ottanta le spese della sanità sono aumentate più del reddito nazionale. Se i costi della sanità erano inferiori all'8% nel 1980, essi raggiungono oggi quasi il 12%. Grazie all'innovazione e al progresso medico, la speranza di vita si è allungata e le persone restano in buona salute più a lungo. Tuttavia, le buone prestazioni del mercato della salute hanno un prezzo: i costi annuali del sistema sanitario superano leggermente i 50 miliardi di franchi; una parte sostanziale di questo importo viene assorbita dalle cure stazionarie. Gli ambienti politici sono invitati ad elaborare delle soluzioni nell'ottica del finanziamento a lungo termine del miglior sistema sanitario possibile.

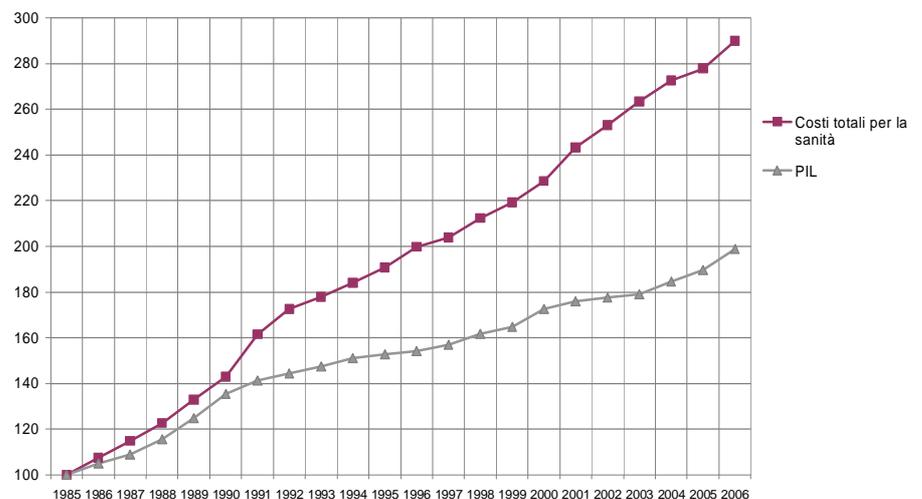
Consigliere agli Stati Felix Gutzwiller
„La revisione della legge sull'assicurazione malattia(LAMal) si è arenata quando si è trattato di scegliere il suo orientamento: pianificazione statale centralizzata o concetti basati sulla concorrenza.“

Rallentamento delle riforme nel settore sanitario

La politica della salute non denota, sfortunatamente, lo stesso dinamismo del mercato sanitario. Dopo l'introduzione della LAMal nel 1996, pochi progetti politici hanno tentato di rispondere alle esigenze di questo mercato. Il Parlamento ha sistematicamente respinto le riforme urgenti dell'assicurazione malattia. La revisione della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) si è arenata quando si è trattato di scegliere il suo orientamento: pianificazione statale centralizzata o concetti basati sulla concorrenza. L'iniziativa sulla salute del 2003, nonché l'iniziativa sulla cassa malati unica del 2007 tendevano ad una statalizzazione della medicina. Sebbene questi due progetti siano stati fermamente respinti dal popolo, non si è imposto alcun modello tendente alla concorrenza. Il Parlamento non è riuscito, finora, a modificare gli incitamenti negativi del nostro sistema sanitario dal lato degli assicurati, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori.

Dal 1985 i costi della sanità sono quasi triplicati. Ciò corrisponde ad una crescita media annua di oltre il 5 per cento, a fronte di un tasso di crescita del PIL del 3 per cento. La quota dei costi della sanità rispetto al PIL è passata dal 7,8% nel 1985 all'11,3% nel 2006.

Evoluzione dei costi della salute rispetto al PIL Indice 1985 = 100

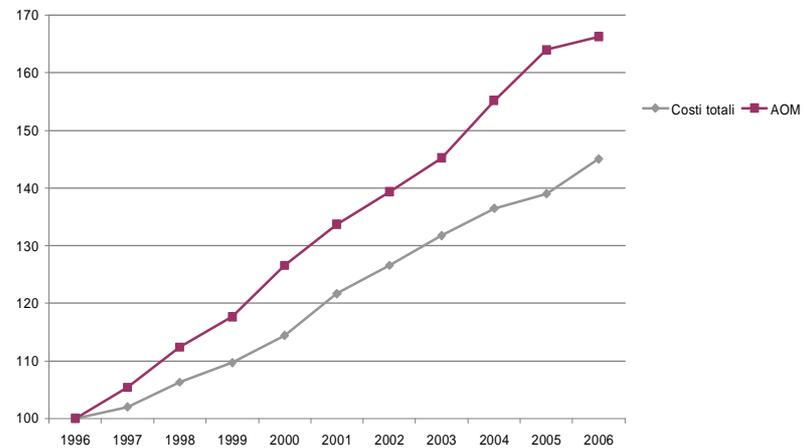


Fonte: UST (Homepage)

