

## Meno medici

Secondo un recente rapporto dell'UFAS, che riassume i risultati di 25 studi scientifici indipendenti, gli obiettivi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) sono stati raggiunti per quanto attiene alla **solidarietà** e alla **garanzia di prestazioni mediche di qualità**; non così per quanto riguarda il **contenimento dei costi**.

Il dibattito attorno alla seconda riforma della LAMal, svoltosi al Consiglio degli Stati lo scorso 29 novembre, ha evidenziato come negli ultimi anni l'aumento dei costi della salute a carico della LAMal sia stato compreso tra 0,5 e 1 miliardo all'anno. Ciò significa 80 milioni al mese di crescita, il 10% di aumento annuale, senza prospettive di controllo. Anzi, con l'entrata in vigore degli accordi bilaterali, la questione potrebbe letteralmente esplodere.

Di fronte a questi scenari, il Consiglio federale ha deciso lo scorso 30 gennaio di "accompagnare in maniera più attiva" il dossier LAMal, ereditato dalla signora Dreifuss negli anni '90 dal suo predecessore Flavio Cotti. La proposta del Dipartimento federale degli interni di sgravare le famiglie con il mezzo miliardo di franchi rimasto nelle casse della Confederazione - perché non utilizzato dai Cantoni per la sovvenzione dei premi di cassa malati - non è piaciuta al Consiglio Federale, che ha invece deciso di ritirarsi a meditare sulla questione.

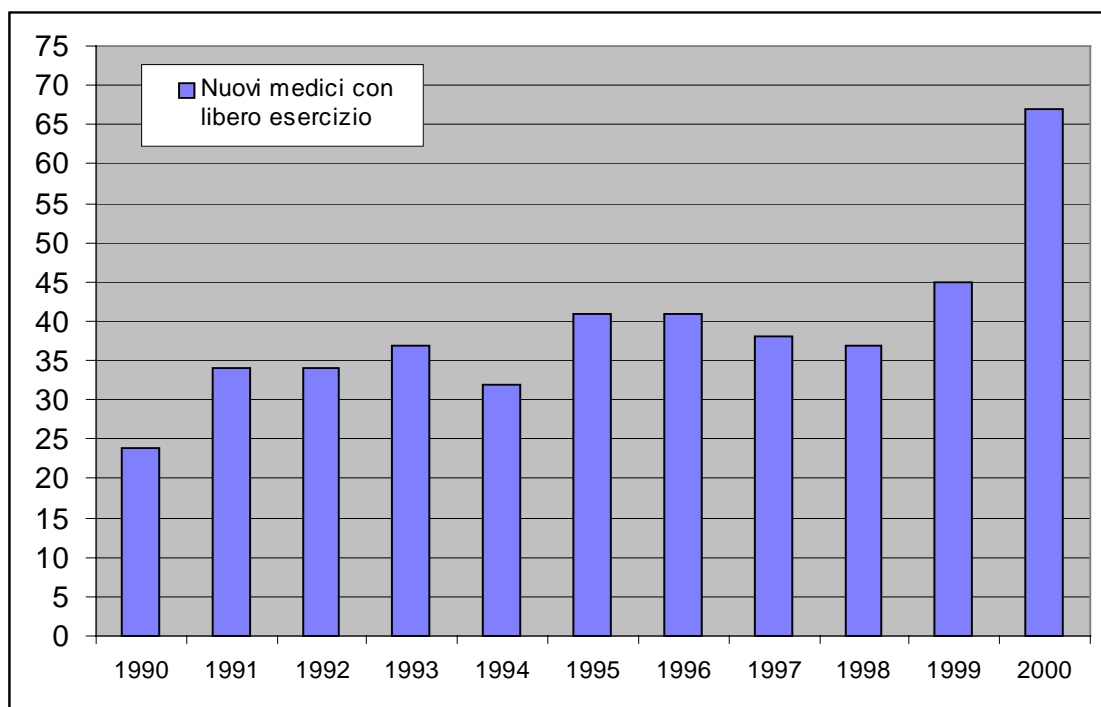
La meditazione sarà certamente nutrita con le proposte di riforma avanzate dai partiti nazionali negli ultimi mesi: il PS punta sui premi proporzionati al reddito, l'UDC propone di scindere l'assicurazione sociale obbligatoria in due parti, di cui una con catalogo delle prestazioni ridotto (senza tuttavia specificare quale prestazione dovrebbe essere cancellata) e il PRD scommette sul rafforzamento della responsabilità individuale (aumentando franchigia e quota parte) ed esorta una maggior concorrenza tra gli assicuratori malattia, in un contesto di economia pianificata.

