

Fogli informativi: «Iniziativa Denner per costi ospedalieri più bassi»

1. Cosa vuole l'iniziativa ?
2. L'«iniziativa Denner» provoca un aumento dei costi ospedalieri
3. Copertura assicurativa insufficiente per gli assicurati
4. Aumento dell'onere fiscale

6.10.2000

Cosa vuole l'iniziativa ?

L'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» propone una riforma radicale del nostro sistema di assicurazione malattie e chiede in particolare che l'obbligo assicurativo sia limitato alla copertura dei costi ospedalieri.

Testo dell'iniziativa

Il 10 settembre 1998 il Comitato d'iniziativa della Denner SA ha depositato un'iniziativa popolare federale «per costi ospedalieri più bassi» sotto forma di progetto già elaborato del seguente tenore:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 34 bis cpv. 2

2 La stipulazione di un'assicurazione malattie non è obbligatoria, tranne per degenze ospedaliere.

L'assicurazione per degenze ospedaliere può essere stipulata nel quadro della legge federale sull'assicurazione malattie e, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori. Con l'entrata in vigore dell'assicurazione privata cessa l'obbligo di pagare i premi alla cassa malati.

I Cantoni sono tenuti, se necessario in collaborazione con altri Cantoni, a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrente nei tre reparti: comune, semiprivato e privato.

Gli assicurati non devono pagare alcuna franchigia. Per la degenza dell'assicurato nel reparto comune dell'ospedale, i Cantoni ottengono dall'assicurazione malattie o dall'assicuratore privato, per giorno di degenza e per persona, incluse tutte le prestazioni dell'ospedale come operazioni, medicinali, radiografie, trasporto del paziente all'ospedale ecc., 250 franchi indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo.

Se, per ragioni mediche, l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone riceve dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato.

Nella misura in cui gli assicurati siano degenti in ospedali privati, gli assicuratori sono tenuti a versare le indennità fissate per i Cantoni come contributo ai costi delle degenze ospedaliere.

II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono completate come segue:

Art. 24 (nuovo)

Le disposizioni di leggi o di ordinanze in contraddizione con l'articolo 34 bis capoverso 2 sono abrogate.

Informazioni

- Sandra Schneider, caposezione, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Tel. 031 322 91 49, E-Mail: sandra.schneider@bsv.admin.ch

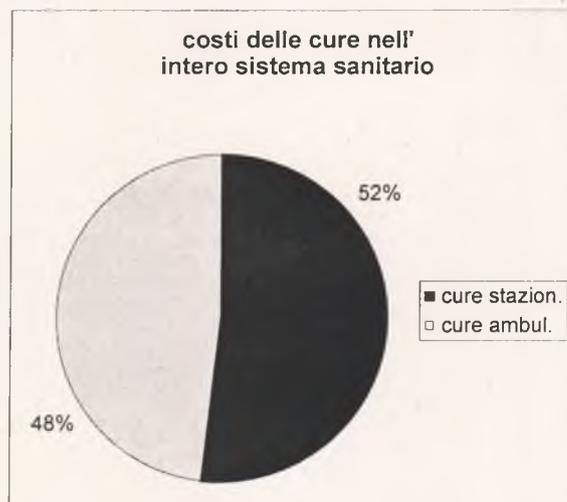
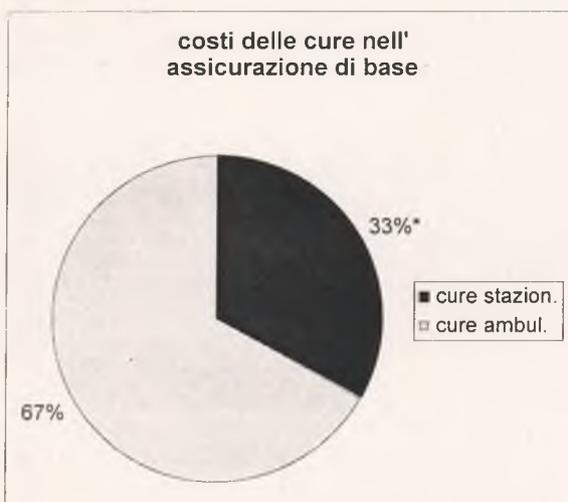
Ulteriori informazioni di primaria importanza

- Messaggio relativo all'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi», FF 1999 8571.