Principi: concorrenza, qualità e sicurezza sociale	<p>L'articolo costituzionale chiarisce la situazione</p> <p>Alcune discussioni di principio hanno ritardato le revisioni della legge sull'assicurazione malattia. Creando un ambito costituzionale chiaro, si evitano nuove discussioni di principio e ritardi supplementari. L'articolo costituzionale permette infine di proseguire rapidamente le riforme delle leggi che si riferiscono al sistema sanitario in corso e che sono previste in base ai principi della concorrenza, della qualità e della sicurezza sociale nell'interesse di tutti gli assicurati, vale a dire gli ammalati e coloro che sono in buona salute.</p>
Assicurazione qualità e limitazione dei costi ancora insufficienti nella LAMal	<p>La qualità e l'economicità non sono (ancora) raggiunte con la LAMal</p> <p>Due obiettivi centrali della LAMal non hanno potuto essere pienamente soddisfatti finora: l'assicurazione qualità e l'evoluzione dei costi. Questi due obiettivi si fanno concorrenza solo ad un primo sguardo. Un sistema della sanità di qualità è più vantaggioso di un sistema che destina le risorse nei posti sbagliati. Le misure tendenti a diminuire i costi non devono comportare un deterioramento della qualità delle prestazioni mediche. Inoltre, si raggiunge l'obiettivo dell'economicità quando le prestazioni sono di qualità. La creazione della concorrenza nel sistema sanitario migliora l'efficienza e contribuisce a contenere il rialzo dei costi senza diminuire la qualità. Le prestazioni economiche non sono necessariamente a buon mercato, ma esse devono presentare un buon rapporto costo-utilità.</p> <p>Dodici anni dopo l'entrata in vigore della legge, le esigenze della LAMal per quanto concerne l'assicurazione qualità restano in gran parte insoddisfatte. E' la ragione per la quale il Parlamento ha preso il toro per le corna: attraverso una mozione, egli ha incaricato il Consiglio federale di adottare l'assicurazione qualità. Nell'autunno 2007 la Commissione della gestione del Consiglio degli Stati aveva già valutato che le misure assunte fino a quel momento dal Consiglio federale erano insufficienti. Il nuovo articolo avrebbe il merito di porre delle basi in questo senso a livello costituzionale e di creare una nuova dinamica in questo settore.</p>
L'articolo costituzionale combatte la statalizzazione del sistema della sanità	<p>L'articolo costituzionale definisce le condizioni</p> <p>Attualmente la Confederazione si accontenta di menzionare il fatto che spetta alla Confederazione regolamentare le assicurazioni malattia e infortuni e la possibilità di rendere obbligatoria l'assicurazione. Magra consolazione, se si considera che questo mercato ha un valore di 53 miliardi e che esistono più di 200 altri articoli costituzionali. L'articolo in questione oggi darebbe un orientamento borghese al nostro sistema sanitario.</p>
La qualità come „leitmotiv“, la trasparenza come base per una vera libertà di scelta	<p>L'articolo costituzionale sulla salute prende sul serio i bisogni della popolazione</p> <p>La qualità del sistema sanitario è iscritta nella Costituzione quale „leitmotiv“ e garanzia nell'ottica di future riforme. La qualità e il prezzo delle prestazioni mediche devono essere rese pubbliche. La trasparenza è essenziale per informare bene gli assicurati, che desiderano farsi un'idea chiara circa la qualità e l'economicità dei fornitori di prestazioni, delle terapie e dei medicinali. La trasparenza è dunque un fattore importante se si desidera realmente dare la scelta ai pazienti (libera scelta del fornitore di prestazioni) e ai fornitori di prestazioni (libera scelta della terapia). La popolazione non desidera essere posta sotto tutela. E' la ragione per la quale la libertà di scelta è oggi iscritta nella Costituzione. Gli assicurati desiderano accedere liberamente alle prestazioni mediche e desiderano pure scegliere liberamente il proprio medico e il proprio ospedale. Il nuovo progetto relativo al finanziamento degli ospedali crea già la libera scelta dell'ospedale; questo principio è ora ancorato nella Costituzione. Nel contempo, i fornitori di prestazioni devono poter liberamente scegliere le terapie e i medicinali nell'ambito di condizioni chiaramente definite. L'aumento dei costi della sanità preoccupa parecchio la popolazione svizzera. I principi dell'efficienza, dell'adeguatezza e dell'economicità iscritti nella Costituzione costituiscono criteri importanti in occasione dell'autorizzazione delle cure e dei medicinali e, nel caso dei fornitori di prestazioni, durante la scelta di una terapia.</p>

