

Il referendum "Assura"

Votazione del 9 febbraio 2003

31 gennaio 2003

Numero 2/1

dossier politica

Quali sussidi cantonali per le persone che beneficiano di un'assicurazione complementare?

Legge federale urgente sull'adattamento delle partecipazioni cantonali ai costi dei trattamenti ospedalieri all'interno dei Cantoni

In futuro, i cantoni dovranno pure partecipare ai costi delle prestazioni obbligatoriamente assunte dall'assicurazione malattia di base per gli assicurati che beneficiano di una copertura complementare. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha così deciso il 30 novembre 2001. Sottoposta a votazione popolare in febbraio, la legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali ai costi dei trattamenti ospedalieri intracantonali, secondo la legge federale sull'assicurazione malattia, pone in vigore questa decisione, ma gli assicurati che beneficiano di una copertura complementare approfitteranno progressivamente dei sussidi cantonali. Tenendo in considerazione le finanze cantonali e i contribuenti, la legge non obbliga i cantoni a prendere a carico la globalità dei costi. L'assunzione dell'integralità dei costi aumenterebbe le spese dei cantoni di 700 milioni di franchi, un peso eccessivo per le finanze cantonali.

La legge proposta è un compromesso che tiene conto della situazione dei cantoni. In seguito alla decisione del Tribunale, questo dispositivo di finanziamento speciale sarebbe applicabile a partire dall'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattia, ossia dall'inizio del 1996. Tuttavia, finora, i cantoni hanno versato sussidi unicamente alle persone che possiedono un'assicurazione di base e con copertura nel reparto comune. Il Consiglio federale e il Parlamento hanno approvato la legge federale urgente, ma la cassa malati Assura ha depositato una domanda di referendum.

Il testo adottato dalle Camere federali è entrato in vigore retroattivamente il 1. gennaio 2002. Se il progetto di legge venisse respinto, la legge sarà abrogata il 21 giugno 2003.

Finanziamento degli ospedali: la giungla

Le prestazioni degli ospedali sono finanziate da diverse fonti. Dopo l'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattie nel 1996, l'assicurazione obbligatoria delle cure (assicurazione di base) è tenuta ad assumere fino al 50% al

massimo delle spese di trattamento dei reparti comuni degli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici. I rimanenti costi sono coperti dal cantone e dal comune. La vertenza che oppone i cantoni e gli assicuratori concerne l'obbligo dei cantoni di partecipare ai costi di trattamento dei pazienti in reparti semi-privati e privati negli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici. Attualmente, circa un quarto della popolazione possiede un'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in reparto semi-privato o privato (vedi grafico pagina 4).

La decisione giudiziaria del novembre 2001 comporta un aumento degli oneri per i cantoni e un alleggerimento per le assicurazioni complementari. Il compromesso proposto costituisce una soluzione transitoria completata dall'accordo concluso tra la Conferenza dei direttori cantonali della sanità pubblica (CDS) e gli assicurati per il 2001. Concretamente, i cantoni dovranno far fronte ai seguenti costi supplementari:

Stima dei costi supplementari per i cantoni :

	in mio.fr.	in % della tariffa del reparto comune
2001	250	
2002	300	60%
2003	400	80%
2004	500	100%

I vantaggi della legge

Il progetto di legge promuove la sicurezza giuridica necessaria in attesa della revisione dell'assicurazione malattia. Dal momento che la regolamentazione prevede una rapida adozione della decisione del Tribunale federale delle assicurazioni, essa tiene conto della situazione finanziaria dei

cantoni. La decisione evita ai cantoni di trovarsi confrontati immediatamente ad un aumento degli oneri di quasi 700 milioni di franchi. Inoltre, essa regola chiaramente l'obbligo di pagamento dei cantoni e, parallelamente, garantisce un alleggerimento rapido delle assicurazioni complementari.