L'«iniziativa Denner» provoca un aumento dei costi ospedalieri

La parte dei costi ospedalieri nell'assicurazione di base e nell'insieme del sistema sanitario

Almeno la metà delle cure ospedaliere stazionarie prestate nel quadro dell'assicurazione di base viene finanziata dai Cantoni, mentre le prestazioni ambulatoriali di base vengono interamente assunte dall'assicurazione di base. Per questo motivo l'onere sopportato dall'assicurazione di base per le cure stazionarie è chiaramente inferiore a quello assunto dal sistema sanitario nel suo insieme. Nell'ambito dell'assicurazione di base, i costi delle cure stazionarie rappresentano il 33% dei costi delle cure (costi per cure ospedaliere stazionarie 25% e costi per prestazioni in case di cura 8%), mentre nell'intero sistema sanitario la percentuale ammonta al 52%. Convertito in un premio mensile medio con il quale vanno finanziati, oltre alle prestazioni assicurative, anche le spese amministrative, gli ammortamenti e gli accantonamenti, l'onere assunto dall'assicurazione di base per i costi delle cure ospedaliere stazionarie ammonta solo al 23% circa.



*di cui il 25% per cure ospedaliere stazionarie e l'8% per cure nelle case di cura

Costi ospedalieri stabilizzati grazie alla LAMal

Tra gli obiettivi principali della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) figura, oltre al rafforzamento della solidarietà e alla garanzia di un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo accessibile a tutta la popolazione, il contenimento dei costi. Allo scopo di contenere i costi nel settore delle cure stazionarie la LAMal prevede per i Cantoni vari strumenti come ad esempio l'allestimento di piani finanziari globali e in particolare l'obbligo per i Cantoni di procedere ad una pianificazione ospedaliera. L'incremento dei costi nell'ambito delle prestazioni ospedaliere stazionarie è notevolmente minore rispetto ai costi complessivi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Non bisogna però pensare che tutte le spese che non figurano più tra i costi ospedalieri siano state risparmiate: esse sono state in parte trasferite nei settori ambulatoriale e ospedaliero ambulatoriale e nel settore delle case di cura. Nell'ambito medico, grazie allo sviluppo di metodi di cura più morbidi, in linea generale si tende sempre più a prestare cure ambulatoriali anziché stazionarie; questa tendenza fa sì che il numero di letti in esubero sia in continuo aumento. Inoltre, i Cantoni dovevano approntare una pianificazione per cure ospedaliere adeguate al bisogno e allestire i relativi elenchi ospedalieri. Le pianificazioni ospedaliere comprendevano anche l'eliminazione delle sovracapacità. In particolare questi due fattori hanno portato all'evoluzione dei costi sopracitata nell'ambito ospedaliero.

La crescita del settore ambulatoriale è più rapida

Un'assicurazione di base volta a coprire solo cure ospedaliere stazionarie, come proposto dai promotori dell'iniziativa, equivarrebbe ad una riduzione della copertura assicurativa dal 100% al 25%.

Riferita ai costi della salute complessivi che una persona può dover sostenere in seguito a malattia, infortunio, invalidità ecc., la copertura passerebbe da quasi il 40% al 10% e questa riduzione sarebbe ancora maggiore in futuro in quanto il settore ambulatoriale registra una crescita più rapida rispetto a quello stazionario. Questo vale in particolare per l'ambito ospedaliero, in cui negli ultimi tempi lo spostamento verso le cure ambulatoriali è stato particolarmente netto. Nel 1998 i costi sanitari per le cure ospedaliere ambulatoriali sono così aumentati del 14%, i costi per quelle stazionarie solo del 3%. Nel 1997 l'incremento era stato del 6% rispettivamente del 2%.