I costi dell'assicurazione malattia obbligatoria aumentano più rapidamente del totale dei costi del sistema della sanità. Nel 2006 il 37,5% dei costi della salute erano da imputare all'assicurazione malattia obbligatoria.

Evoluzione dei costi dell'assicurazione malattia obbligatoria rispetto al totale dei costi della sanità (Indice 1996 = 100)



Fonte: Santésuisse e UST

I cinque pilastri del nuovo articolo costituzionale

1) Qualità delle prestazioni delle cure

Le nuove disposizioni relative alla qualità

Art. 2: L'assicurazione contro le malattie comprende un'assicurazione delle cure medico-sanitarie; può altresì comprendere un'assicurazione d'indennità giornaliera. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie prevede prestazioni in caso di malattia e di maternità; può prevedere anche prestazioni nei confronti delle persone bisognose d'essere assistite e prestazioni in caso di infortunio.

Art. 3: Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:

d. le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni possono operare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono stabilite in modo da garantire la fornitura di prestazioni di elevata qualità nonché la concorrenza.

Art. 5: Nell'esecuzione dell'assicurazione contro le malattie, la Confederazione e i Cantoni, nell'ambito delle loro competenze, provvedono congiuntamente a garantire un sistema sanitario di elevate qualità ed economicità e coordinano le loro misure.

Ancorare il criterio della qualità nella Costituzione in quanto "leitmotiv"

In nessun altro settore la qualità è così importante come nel sistema della sanità. Sorprende molto il fatto che in Svizzera non esista l'assicurazione sistematica di qualità. Il nuovo articolo costituzionale definisce la qualità come il principio più importante del nostro sistema sanitario. La qualità del sistema sanitario è iscritta nella Costituzione in quanto „leitmotiv“ e garanzia nell'ottica di future riforme. Le misure tendenti a diminuire i costi non devono comportare un deterioramento della qualità delle prestazioni mediche. Inoltre, si raggiunge l'obiettivo dell'economicità quando le prestazioni sono di qualità, poiché il numero dei trattamenti complementari diminuisce e le cure eccessive non sono più ammesse.

In questo modo, si riconosce infine al massimo livello che l'obiettivo del sistema sanitario è una presa a carico ottimale dei pazienti. L'articolo introduce una nuova dinamica ai progetti dei fornitori di prestazioni, degli assicurati e delle autorità che vertono sulla qualità. E stabilisce che occorre ricavare il massimo della qualità dai nostri premi – senza sperperare inutilmente delle risorse.

2) *Economicità*

Le nuove disposizioni

Art. 3: Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:

a. le cure medico-sanitarie assicurate devono essere efficaci, appropriate ed economiche;

Art. 5: Nell'esecuzione dell'assicurazione contro le malattie, la Confederazione e i Cantoni, nell'ambito delle loro competenze, provvedono congiuntamente a garantire un sistema sanitario di elevate qualità ed economicità e coordinano le loro misure.

L'economicità garantisce un buon rapporto costo-utilità. Non ha nulla a che vedere con una medicina al ribasso!

I principi dell'efficacia, dell'adeguatezza e dell'economicità iscritti nella Costituzione costituiscono dei criteri importanti in occasione dell'autorizzazione dei trattamenti e dei medicamenti e, nel caso dei fornitori di prestazioni, durante la scelta di una terapia. La LAMal (art. 32) contiene già questi principi. Una loro conseguente applicazione permette di meglio evitare molteplici consultazioni e terapie inutili, per il bene dei pazienti e degli assicurati. Il controllo dell'economicità nell'ambito del catalogo delle prestazioni non deve interferire con la libertà terapeutica, quando ostacola la qualità del trattamento.

3) *Concorrenza*

Le nuove disposizioni

Art. 3: Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:

b. l'assicurazione contro le malattie s'impronta ai principi della concorrenza e della trasparenza; dev'essere promossa l'autoresponsabilità degli assicurati.

d. le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni possono operare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono stabilite in modo da garantire la fornitura di prestazioni di elevata qualità nonché la concorrenza.