Sussistono ancora alcuni problemi

La legge non sopprime lo svantaggio concorrenziale subito dagli ospedali privati. Essa li discrimina nella misura in cui la soluzione transitoria tiene conto solo degli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici. In effetti, le sovvenzioni cantonali sono versate esclusivamente agli ospedali pubblici e a quelli sussidiati dai poteri pubblici. L'estensione del rimborso delle prestazioni dell'assicurazione di base per gli ospedali privati costerebbe ai cantoni dai 200 ai 300 milioni di franchi in più. Pertanto gli ospedali pubblici e quelli sussidiati dai poteri pubblici continueranno a beneficiare di un trattamento distinto da quello degli ospedali privati. L'elaborazione di un'equa soluzione sul piano della concorrenza e la messa sullo stesso piano di parità degli ospedali privati e di quelli pubblici saranno trattati nell'ambito della seconda revisione della LAMal. A livello svizzero, le cliniche private forniscono circa un quarto delle prestazioni ospedaliere.

La questione dell'applicazione della legge agli ospedali privati ha pure avuto strascichi in Consiglio nazionale; questa estensione è comunque stata respinta con la motivazione che il trattamento uguale degli ospedali privati verrebbe introdotto durante la revisione della LAMal attualmente in corso. La consigliera federale Ruth Dreifuss riteneva che la legge e la restrizione della sua applicazione agli ospedali pubblici e a quelli sussidiati dai poteri pubblici preparasse il terreno per una ristrutturazione in profondità del sistema di finanziamento degli ospedali. La legge dovrebbe facilitare la transizione per i cantoni.

D'altra parte, le fatture degli ospedali pongono ancora un problema: esse mancano visibilmente di trasparenza e le prestazioni non sono ventilate a seconda del fatto se dipendono dall'assicurazione di base o da un'eventuale assicurazione complementare.

Assura ritiene che con la decisione di compromesso adottata, i cantoni continuerebbero ad evitare di adottare un trattamento uguale per tutti gli assicurati. Le casse malati e in particolare gli assicurati in reparto semi-privato e privato si vedrebbero costretti ad assumere costi che i cantoni avrebbero dovuto assumere. Le persone che hanno stipulato

assicurazioni complementari sarebbero costrette a pagare costi ospedalieri che finanziano già tramite il pagamento delle imposte. Assura ritiene inaccettabile questa disparità di trattamento fra assicurati coperti dall'assicurazione di base e assicurati che hanno stipulato assicurazioni complementari, anche dal punto di vista legislativo. In queste condizioni, secondo Assura, gli assicurati che rinunceranno alle complementari saranno sempre più numerosi, di modo che i reparti comuni degli ospedali saranno maggiormente sollecitati e dovranno essere sviluppati. Assura conta 310 000 affiliati. Le cliniche private hanno pure partecipato alla raccolta delle firme. La loro sopravvivenza dipende da un trattamento equo degli assicurati.

I sostenitori della decisione

Il Consiglio federale è favorevole alla legge che ritiene paragonabile ad un compromesso e ad una soluzione transitoria ragionevole nell'interesse degli assicurati a beneficio di complementari. Il Parlamento ha approvato la legge federale senza opposizione.

La Conferenza dei direttori cantonali della sanità pubblica (CDS) sostiene la legge federale urgente sul finanziamento degli ospedali. Essa ritiene che si tratti di un compromesso politico difficilmente acquisito che non deve essere sacrificato nell'interesse di un unico assicuratore. Il lancio del referendum ha irritato la CDS. La legge garantisce in questo senso il passaggio dolce e indolore alla regolamentazione del finanziamento degli ospedali nella nuova LAMal. Se la legge federale venisse respinta, i contribuenti assisterebbero ad un aumento massiccio delle imposte e ad un caos a livello dell'esecuzione.

Anche *santésuisse* sostiene la legge federale urgente. La soluzione adottata per applicare il decreto del Tribunale federale delle assicurazioni sembrerebbe applicabile per tutte le parti. Essa permetterebbe di metterlo in vigore rapidamente e in modo uniforme in tutta la Svizzera. Gli assicurati che hanno stipulato assicurazioni in caso d'ospedalizzazione in reparto semi-privato o privato beneficerebbero immediatamente di un sensibile alleggerimento. La legge federale urgente permetterebbe di evitare querele sul buon livello della partecipazione derivante dall'assicurazione di base. Infine, la legge renderebbe anche possibile un passaggio senza difficoltà alla seconda revisione della LAMal che regolamenterà il finanziamento dei trattamenti ospedalieri.