Per l'assicurazione di base quest'evoluzione riveste particolare importanza per due motivi: primo, nell'intero sistema sanitario, nella maggior parte dei casi le cure ospedaliere ambulatoriali vengono prestate per casi di malattia che rientrano nell'assicurazione di base, e quindi è soprattutto nell'assicurazione di base che un aumento dei costi in questo settore produce i suoi effetti; secondo, l'assicurazione di base deve assumere interamente le cure ospedaliere ambulatoriali, ma al massimo la metà delle cure ospedaliere stazionarie. La tendenza a spostare prestazioni da un settore all'altro viene così rafforzata.

Rischio di un aumento dei costi ospedalieri a causa dell'iniziativa

Qualora l'assicurazione di base non coprisse più le prestazioni ambulatoriali, resterebbe scoperta non solo la grande maggioranza delle prestazioni, ma anche la parte che cagionerà più costi in futuro. Si creerebbero inoltre falsi incentivi, ovvero incentivi ad accrescere il numero di ricoveri in ospedale. Nel complesso questa conseguenza non è proprio auspicata in quanto il progresso della medicina sviluppa continuamente metodi di cura più efficienti grazie ai quali si può sempre più frequentemente evitare la degenza ospedaliera, più costosa dal punto di vista macroeconomico. La limitazione del regime obbligatorio dell'assicurazione malattie alla sola degenza ospedaliera invertirebbe la tendenza, di per sé auspicata, a trasferire le prestazioni nel settore ambulatoriale. L'iniziativa provocherebbe una riduzione dei trattamenti ambulatoriali con un conseguente aumento dei ricoveri in ospedale. Farebbe eccezione la parte della popolazione che potrebbe permettersi un'assicurazione complementare ambulatoriale commisurata al rischio malattia individuale. Considerando l'evoluzione più recente nelle assicurazioni complementari stipulate in funzione del rischio malattia del singolo assicurato e il fatto che, su 5 persone, 4 si ammalano almeno una volta all'anno, questa parte della popolazione è da considerarsi esigua.

Informazioni

- Daniel Wiedmer, Capodivisione, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, tel. 031 324 07 37, e-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Ulteriori informazioni

- Messaggio sulla seconda revisione parziale della LAMal del 18 settembre 2000
- Statistik über die Krankenversicherung (d/f), Berna 1999
- Kosten des Gesundheitswesens (d/f), Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 1999

Copertura assicurativa insufficiente per gli assicurati

Qualora l'«iniziativa Denner» fosse accettata, circa tre quarti delle prestazioni fornite attualmente (in base ai loro costi) non sarebbero più obbligatoriamente a carico dell'assicurazione malattie in quanto le prestazioni ambulatoriali non sarebbero più coperte. La rimanente «assicurazione obbligatoria per la degenza ospedaliera» potrebbe essere stipulata presso un assicuratore assoggettato alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) o presso un assicuratore privato.

Nessuna copertura assicurativa per le prestazioni ambulatoriali

Le prestazioni per le quali non è più previsto l'obbligo assicurativo, ovvero le prestazioni ambulatoriali, SPITEX e di cura ma anche i medicinali e le analisi - tutte prestazioni finora assunte dalla LAMal -, potrebbero essere assicurate esclusivamente presso istituti assicurativi privati. Gli assicuratori sarebbero però liberi di rifiutare assicurati affetti da malattie o in età avanzata oppure di accettarli solo con riserve. Ciò costituirebbe un netto passo indietro rispetto alla legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni del 1911. Si può prevedere che le **persone affette da malattie croniche** di condizione economica modesta non potrebbero stipulare un'assicurazione a causa delle riserve imposte o dei premi estremamente elevati. Lo stesso dicasi per le **persone anziane** di condizione economica modesta. L'assicurazione obbligatoria per la degenza ospedaliera non prenderebbe a carico né i costi per trattamenti ambulatoriali «classici» (cure nello studio medico e medicinali) né i costi delle prestazioni seguenti:

- trattamenti eseguiti negli ambulatori degli ospedali e trattamenti semiospedalieri (ad es. operazione della cataratta senile praticata in ambito ambulatoriale, dialisi);
- cure prodigate nelle case di cura e a domicilio (SPITEX);
- mezzi ausiliari consegnati ai pazienti (ad es. stampelle, apparecchi per inalazioni, occhiali e lenti a contatto);
- fisioterapia, consulenza nutrizionale ecc. prescritte da un medico;
- medicina preventiva e prestazioni di maternità (fatta eccezione per la degenza ospedaliera al momento del parto).