La concorrenza non è illimitata

Per ragioni di ordine politico, nonché allo scopo di ricevere un sostegno il più vasto possibile, gli autori dell'articolo hanno rinunciato a porre le basi nell'ottica della soppressione dell'obbligo di contrarre tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori. Essi hanno così rinunciato a prevedere la creazione di un mercato interno liberalizzato, un elemento importante del progetto relativo al finanziamento degli ospedali adottato alla fine del 2007.

La concorrenza rimane tuttavia il motore centrale di ogni economia e di ogni mercato. Nel sistema sanitario anche le risorse sono utilizzate in maniera scorretta quando i meccanismi del mercato sono disattivati. Pertanto, nessuno può dire se bisognerà mettere a disposizione quale quantità di beni e di servizi. In assenza di pressione sul mercato e di concorrenza, non vi è nessuna innovazione, e neppure un miglioramento delle prestazioni. A lungo termine, il sistema svizzero della sanità sarebbe inondato da inutili prestazioni pagate a caro prezzo.

Alcune regole limitano strettamente la concorrenza nel sistema sanitario. Gli assicuratori malattia sono sorvegliati dall'UFSP, affinché rimborsino i costi delle prestazioni derivanti dall'assicurazione di base. I fornitori di prestazioni devono soddisfare criteri di qualità affinché le loro prestazioni siano prese a carico nell'ambito dell'assicurazione di base. Infine, tutta la popolazione deve sottoscrivere un'assicurazione malattia affinché tutti abbiano accesso alle prestazioni della sanità. I premi devono dunque rimanere sopportabili per tutti. Il nuovo articolo costituzionale non solo sostiene questi vari principi, ma li promuove.

L'altra possibilità, una medicina statale, sarebbe una cattiva opzione. Il fatto è che i sistemi della sanità statali racchiudono spesso incitamenti negativi e sono più vulnerabili alla lobbying e perfino alla corruzione. Le file d'attesa sono all'ordine del giorno, come è il caso nel sistema sanitario nazionale della Gran Bretagna. La qualità delle prestazioni si deteriora e le persone agiate si rifugiano nel settore privato. E' quanto si osserva ad esempio in Italia. Tutti i paesi che hanno adottato un sistema statale hanno visto sorgere una medicina a due velocità. In Svizzera succedrebbe lo stesso.

Nei sistemi statali della sanità l'evoluzione dei costi non è migliore che nei sistemi liberali. Tuttavia, le conseguenze di una diminuzione dei costi sarebbero ben più gravi per la popolazione e i fornitori di prestazioni. Si restringe o si rifiuta ai pazienti l'accesso alle pre-

stazioni mediche. Alla fine dell'anno, i medici non possono più fatturare le loro prestazioni o sono banditi dal sistema. In un sistema sanitario statale i medici non sono più imprenditori indipendenti, bensì degli impiegati, dei funzionari per così dire. Cosa diventano i giovani medici quando vi sono già sufficienti medici al servizio dello Stato? Quali prospettive restano loro?

La concorrenza non è qualcosa di spaventoso, è la sola forma ragionevole d'organizzazione dei mercati e si è finora rivelata efficace. Tuttavia, per il mercato della sanità dobbiamo definire un ambito di concorrenza chiaro senza il quale il mercato non può funzionare. Questo quadro non deve sfociare in una statalizzazione della medicina. Esso deve rafforzare il mercato quando ciò è necessario e imbrigliarlo al fine di mantenere il carattere sociale del nostro sistema. Creare una concorrenza regolamentata è compatibile con gli obiettivi sociali dell'assicurazione malattia. Un utilizzo efficiente delle risorse nel sistema sanitario va a beneficio di tutti gli assicurati, anche dei più deboli sul piano sociale.

4) *Libera scelta*

Le nuove disposizioni

Art. 4: La Confederazione può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie, in generale o per singoli gruppi della popolazione. Nel caso dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni ammessi a esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie.

Mantenere la libera scelta per gli assicurati

Gli assicurati desiderano accedere liberamente alle prestazioni mediche e desiderano scegliere il medico e l'ospedale. Il progetto relativo al finanziamento degli ospedali crea già la libera scelta dell'ospedale; questo principio è ora ancorato nella Costituzione. I fornitori di prestazioni devono poter scegliere liberamente le terapie e i medicinali nell'ambito di condizioni definite in modo chiaro. Affinché i cittadini possano operare una scelta, bisogna stabilire la trasparenza in materia di qualità e di costi.

5) *Trasparenza*

Le nuove disposizioni

Art. 3: Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:

b. l'assicurazione contro le malattie s'impronta ai principi della concorrenza e della trasparenza; dev'essere promossa l'autoresponsabilità degli assicurati.