L'attuale seconda revisione della LAMal – una prima è avvenuta il 24 marzo 2000 – prevede sostanzialmente tre novità: un nuovo sistema di **finanziamento degli ospedali**, che crea equità di finanziamento tra ospedali pubblici e privati riconosciuti d'interesse pubblico (e dunque iscritti nelle pianificazioni cantonali), un **limite massimo** (8%) del budget familiare per pagare i premi di cassa malati, e l'abolizione dell'automatismo che ha finora garantito a ogni nuovo studio medico il rimborso (ancorché indiretto) delle prestazioni fornite al paziente (il cosiddetto "**obbligo di contrarre**", per usare un'espressione in italiano federale). Sono tutti temi incandescenti: i primi due perché rovesciano sulle spalle dei Cantoni un onere finanziario fin qui assunto da assicuratori e famiglie (per il Ticino una maggior spesa di circa 70 Milioni per gli ospedali e di circa 50 Milioni per le famiglie), l'ultimo perché dissacra il dogma della "libera scelta del medico",

allineando la Svizzera ai modelli europei. Il dossier è ora nelle mani dell'apposita Commissione del Nazionale e il rapporto è atteso per l'Estate: il dibattito parlamentare scivolerà probabilmente in l'autunno, quando infurierà il carosello dell'aumento dei premi.

Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali è oggetto ormai da anni a un braccio di ferro tra Cantoni, Confederazione e Santésuisse: oggi pare tuttavia regnare una diffusa accettazione, legata alla convinzione che la modifica proposta è concettualmente ineccepibile. Sull'abolizione dell' "obbligo di contrarre" è invece già stato minacciato il referendum dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH), che con i suoi 30'000 membri non faticerà a raccogliere le firma necessarie. Non è dunque escluso che questi due punti cruciali della riforma in corso vengano disgregati per essere meglio digeriti.

La posizione della FMH potrebbe però essere temperata proprio dall'imminente entrata in vigore degli accordi bilaterali, che permettono ai medici stranieri attivi nel nostro Paese di passare dallo statuto di dipendente a quello di indipendente e aprire un proprio studio medico (automaticamente convenzionato con gli assicuratori malattia). Per il solo Ticino lo scenario più cupo - che si verificherebbe qualora tutti i circa 230 medici dipendenti dovessero inverosimilmente abbandonare le strutture ospedaliere e mettersi in proprio - causerebbe un aumento per le casse malati di 115 milioni di fr. con evidenti e pesanti ripercussioni sui premi. Un simile afflusso aggraverebbe ulteriormente la crescita "naturale" della densità medica (vedi grafico). A questo punto abbandonare l'automatismo della convenzione tra studio medico e assicuratore malattia non rappresenterebbe più una scelta strategica, bensì una misura "militare" d'emergenza, a salvaguardia dell'incolumità del sistema sanitario.



Il legislatore federale ha invero previsto due strumenti per contenere la crescita del numero dei medici: il primo strumento, entrato in vigore con la prima revisione LAMal e contro il quale non è stato promosso referendum, è la cosiddetta "**clausola del bisogno**" (art. 55a) rimasta tuttavia finora inapplicata.

**Art. 55a Limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie**

<sup>1</sup> Il Consiglio federale può, per un periodo limitato di tre anni al massimo, far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ai sensi degli articoli 36–38. Il Consiglio federale determina i relativi criteri.

<sup>2</sup> I Cantoni e le federazioni di fornitori di prestazioni e di assicuratori devono previamente essere sentiti.

<sup>3</sup> I Cantoni stabiliscono i fornitori di prestazioni secondo il capoverso 1.

Il secondo strumento è l'abolizione del cosiddetto “**obbligo di contrarre**”, in altre parole l'instaurazione di una libertà contrattuale tra assicuratore e medico. Il Consiglio degli Stati ha voluto subito introdurre questo strumento (alinea 1 bis e 1 quinquies dell'art. 35), senza attendere ulteriormente. Il Consiglio federale giudica invece questa “rivoluzione” prematura, in assenza di chiari criteri di applicazione.

**Art. 35 Versione Consiglio degli Stati**

*Al. 1 bis*

Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, sauf cas particulier, à condition que:

- a. la couverture en soins médicaux soit garantie;
- b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
- c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.

*Al. 1 quinquies*

Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'indicateurs qui concrétisent les conditions du caractère économique et de la garantie de la qualité visées à l'alinéa 1bis lettre b. Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut soumettre ce refus à une commission composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton concerné, qui tranche à titre définitif. Cette commission est présidée par le représentant du canton.

La questione è ora nella mani dell'apposita Commissione del Nazionale, alla quale la signora Dreifuss chiede di svolgere con grande serietà l'analisi dell'efficacia, ma anche della pericolosità, di questo nuovo strumento. La stessa Consiglieria federale ha espresso, durante il dibattito del 29 novembre, le seguenti considerazioni: « *Cinq ans d'expérience, toute l'analyse et l'évaluation que nous avons faites, nous montrent qu'il y a eu une certaine naïveté à croire que l'on pouvait faire cohabiter à ce point-là un système totalement libéral, d'un côté, et une responsabilité politique globale, de l'autre. La discussion en commission est une contribution à ce débat, même si j'ai exprimé tout à l'heure mes doutes quant à la solution choisie* ».

Affaire à suivre ...

Dott. I. Cassis

Medico cantonale