Qualora queste prestazioni ambulatoriali non fossero coperte dall'assicurazione, molti pazienti dovrebbero far fronte ad enormi difficoltà finanziarie o rinunciare ad essere curati.

Esempi di trattamenti ambulatoriali che sarebbero a carico dei pazienti

In seguito ad un infarto, il signor F., 59 anni, magazziniere, viene rapidamente curato da persone competenti nell'ospedale regionale più vicino. Visto che le condizioni del paziente non sono gravi, non è necessario ricoverarlo in una clinica di riabilitazione, ma gli viene indicata una riabilitazione in ambito ambulatoriale volta a consolidare i cambiamenti di comportamento introdotti all'ospedale (il signor F. è in lieve sovrappeso e, prima di essere colpito da infarto, era un fumatore accanito) e ad accompagnarlo nella convalescenza. Sono inoltre necessari medicinali per ridurre il tasso di colesterolo (costi: circa 1'500 franchi l'anno). Il programma della durata di 4 settimane costa 474 franchi alla settimana. Senza questi provvedimenti, i cui costi complessivi ammontano a 3396 franchi, non si potrebbe garantire che l'assicurato riprendesse il lavoro; oltretutto, il rischio per il signor F. di essere colpito da un secondo infarto sarebbe molto elevato.

Da 10 anni la signora M., 70 anni, soffre di diabete e da 4 deve esserle iniettata insulina (due dosi al giorno). L'insulina (800 franchi l'anno), l'iniezione (strumento per l'iniezione, 50 franchi l'anno), l'apparecchio per misurare il tasso di zucchero nel sangue a domicilio (70 franchi l'anno), le misurazioni settimanali del tasso di zucchero nel sangue effettuate dal paziente stesso (100 franchi l'anno), i controlli effettuati ogni 4-6 settimane dal medico di famiglia (900-1200 franchi l'anno inclusi i controlli di laboratorio) e i controlli presso l'oftalmologo (200-400 franchi) cagionano spese dell'ordine di 2500 franchi l'anno. Queste misure permettono di stabilizzare il tasso di zucchero nel sangue in modo soddisfacente. Per evitare complicazioni quali i temuti disturbi di circolazione ai piedi o disturbi della vista, l'intensità della cura deve essere assolutamente mantenuta. La signora M. non è affiliata ad una cassa pensione e la sua unica fonte di reddito è costituita dalla rendita AVS.

Da 8 anni il signor G., 72 anni, è affetto dal morbo di Alzheimer. E' curato a casa dalla moglie, negli ultimi tempi praticamente 24 ore su 24. Il ricovero in una casa di cura è assolutamente necessario; i costi che ne risultano ammontano a circa 4500 franchi al mese. Attualmente la cassa malati prende a carico i costi delle prestazioni di cura in senso stretto (circa 2100 franchi al mese).

Due volte alla settimana la signora X., 52 anni, deve essere sottoposta a dialisi. La sua debolezza rende impossibile un trapianto del rene. Inabile al lavoro, la signora X. deve ricorrere all'aiuto sociale e non potrebbe pagare di tasca propria i costi della dialisi ammontanti a 80'000 franchi l'anno, costi che andrebbero a carico dell'aiuto sociale o dell'assistenza.