Art. 6: L'assicurazione contro le malattie è finanziata con i premi e la partecipazione alle spese degli assicurati nonché con contributi dell'ente pubblico, versati all'organismo che finanzia le prestazioni. La Confederazione e i Cantoni prevedono riduzioni dei premi tenendo conto delle condizioni economiche degli assicurati.

La libera scelta presuppone la trasparenza

La qualità e il prezzo delle prestazioni mediche devono essere resi pubblici. La trasparenza è essenziale per dare informazioni oneste e chiare agli assicurati che desiderano farsi un'idea della qualità e dell'economicità dei fornitori di prestazioni, delle terapie e dei medicinali. La trasparenza è dunque una premessa importante se si auspica realmente di lasciare la scelta ai pazienti (libera scelta del fornitore di prestazioni) e ai fornitori di prestazioni (libera scelta della terapia).

Oggi succede spesso che diverse prestazioni vengano fornite senza che queste siano coordinate. Il rimborso a prestazione racchiude il rischio di una moltiplicazione delle prestazioni. Sarebbe preferibile finanziare i trattamenti. Un miglioramento del coordinamento tra la Confederazione e i cantoni, grazie ad organi comuni, garantirebbe l'offerta di cure sanitarie stazionarie nell'insieme del paese. Ciò è particolarmente importante per le regioni rurali. Oggi gli ospedali sono finanziati dai cantoni e dalle assicurazioni malattia attraverso un sistema opaco, ciò che provoca conflitti di competenze e di interessi. L'articolo costituzionale sulla sanità pone le basi di un sistema di finanziamento monista che converrà concre-

tizzare a livello della legge. Questo sistema eviterà gli incitamenti sbagliati e le distorsioni dei costi.

Occorre inoltre incoraggiare i pazienti ad assumersi le proprie responsabilità. Per questo motivo, è importante creare la trasparenza ed introdurre la libera scelta. Un comportamento tendente a prevenire le malattie e a promuovere la salute è alla base della responsabilità individuale. Questo elemento è già ancorato nella legge (art. 19 e 26 LAMal). La disposizione relativa alla promozione della responsabilità individuale crea le basi per dare maggior peso alle misure nell'ottica di promuovere la salute e di prevenire le malattie. La partecipazione del paziente ai costi delle cure (franchigia annuale e partecipazione ai costi) costituisce un altro elemento della responsabilità individuale ed è già ancorata nella LAMal. Tuttavia, la responsabilità individuale non si limita alla partecipazione ai costi. L'articolo costituzionale ne tiene conto.

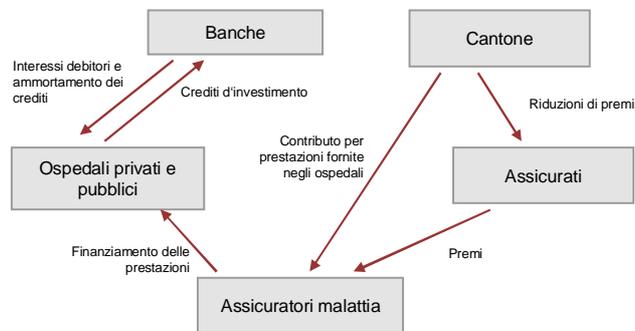
Conclusione

economiesuisse saluta il nuovo
articolo costituzionale

La trasparenza, la qualità, la libera scelta e la rigida applicazione dei principi d'efficacia, di adeguatezza e di economicità permettono di garantire che non vi sarà nessuna diminuzione delle prestazioni mediche di base per gli assicurati. Il principio della diminuzione progressiva dei premi per gli assicurati con un reddito basso significa iscrivere nella Costituzione il principio della compensazione sociale.

In un sistema monista le prestazioni sono
finanziate da un solo organismo

Sistema di finanziamento „monista“



© economiesuisse 11.04.2008 Seite 2

Glossario

Obbligo di contrarre e libertà contrattuale

Attualmente, tutti i medici autorizzati a praticare possono richiedere il regolamento delle proprie fatture presso tutti gli assicuratori malattia (obbligo di contrarre). Quando l'obbligo di contrarre sarà abolito, gli assicuratori malattia non saranno più tenuti a collaborare con tutti i medici riconosciuti. I medici beneficiano già della libertà di contrarre (eccettuate le urgenze). Un medico può rifiutare di trattare i pazienti assicurati presso talune compagnie assicurative.