Le tappe di una regolamentazione controversa :

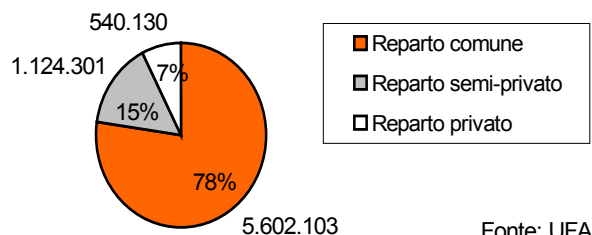
- > 1996: la nuova legge sull'assicurazione malattia entra in vigore. In virtù di questa legge, l'assicurazione malattia obbligatoria deve assumere a proprio carico al massimo il 50% delle spese di degenza del reparto comune degli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici. Gli altri costi sono sopportati dal cantone o dal comune. Nel caso degli assicurati che beneficiano di un'assicurazione complementare, l'assicurazione copre gli oneri ospedalieri supplementari inerenti alla degenza di un assicurato in reparto semi-privato o privato, i costi per il medico primario o dovuti alla libera scelta del medico. Dopo l'entrata in vigore della LAMal, si è posta la questione dell'interpretazione del contributo obbligatorio dei cantoni agli assicurati che hanno stipulato un'assicurazione complementare.
- > 1997: il Tribunale federale delle assicurazioni decide che in caso di ospedalizzazione giustificata per ragioni mediche al di fuori del cantone di domicilio, i cantoni devono pagare il loro contributo e ciò indipendentemente dal reparto di un ospedale pubblico o sussidiato dai poteri pubblici.
- > 1998: moratoria negoziata tra la CDS e il Concordato delle casse malati svizzere (oggi: santésuisse). Secondo questo accordo, gli assicuratori rinunciano ai contributi dei cantoni, al più tardi fino al 31.12.2000.
- > Settembre 2000: adozione del messaggio sulla seconda revisione parziale della LAMal. Gli assicurati non sono pronti a prolungare la moratoria oltre la scadenza fissata.
- > 30.11.2001: decisione del TFA secondo cui anche in caso di degenza ospedaliera nel cantone di domicilio dell'assicurato, i cantoni devono partecipare ai costi del trattamento ospedaliero dei pazienti in reparto privato o semi-privato di ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici. Conseguenza: aumento delle spese dei cantoni e alleggerimento delle spese prese a carico dall'assicurazione complementare. I costi supplementari per i cantoni sono valutati in 700 milioni di franchi almeno. Vista l'importanza dell'onere supplementare per i cantoni, la Commissione della sicurezza sociale e della salute pubblica del Consiglio degli Stati propone una variante alleggerita di partecipazione al finanziamento a titolo di regolamentazione transitoria fino all'entrata in vigore della revisione della LAMal.

Le conseguenze del rifiuto della 2ª revisione della LAMal

Semplici trasferimenti di oneri dalla Confederazione ai cantoni o dai cantoni alle casse malati o al contrario non bastano. La nuova regolamentazione del finanziamento degli ospedali costituisce un pacchetto importante della seconda revisione della LAMal. Il Consiglio nazionale ha respinto l'insieme del progetto durante la sessione invernale 2002, poiché la revisione non tiene sufficientemente conto degli elementi atti a ridurre i costi. Il progetto così riveduto aprirà nuove prospettive nel senso di una riforma del sistema sanitario basato sulla riduzione dei costi, sempre che l'iniziativa sulla salute del PS, probabilmente sottoposta in votazione popolare in maggio e che prevede premi dipendenti dal reddito o percentuali supplementari di IVA, venga respinta.

Nella sua pubblicazione "Concept des dépenses", economiesuisse ha formulato una serie di proposte concrete in vista di una vera riforma del sistema sanitario: estensione del sistema dei bonus, aumento e ripartizione della partecipazione dell'assicurato e della franchigia di base piuttosto che un aumento generalizzato dei premi, ripartizione dei compiti spettante alla Confederazione e ai cantoni in materia di riduzione dei premi, modo di finanziamento uniforme di tutte le prestazioni obbligatorie, cambiamento del sistema nel senso di un finanziamento riferito ad un principio univoco degli ospedali, abolizione dell'obbligo di contrarre, promozione di strumenti tendenti a riassorbire le sovraccapacità mediante il raggruppamento o la fusione di ospedali.

Assicurati secondo la classe ospedaliera, 1999



Fonte: UFAS