Nell'infanzia Anita, 13 anni, ha sofferto di asma, ma negli ultimi anni non ha più avuto alcun disturbo. Dopo il trasloco della sua famiglia da Davos a Coira però, la malattia è ricomparsa. Un esame dei polmoni e un accertamento volto ad individuare le allergie da cui è affetta (circa 600 franchi) confermano, come sospettato, una reazione allergica agli acari che necessita la sostituzione della moquette con il linoleum (il locatore assume solo una parte dei costi e la famiglia deve pagare 500 franchi) e una fodera antiallergica per il mate-

rasso (attualmente rimborsata dall'assicurazione malattie per un importo massimo di 200 franchi). I costi dell'assistenza fornita dal medico specialista, compresi i medicinali, si aggirano sugli **800 franchi l'anno**. Assistenza e medicinali permettono però di evitare crisi asmatiche e consentono al paziente di avere le stesse capacità dei suoi coetanei. Il rapporto chiesto dall'assicurazione al precedente medico di famiglia menziona l'affezione asmatica preesistente. Per questo motivo è possibile stipulare un'assicurazione solo se viene introdotta una riserva di cinque anni per l'affezione in questione.

Sei mesi fa il **signor L., 68 anni**, è stato operato d'urgenza in seguito ad un'**occlusione intestinale**. Da allora egli ha un'apertura anale artificiale e necessita di mezzi adeguati (cerotto, sacchetto ecc.) per circa 500 franchi al mese. All'inizio sono stati necessari l'aiuto e le spiegazioni di un'assistente sociale (costi: 400 franchi per il primo mese e 100 franchi per il secondo). Tra alcuni mesi si prevede di richiudere l'apertura anale artificiale in modo da ristabilire il normale transito intestinale. Unicamente i costi delle cure prodigate in seguito alla creazione dell'ano artificiale (senza i controlli medici ecc.) si aggirano sui **5000 franchi**.

In sintesi tutte queste persone non potrebbero più concludere un'assicurazione complementare a prezzi abbordabili a causa delle loro malattie preesistenti o dell'età.

Rottura dei legami di solidarietà tra assicurati

L'«iniziativa Denner» permetterebbe di stipulare l'«assicurazione obbligatoria per la degenza ospedaliera» presso assicuratori privati, i quali devono però soddisfare unicamente le condizioni previste dalla legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA). Contrariamente agli assicuratori sottoposti alla LAMal, quelli privati potrebbero rifiutare persone affette da malattie o accettarle solo con riserve, come avviene già attualmente nell'ambito delle assicurazioni complementari. Rientra nelle regole dell'assicurazione privata anche il sistema dei premi fissati in funzione del rischio con graduazioni di premio a seconda dell'età, del sesso e eventualmente di altri criteri, con il risultato che molto rapidamente gli assicuratori privati sottrarrebbero gli assicurati giovani e in buona salute all'assicurazione sociale per la degenza ospedaliera (selezione dei rischi). La struttura dei rischi dell'assicurazione sociale per la copertura ospedaliera diventerebbe molto più sfavorevole e il livello dei premi subirebbe un notevole aumento.

L'assicurazione per la degenza ospedaliera non è solidale

Per l'«assicurazione obbligatoria per la degenza ospedaliera» i promotori dell'iniziativa prevedono un premio medio mensile di 60 franchi. Tuttavia, in seguito all'inevitabile passaggio a premi fissati in funzione del rischio il premio sarebbe notevolmente più alto per le persone anziane e per quelle malate in quanto il principio della solidarietà tra giovani e anziani, tra uomini e donne e soprattutto tra persone sane e malate verrebbe abbandonato.

- Nel 1997, i costi ospedalieri per gli assicurati di età superiore ai 65 anni (senza i costi delle cure prodigate nelle case di cura) erano circa il triplo di quelli per gli assicurati più giovani. Le persone anziane dovrebbero quindi attendersi premi per l'assicurazione per la copertura ospedaliera notevolmente più onerosi.
- Nell'arco di un anno vengono fornite prestazioni ospedaliere in media al 12% della popolazione. Più gli assicuratori privati riusciranno a valutare con esattezza il rischio per l'assicurato di essere ricoverato in ospedale, più la differenza di premio tra persone sane e malate sarà grande. Per l'«assicurazione sociale per la degenza ospedaliera» (con obbligo di ammissione) sarebbero assolutamente possibili premi pari al triplo di quelli per l'assicurazione privata per la degenza ospedaliera (senza obbligo di ammissione).
- Considerando che i costi per il parto e per le cure prodigate nei giorni successivi si ripartirebbero, secondo il principio del rischio, tra le donne in età di procreare, queste ultime dovrebbero pagare durante 25 anni un premio mensile per la degenza ospedaliera di circa 10 franchi più elevato rispetto a quello degli uomini.