L'articolo costituzionale non prevede la soppressione dell'obbligo di contrarre né direttamente né indirettamente. Il testo non dovrebbe essere interpretato in questo senso. Il Parlamento può, se lo desidera, instaurare la libertà di contrarre attraverso una legge. La LAMal autorizza tale elemento della concorrenza. La CSSS esamina un progetto in questo senso (revisione parziale della LAMal). L'obiettivo prioritario resta la garanzia di un'offerta sanitaria di qualità in tutta la Svizzera. E' sempre possibile che venga lanciato un referendum contro questo progetto di legge.

Monismo

In un sistema di finanziamento monista le prestazioni sono finanziate da un solo organismo. In un sistema totalmente monista, i settori ambulatoriale e stazionario sono finanziati in maniera identica. Ciò non dice nulla sull'organismo che finanzia le prestazioni. Gli assicuratori malattia sono finanziati attraverso premi individuali versati dalla popolazione. Gli assicuratori ricevono una partecipazione ai costi da parte dei pazienti e delle riduzioni di premio per gli assicurati dai redditi più bassi da parte del cantone (entrate fiscali). In concreto, la questione del finanziamento monista si pone unicamente per le cure stazionarie fornite nel settore ospedaliero, poiché le prestazioni ambulatoriali sono già finanziate secondo un sistema monista. Oggi il finanziamento degli ospedali si basa su un sistema duale, poiché i cantoni e gli assicuratori malattia regolano ciascuno una parte delle prestazioni. Dal momento che sarà introdotto un sistema monista, la distinzione tra le prestazioni ambulatoriali e stazionarie perderebbe importanza per l'assicurazione malattia. Il finanziamento monista permetterebbe di porre un termine ai trasferimenti di costi tra le varie entità incaricate di finanziare le prestazioni fornite negli ospedali. Nel settore stazionario gli ospedali privati sono attualmente finanziati unicamente dall'assicurazione malattia, mentre i costi delle prestazioni mediche stazionarie fornite ai pazienti delle divisioni comuni degli ospedali pubblici sono finanziati congiuntamente dai cantoni e dagli assicuratori malattia. Di conseguenza, il finanziamento monista metterebbe su un piano di parità gli ospedali privati e gli ospedali pubblici. Esso permetterebbe di applicare condizioni di concorrenza eque per tutti i fornitori di prestazioni. Il monismo crea la trasparenza e sopprime le distorsioni della concorrenza. Tuttavia, la scelta di tale sistema solleva la questione dell'organismo che dovrà assumersi il finanziamento. Si pensa avantutto agli assicuratori malattia ed eventualmente alle organizzazioni di "managed care" dotate di una personalità giuridica propria (HMO, reti di medici, ecc.).

I cantoni si oppongono al monismo per il fatto che essi dovrebbero cofinanziare prestazioni sulle quali non hanno nessuna influenza. Si può replicare che l'influenza dei cantoni è già ridotta nel settore stazionario con l'introduzione di Swiss-DRG. In un sistema monista, gli ospedali pubblici godrebbero di maggiore autonomia e la concorrenza funzionerebbe meglio. Non bisogna dimenticare che l'introduzione della trasparenza dei costi nell'assicurazione malattia andrà a favore dei cantoni. Quando i cambiamenti avranno luogo, i trattamenti saranno effettuati nell'istituto ritenuto più opportuno considerati i costi e la qualità e non nello stabilimento che riceve le sovvenzioni. In nome della verità dei costi è importante che le organizzazioni di "managed care" beneficino al 100% dei risparmi realizzati nel settore ospedaliero grazie al finanziamento monista.

Gli argomenti degli oppositori non tengono

Nessuna diminuzione delle prestazioni nell'assicurazione di base

Accesso a prestazioni mediche di qualità per tutti

Nel suo rapporto del 2006 l'OCSE aveva dichiarato a proposito della Svizzera che le disparità nel settore della sanità erano minori rispetto agli altri paesi dell'OCSE. Il rapporto lodava in particolare l'accesso alle prestazioni della sanità. Grazie ad una rete di qualità – rispetto agli altri paesi membri dell'OCSE – e al finanziamento generoso del sistema sanitario, la popolazione svizzera accede rapidamente ad un ampio ventaglio di prestazioni della salute. Questo buon risultato è stato ottenuto dalla Svizzera con il sistema attuale dell'assicurazione di base obbligatoria e le assicurazioni complementari facoltative. Tutte le prestazioni del settore della sanità non sono coperte dall'assicurazione di base. Il mercato della salute ha un valore di 53 miliardi di franchi, ma meno del 40% di questo importo dipendono dall'assicurazione di base. Lo spettro di una medicina a due velocità brandito dalla sinistra non è reale e non lo sarà nemmeno dopo l'accettazione del nuovo articolo costituzionale.

