

Ripensare la sanità iniziando dal sistema di finanziamento

I costi della sanità crescono fisiologicamente del 3-4% l'anno in tutti i paesi industrializzati, indipendentemente che l'organizzazione del sistema sanitario sia di stampo statalista oppure di stampo liberale. Questa crescita è pertanto un dato di fatto che la politica, oggi orientata a limitare l'evoluzione dei costi sanitari, deve considerare necessariamente in questa ottica.

Vanno ripensati i diversi meccanismi del sistema sanitario. La politica dei cerotti si è rivelata fallimentare in quanto non è stata in grado di risolvere il problema del finanziamento del sistema sanitario svizzero alla radice. L'insoddisfazione ormai resa pubblica da tutte le parti in causa sulle misure promosse dall'Ufficio federale della sanità pubblica, in particolare la tassa dei 30 franchi per ogni visita medica, dimostra che servono ormai misure ben più incisive per garantire un finanziamento sostenibile della sanità elvetica.

Oggi il 60% della spesa è a carico del cittadino-paziente e il 40% è a carico dello Stato. Nel 2009 "i costi" supereranno la soglia dei 22 miliardi in LAMal (60 miliardi è in vece la spesa totale compresa LCA) e l'incidenza dei costi sanitari sul prodotto interno lordo continua ad aumentare così che nel 2010 oltrepasserà il 12%. La cittadinanza attraverso le diverse votazioni federali ha però espresso ripetutamente la volontà di una copertura sanitaria di qualità e completa in termini di accesso alle cure, auspicandone una copertura dei costi a carico della LAMal. Dal punto di vista dei costi, un'attenta analisi mostra la necessità di intervenire con urgenza per regolare il settore ambulatoriale

ospedaliero aumentato nel 2008 del 15% come ha sostenuto in una recente conferenza tenutasi presso la Clinica di Moncucco il Consigliere di Stato di Basilea, Carlo Conti. Questa spesa è oltretutto destinata a lievitare, non da ultimo a causa della revisione delle analisi di laboratorio che in futuro non potranno più essere garantite dai medici di famiglia (e chissà che dopo le analisi di laboratorio non toccherà alla radiologia).

Diventa pertanto urgente riflettere sulla sanità in modo diverso e promuovere un cambio di paradigma. La sanità va considerata un settore economico importante, specialmente in un momento di crisi economico-finanziaria con conseguente disoccupazione, un settore che produce prestazioni e servizi per una cifra d'affari che oltrepassa ormai i 60 miliardi e la cui crescita annua è del 3-4%. In questa ottica la sanità merita di essere considerata "un'impresa" capace di generare indotto e offrire occupazione a più di mezzo milione di persone, posti di lavoro importanti con i tempi che corrono. Oggi una persona su nove esercita una professione nel settore sanitario, così che la sanità si attesta tra i principali datori di lavoro in Svizzera. In un'ottica pertanto di "impresa della sanità" bisognerebbe pertanto investire e non infierire sottolineando di continuo quanto questa impresa sia costosa agli occhi della popolazione. Il valore di questo settore per l'economia e per l'occupazione è un potenziale che va letto anche e soprattutto in questi termini.

La cattiva "gestione" della sanità promossa dall'Ufficio federale della sanità pubblica, aiutata da politiche assicurative discutibili (campagne assicurative volte ad accaparrarsi i buoni rischi con conseguente riduzione delle entrate per la LAMAL) e investimenti in borsa poco oculati hanno svuotato le casse delle assicurazioni malattia, che a loro volta si rifanno poi sui cittadini chia-

mati a ricoprire le voragini e a rimpinzare le riserve delle casse malati (il Ticino ha già dato in quanto l'alta percentuale di riserve accumulate in passato permette di limitare l'aumento dei premi assicurativi che dovrebbero aggirarsi sull'1,1% ma si parla del 3%). Per quanto riguarda il Ticino il discorso sulla trasparenza, sulle riserve e sugli ammortamenti andrebbe esteso anche alla gestione degli ospedali pubblici (lo aveva già ricordato Fulvio Pelli al dibattito televisivo sull'articolo costituzionale lo scorso maggio 2008).

Il finanziamento di questa "impresa Sanità" oggi come oggi pesa in modo sconsiderato sulla cittadinanza e le proiezioni per i prossimi anni tendono a dare un quadro anche peggiore della situazione.

La sanità viene finanziata da diversi canali, ma oggi come oggi il cittadino corrisponde quasi due terzi dei costi della sanità sottoforma di premi assicurativi, imposte e pagamenti diretti ai fornitori delle prestazioni.