Conclusione: il premio di 60 franchi previsto dagli autori dell'iniziativa per le prestazioni ospedaliere costituisce un valore medio. La possibilità di stipulare un'assicurazione per copertura ospedaliera presso un assicuratore privato creerà tuttavia una divisione tra «buoni» e «cattivi» rischi, che si evidenzierà con notevoli differenze di premio tra sani e malati e tra giovani e anziani. Per centinaia di migliaia di assicurati, in particolare per i malati e per gli anziani, il premio dell'assicurazione per la degenza ospedaliera ammonterà ad un multiplo del premio annunciato.

Informazioni

- Daniel Wiedmer, Capodivisione, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, tel. 031 324 07 37, e-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Aumento dell'onere fiscale

Regolamentazione attuale

Le tariffe o i prezzi fissati nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie costituiscono la base per la fatturazione dei fornitori di prestazioni, cioè per il calcolo della remunerazione delle prestazioni fornite nonché della copertura degli oneri da parte dell'assicurato o dell'assicuratore. In generale le tariffe o i prezzi sono stabiliti per convenzione da assicuratori e fornitori di prestazioni.

Attualmente le convenzioni tariffali devono essere approvate dal Governo cantonale competente o, se valevoli in tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge, ai principi di equità e di economicità. Ciò significa da un lato che la tariffa deve essere calcolata sulla base dei costi (principio dell'economicità), fermo restando però che le cure debbono essere ad un tempo appropriate, di alto livello qualitativo e il più convenienti possibile, dall'altro che tra le prestazioni offerte e la tariffa pagata vi sia un rapporto ragionevole (principio di equità).

Se l'iniziativa sarà accolta

L'iniziativa chiede che l'assicurazione malattie sia obbligatoria solo per la copertura dei costi legati alla degenza ospedaliera. Ciò significa che, se l'iniziativa fosse accolta, l'assicurazione malattie non sarebbe più obbligatoria per le cure ambulatoriali e semiospedaliere. Chi volesse assicurare queste cure sarebbe comunque libero di farlo presso un assicuratore privato.

Le convenzioni tariffali non sarebbero più controllate

Le convenzioni tariffali applicabili soltanto su parte del territorio nazionale non sarebbero più sottoposte all'approvazione dei Governi cantonali competenti. Questi ultimi sono attualmente garanti dell'osservanza dei principi di economicità ed equità previsti dalla LAMal, in particolare per quanto riguarda i settori semiospedaliero ed ambulatoriale, che l'iniziativa vuole escludere dall'assicurazione malattie obbligatoria. Questo significa che i fornitori di prestazioni attivi in questi settori potrebbero praticare tariffe più elevate di quelle attuali senza che un'autorità di controllo possa intervenire, come è già oggi il caso per i dentisti. Essendo soggetti al diritto privato fruirebbero della libertà contrattuale, ossia della libertà di concludere liberamente una convenzione con i propri partner, nella fattispecie in oggetto al prezzo, senza dover tener conto dei principi di equità ed economicità della LAMal. Per quanto riguarda il settore ospedaliero, dal momento che l'iniziativa fissa perentoriamente e unilateralmente a 250 franchi per paziente la tariffa forfetaria di una giornata di degenza ospedaliera, non vi è nulla che giustifichi la stipula di una convenzione tariffale né, quindi, un eventuale controllo del Governo cantonale.