Il potere degli assicuratori malattia resta limitato

Gli assicuratori malattia sono sorvegliati dall'UFSP

Per quanto concerne l'assicurazione di base gli assicuratori malattia sono delle organizzazioni a scopo non lucrativo. Quando ottengono un'eccedenza, essi devono costituire delle riserve e utilizzarle per coprire le prestazioni dell'assicurazione di base durante gli anni successivi. Essi sono sotto la sorveglianza dell'UFSP. Gli assicuratori malattia non sono liberi di fissare i premi come vogliono, ma devono ricevere l'approvazione dell'UFSP. Le prestazioni che devono assumere a titolo dell'assicurazione di base sono pure definite. Essi non possono ridurre queste prestazioni, né rifiutare il loro rimborso. Se dovessero occuparsi del finanziamento degli ospedali, nell'eventualità dell'adozione di un sistema monista, essi non avrebbero più potere. Attualmente, gli assicuratori malattia gestiscono circa 20 miliardi di franchi di premi. Questo importo potrebbe passare a 28 miliardi circa.

Nessuna concorrenza illimitata come negli USA

In Svizzera esiste un vasto consenso per quanto concerne la regolamentazione della concorrenza nel sistema sanitario

Negli USA esistono degli assicuratori malattia a scopo non lucrativo e degli assicuratori privati che cercano di ottenere degli utili. Il nuovo articolo costituzionale non autorizzerà gli assicuratori malattia elvetici a realizzare degli utili nel settore dell'assicurazione di base. Il vero problema del sistema sanitario americano, molto criticato, non sono gli assicuratori privati, bensì i 47 milioni di Americani che non sono assicurati. Negli USA gli assicuratori malattia non sono obbligati ad assicurare le persone che ne fanno richiesta. Il 16% della popolazione non possiede nessuna copertura assicurativa. E' questa la grande debolezza del sistema sociale degli Stati Uniti. Gli elementi della concorrenza del sistema sanitario non hanno nessuna influenza su questo dato di fatto.

In Svizzera gli assicuratori sono obbligati a concedere una copertura assicurativa alle persone che ne fanno richiesta ed esiste un vasto consenso per quanto concerne la regolamentazione della concorrenza nel sistema sanitario. Il sistema svizzero della sanità deve soddisfare le tre condizioni seguenti:

1. Un'offerta sanitaria di qualità deve essere accessibile a tutti
2. I premi dell'assicurazione malattie devono essere sopportabili
3. Nessuno deve diventare povero a causa delle malattie (croniche)

L'articolo costituzionale sostiene i tre obiettivi: esso promuove la qualità, frena l'aumento dei costi e mantiene il carattere obbligatorio dell'assicurazione di base.

Mantenuta la libera scelta

Introdurre la trasparenza per rafforzare la libera scelta

L'articolo costituzionale non restringe la libera scelta, al contrario la rafforza. Il nuovo paragrafo 4 ha il seguente tenore:

„La Confederazione può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie, in generale o per singoli gruppi della popolazione. Nel caso dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni ammessi a esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie.“ Esso descrive esattamente la situazione attuale. Già oggi, non tutti i medici sono autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione malattie.

Il rafforzamento della libertà di scelta dipende dai paragrafi 3 e 6 sulla trasparenza. In effetti, la libertà di scelta non desta interesse se il sistema non è trasparente. Se non si conosce quale ospedale detiene il tasso più basso di complicazioni, non serve a nulla essere liberi di scegliere uno stabilimento. La scelta del medico è pure difficile in un sistema dove la trasparenza è lacunosa. Secondo quali criteri un individuo deve scegliere il proprio medico? L'aumento della trasparenza derivante dall'articolo costituzionale aumenta l'interesse per la libera scelta.

Nessuna diminuzione delle cure

Nessuna diminuzione delle prestazioni della salute

L'assicurazione malattia continuerà a pagare le prestazioni della sanità in caso di malattia, di maternità, nonché di cure regolari. Non è prevista nessuna diminuzione delle prestazioni nell'articolo costituzionale e il Parlamento non pianifica nulla in tal senso. Già oggi, non tutte le prestazioni della sanità sono prese a carico dall'assicurazione malattia. E' la ragione

per la quale la formula potestativa dell'articolo costituzionale ha un senso. Del resto, un articolo costituzionale deve essere formulato in maniera aperta per evitare che il legislatore debba riformularlo ad ogni modifica di legge. L'articolo 117, paragrafo 2, cita:

„Essa (la Confederazione) può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie e all'assicurazione infortuni, in generale o per singoli gruppi della popolazione.“

Il carattere obbligatorio dell'assicurazione malattia non è mai stato minacciato dalla formula potestativa.