La chiave di ripartizione relativa al finanziamento del settore sanitario oggi prevede un contributo del 60% da parte delle assicurazioni malattia e il 40% da parte dello Stato. Questa chiave di ripartizione, in alcune realtà come quella ospedaliera, è già in fase di ridefinizione nel senso che la partecipazione dello Stato tende a essere rivista verso l'alto. Questa tendenza la si riscontra appunto nel finanziamento delle prestazioni LAMal negli ospedali e nelle cliniche. A partire dal 2012 verrà introdotta una partecipazione a carico dello Stato (percentuale minima) pari al 55% e una partecipazione delle casse malati pari al 45% – un risparmio milionario per le casse malati. Andrebbe a questo punto valutata la possibilità di estendere questa chiave di ripartizione finanziaria anche per altre realtà, iniziando dalle realtà che più si avvicinano a questo tipo di strutture pensiamo per esempio alle case per anziani.

Vi sono poi interventi che potrebbero riformare dal punto di vista strutturale la realtà delle assicurazioni malattia: da un lato andrebbe ridotto il numero delle assicurazioni malattia, intervenendo con la soppressione delle così dette "sottocasse" (le piccole casse malati che fanno parte di un gruppo assicurativo più importante) che promuovono offerte vantaggiose a favore di persone giovani e sane (i buoni rischi); soluzioni che non mettono solo a repentaglio il principio di solidarietà quale principio fondamentale della LAMal, ma che fanno perdere importanti introiti alle casse malati stesse. Come dimostrano alcune statistiche dell'Istituto di ricerca GFS di Berna per quanto concerne la ripartizione odierna della scelta dei premi assicurativi ca. il 40% degli adulti opta per la franchigia standard di Fr. 300, mentre sempre più persone scelgono forme assicurative alternative. Per risparmiare sui premi assicurativi un quarto degli adulti sceglie piuttosto una franchigia che parte dai Fr. 1'000. Questo significa che le misure messe in atto per promuovere la concorrenza tra le casse malati, come per esempio la stessa possibilità di fissare delle franchigie alte per ottenere degli sconti sui premi, o forme assicurative che prevedono una scelta limitata del medico o ancora, le formule assicurative che prevedono dei bonus oppure sconti come per la consultazione telefonica, in termini finanziari vanno valutati non solo in base alla prospettiva della singola cassa malati, non devono andare a scapito della garanzia del finanziamento delle cure.

Purtroppo non è d'aiuto la composizione del gremio decisionale in Parlamento, che invece di spingere per lo studio di soluzioni sostenibili, viene concepito come un vero ostacolo per le riforme. Come ribadito anche nei giorni scorsi dal Presidente della Conferenza dei direttori cantonali della sanità Pierre-Yves Maillard in un'in-

tervista rilasciata al Corriere del Ticino (dal titolo *"Sono le casse che frenano sulle riforme"*, non è un mistero che questa lobby sia d'ostacolo nel promuovere riforme capaci di rispondere maggiormente ai problemi che riguardano il sistema sanitario svizzero. Le Camere federali conoscono malauguratamente una forte presenza della lobby delle assicurazioni malattia (membri dei Consigli di Amministrazione delle casse malati), una presenza che tocca anche e soprattutto le Commissioni che si occupano della sanità. La mozione di Anita Fetz che ne chiedeva l'esclusione dei membri dei CdA degli assicuratori malattia non ha trovato purtroppo riscontri positivi: la Commissione delle istituzioni politiche con 6 voti contro 5 voti ha deciso di non dare seguito all'iniziativa, una posizione confermata a fine maggio dal Consiglio degli Stati (con 23 voti contrari e 12 favorevoli).

Se non si vorrà però mettere mano al finanziamento di questo sistema, la strada alternativa sarà unicamente quella di ridurre al minimo le prestazioni a carico della LAMal, ma a questo punto il tutto andrà fatto garantendo la massima trasparenza, informando la cittadinanza in modo esplicito di questa decisione. Il medico non si presta a razionamenti occulti delle prestazioni di cura, trattandosi di una scelta politica è necessario che questa scelta avvenga alla luce del sole e che i politici se ne assumano la completa responsabilità.

Per ottenere risultati validi, grazie a riforme del sistema sanitario coerenti e attente a salvaguardare il nostro sistema sanitario e il suo approvvigionamento capillare a livello territoriale, vanno ridiscussi diversi meccanismi del sistema stesso. Il sostentamento dell'"impresa sanità" merita maggiori considerazioni in termini di indotto e di posti di lavoro, soprattutto se si tiene conto della sfida che questo settore dovrà affrontare negli

anni venturi viste le proiezioni per il 2030 che indicano come il 40% delle consultazioni mediche non riuscirà ad essere garantito... e di qui non si scappa!

Franco Denti, Presidente OMCT