Quanto all'indennità forfetaria unica, gli autori dell'iniziativa non fanno menzione né delle differenze intercorrenti tra le diverse regioni del Paese quanto al costo della vita e tra le prestazioni offerte ai diversi tipi di ospedale né del fatto che certi ospedali sono sovvenzionati e altri no. Il finanziamento di una giornata di degenza da parte dell'assicurazione obbligatoria passerebbe dall'importo attuale, stimato in media senza distinzione tra tipi d'ospedale (cure acute, riabilitazione e psichiatria) a 300 franchi*, a quello proposto di 250. Oltre alla quota che già gli incombe, lo Stato sarebbe costretto a coprire la differenza tra l'indennità fissata dall'iniziativa e quella attuale. Oggi i poteri pubblici finanziano circa la metà dei costi ospedalieri. Inoltre, poiché quest'indennità è fissa ed indicizzata soltanto sull'indice svizzero dei prezzi al consumo, bisogna attendersi un aumento dello scarto tra l'indennità e i costi quotidiani reali delle cure, che aumentano più velocemente in ragione del progresso della medicina.

* Stima UFAS sulla base di cifre tratte dal classeur del CAMS, Tariffe giornaliere per gli ospedali 1999.

Abbandono del carattere obbligatorio dell'assicurazione malattie nei settori ambulatoriale e semiospedaliero

L'abbandono del carattere obbligatorio dell'assicurazione malattie per le cure prestate nei settori ambulatoriale e semiospedaliero permetterebbe agli assicuratori di fissare liberamente l'importo dei premi in funzione dei rischi. Soprattutto le persone anziane o malate si vedrebbero imporre premi molto elevati che potrebbero indurre alcune di loro a rinunciare alla copertura, ormai facoltativa, delle cure ambulatoriali e semiospedaliere per ragioni esclusivamente finanziarie.

Creazione di un'offerta di cure parallela nei settori ambulatoriale e semiospedaliero

A queste condizioni una persona priva di copertura assicurativa per le cure ambulatoriali e semiospedaliere potrebbe vedersi costretta a ricorrere all'assistenza sociale per i costi che non è in grado di assumere. Tuttavia, considerato che il ricorso all'assistenza sociale rappresenta per molte persone una barriera psicologica e che la quota di popolazione per cui l'accesso alle cure costituirebbe un problema sarebbe tutt'altro che trascurabile, lo Stato non potrebbe limitarsi ad intervenire nell'ambito dell'assistenza sociale, ma dovrebbe probabilmente creare un'offerta sanitaria parallela al mercato libero - per esempio sotto forma di servizi ambulatoriali - con i costi che ne conseguirebbero.

Aumento delle cure in ambito ospedaliero

Il successo dell'iniziativa comporterebbe anche costi supplementari nell'ambito ospedaliero. Infatti, con la limitazione del regime obbligatorio dell'assicurazione malattie al solo settore ospedaliero, i pazienti che non potessero concludere un'assicurazione facoltativa per le prestazioni ambulatoriali e semiospedaliere sarebbero inclini a farsi curare più frequentemente in ospedale anche per piccoli interventi per i quali non sarebbe necessario ricorrere alle strutture ospedaliere. Ciò si verificherebbe soprattutto nel caso di pazienti che abbisognano di cure di lunga durata e che potrebbero riceverle a domicilio o in una casa di cura. Questo provocherebbe lo spostamento di un buon numero d'interventi dai più convenienti settori ambulatoriale e semiospedaliero al più costoso settore ospedaliero. L'aumento delle giornate di degenza che ne risulterebbe costringerebbe i Cantoni a investire maggiormente nella costruzione e nell'ampliamento degli ospedali necessari alla copertura dei nuovi bisogni generati dall'iniziativa.

Più tasse

Alla luce di quanto precede appare evidente che il successo dell'iniziativa implicherebbe per i Cantoni oneri supplementari o a livello di assistenza sociale o nel quadro del finanziamento di un'offerta parallela di cure o in seguito ad un maggiore impegno finanziario nel settore ospedaliero. I costi non più coperti dai premi andrebbero a carico del paziente (attraverso il pagamento diretto delle prestazioni ricevute) e del contribuente (mediante le imposte). Una situazione intollerabile, se si considerano le attuali condizioni delle finanze cantonali.

Informazioni

- Sandra Schneider, caposezione, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, tel. 031 322 91 49, e-mail: sandra.schneider@bsv.admin.ch

Ulteriori informazioni

- Messaggio concernente l'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi», FF 1999 8571.