Svizzera, OCSE, Rapporto sul sistema sanitario: OCSE, OMS, 2006.

Informazioni :
fridolin.marty@economiesuisse.ch

Allegato: il nuovo articolo costituzionale

Art. 117a Assicurazione contro le malattie (*nuovo*)

Testo dell'articolo	Quali sono i cambiamenti apportati dal nuovo articolo costituzionale?
<i>1 La Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie.</i>	Questa frase figura già nella Costituzione.
<i>2 L'assicurazione contro le malattie comprende un'assicurazione delle cure medico-sanitarie; può altresì comprendere un'assicurazione d'indennità giornaliera. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie prevede prestazioni in caso di malattia e di maternità; può prevedere anche prestazioni nei confronti delle persone bisognose d'essere assistite e prestazioni in caso di infortunio.</i>	Il livello attuale delle prestazioni e la regolamentazione concernente l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia, per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, rimangono invariati.
<i>3 Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:</i>	
<i>a. Le cure medico-sanitarie assicurate devono essere efficaci, appropriate ed economiche.</i>	Questo principio figura già nell'art. 32 LAMal.
<i>b. L'assicurazione contro le malattie s'impronta ai principi della concorrenza e della trasparenza; dev'essere promossa l'autoresponsabilità degli assicurati.</i>	Il termine di concorrenza non è utilizzato nella LAMal. Tuttavia, la LAMal è stata concepita in modo da permettere la concorrenza tra gli assicuratori malattia e i fornitori di prestazioni. I termini di trasparenza e di responsabilità individuale non sono utilizzati nella LAMal. La LAMal parla semplicemente di partecipazione ai costi. Ora, la responsabilità individuale non si limita alla partecipazione ai costi. Agire in maniera responsabile significa pure vivere in modo da curare la propria salute e trattare i fornitori di prestazioni come dei partner uguali. Un individuo può unicamente assumersi le proprie responsabilità in un sistema aperto, poiché la libera scelta e la trasparenza ne sono le condizioni.
<i>c. Gli assicuratori che intendono esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie sottostanno a una procedura di ammissione.</i>	L'art. 13 LAMal regola precisamente questo punto.
<i>d. Le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni possono operare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono stabilite in modo da garantire la fornitura di prestazioni di elevata qualità nonché la concorrenza.</i>	Non cambia nulla per i fornitori di prestazioni. Un'eventuale abolizione dell'obbligo di contrarre dovrebbe essere decisa a livello della legge. Questo cambiamento è possibile, ma il Parlamento non ha ancora assunto decisioni in tal senso.
<i>4 La Confederazione può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie, in generale o per singoli gruppi della popolazione. Nel caso dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni ammessi a esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie.</i>	Tutte le persone domiciliate in Svizzera devono stipulare un'assicurazione malattia. L'assicurazione malattia mantiene un carattere obbligatorio, quest'ultimo non è mai stato rimesso in discussione in occasione dei dibattiti parlamentari. Come il nuovo capoverso 4, la Costituzione attuale dice che <i>(la Confederazione) può dichiarare obbligatorie l'affiliazione all'assicurazione malattie e all'assicurazione infortuni, in generale o per singoli gruppi della popolazione.</i> L'art. 117 rimane invariato.
<i>5 Nell'esecuzione dell'assicurazione contro le malattie, la Confederazione e i Cantoni, nell'ambito delle loro competenze, provvedono congiuntamente a garantire un sistema sanitario di elevate qualità ed economicità e coordinano le loro misure.</i>	Questi principi sono già ancorati nella LAMal. Tuttavia, la loro iscrizione nella Costituzione conferisce loro maggior peso.
<i>6 L'assicurazione contro le malattie è finanziata con i premi e la partecipazione alle spese degli assicurati nonché con contributi dell'ente pubblico, versati all'organismo che finanzia le prestazioni. La Confederazione e i Cantoni prevedono riduzioni dei premi tenendo conto delle condizioni economiche degli assicurati.</i>	Con questa disposizione, i contributi dei poteri pubblici non sarebbero più versati ai fornitori di prestazioni (principalmente gli ospedali), bensì ad un organismo che finanzia le prestazioni. Oggi sono gli assicuratori malattia.