



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

COMUNICAZIONE AI MEDIA

nostro rif.: 43.225/AY

Berna, 6 settembre 2004

Revisione LAMal – Come evitare un ulteriore stallo

La Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) respinge sia la proposta del Consiglio federale relativa al finanziamento degli ospedali duale con ripartizione percentuale fissa sia un obiettivo sociale uniforme nell'ambito della riduzione dei premi. Per alleviare la pressione finanziaria che pesa sulle famiglie essa si impegna a favore di un'assicurazione dei bambini esente da premi. In casa di cura gli assicuratori malattie dovranno versare anche a lungo termine soltanto un contributo ai costi delle cure. Il finanziamento della lacuna dovrà avvenire tramite le PC, in maniera corrispondente ai bisogni.

Dopo la bocciatura della 2a revisione della LAMal il Consiglio federale ha ora posto in consultazione il secondo pacchetto legislativo come pure il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Secondo il parere della Conferenza dei direttori e delle direttrici della sanità la scissione in sette nuovi progetti farà emergere nuovi punti deboli, senza portare a miglioramenti essenziali rispetto alla proposta bocciata. Occorre risolvere dei problemi ed evitare una situazione di stallo, non trasferire dei costi. Per questo motivo pure le proposte sinora avanzate in merito alla riduzione dei premi e al finanziamento degli ospedali sono inadeguate. Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e l'introduzione della libertà di contrarre propositi richiedono miglioramenti. Nell'ambito della riduzione dei premi la CDS chiede l'esenzione dai premi per i bambini. I mezzi finanziari pubblici così liberati dovranno essere impiegati per ulteriori riduzioni dei premi per assicurati in situazioni economiche modeste. Pure nel settore del finanziamento degli ospedali sussiste il bisogno di nuovi spunti per poter evitare un'ulteriore situazione di stallo. La CDS propone qui una via perseguibile. Occorre distinguere chiaramente tra la fornitura di prestazioni sovvenzionata dall'ente pubblico e quella privata. Le prestazioni per assicurati con assicurazione complementare non fanno nascere alcun diritto a contributi cantonali. Gli assicurati con assicurazione complementare hanno però diritto a prestazioni dall'assicurazione di base, fondate sui loro versamenti di premi. Quale contropartita i Cantoni rinunciano invece all'imposizione di condizioni tariffarie e pianificatorie nei confronti dei fornitori di prestazioni nel settore dell'assicurazione complementare.

Per ulteriori informazioni sono a vostra disposizione:

CDS

Telefono:

Michael Jordi, Responsabile economia, segretariato centrale CDS

031 356 20 20
oppure 079 702 20 90

Consigliere di Stato Dr. Markus Dürr, Presidente della CDS,
Direttore della sanità del Canton Lucerna

041 228 60 81

Consigliera di Stato Patrizia Pesenti, Direttrice della sanità del Canton Ticino
Presidente della Commissione "Applicazione LAMal" della CDS

091 814 44 80



Testo base per i media

Riduzione dei premi – Occorre apportare delle correzioni nell'ambito della solidarietà tra generazioni

I Cantoni respingono un obiettivo sociale uniforme, così come proposto dal Consiglio federale. Il Parlamento ha dato seguito all'opinione dei Cantoni e ha già discusso nelle commissioni le più disparate varianti di modelli per la riduzione dei premi per bambini. A tutte è comune il fatto che la Confederazione dovrebbe finanziare i premi dei bambini fino a un determinato reddito familiare. Benché la CDS si rallegri dei loro obiettivi, le proposte parlamentari tuttavia non convincono. Accanto ai punti deboli dal profilo finanziario, che portano a un onere supplementare non indifferente per la Confederazione o per i Cantoni, occorre citare quale svantaggio il dispendio nettamente maggiore nell'attuazione, dato che occorrerebbe pure tener conto dell'imposta federale diretta quale base di calcolo. Per la popolazione il sistema di riduzione dei premi perderebbe inoltre in trasparenza e le differenti basi di imposizione e diritti alla prestazione difficilmente sarebbero compresi. E non da ultima è toccata l'equità redistributiva laddove con valori limite fissi, un franco in più o in meno di reddito è determinante per stabilire il diritto alla prestazione.

La CDS si impegna in favore di una regolamentazione sorprendentemente semplice: tutti i bambini fino ai 18 anni sono assicurati senza dover pagare alcun premio. I loro premi sono retti dal collettivo degli assicurati degli adulti e la diversa ripartizione degli utili viene corretta attraverso la compensazione dei rischi tra gli assicurati. E' vero che in tal modo aumenterebbero i premi degli adulti senza figli, ma già famiglie con un solo figlio beneficerebbero di uno sgravio (confronto al netto). Un vantaggio essenziale del modello è rappresentato dal fatto che i mezzi finora messi a disposizione per una riduzione dei premi dei bambini possono essere impiegati per la riduzione più mirata dei premi degli adulti, in particolare a favore di persone in situazioni economiche modeste e per giovani in formazione; l'obiettivo di questa misura non è infatti quello di diminuire gli oneri a carico della Confederazione e dei Cantoni, oneri che vanno invece mantenuti ai livelli attuali. Persone con diritto a prestazioni complementari non sono toccate, dato che già oggi vengono bonificati loro i premi dell'assicurazione malattie. Il modello è semplice nello svolgimento amministrativo, ciò che in considerazione dell'attuale complessità del sistema di riduzione dei premi rappresenta un vantaggio inestimabile.

Ciò che a prima vista potrebbe essere interpretato quale sussidio ad annaffiatoio si rivela essere una correzione della solidarietà tra generazioni che oggi è impostata unilateralmente a favore degli anziani. La CDS è convinta che con questo modello le famiglie possano essere sgravate in modo sostanziale ed efficiente.

Finanziamento degli ospedali: abbandonare gli impervi sentieri battuti

La CDS respinge il **finanziamento ospedaliero duale con ripartizione percentuale fissa** nella forma presentata dal Consiglio federale, con contributi cantonali a tutti gli ospedali. I versamenti dei Cantoni costituiscono sussidi a fornitori di prestazioni scelti che adempiono un esteso mandato di prestazioni pubblico. Questi mezzi finanziari non devono essere considerati contributi delle assicurazioni sociali e così confluire nel calderone globale dei mezzi finanziari del sistema sanitario. Il finanziamento ospedaliero duale con ripartizione percentuale fissa comporta un onere supplementare massiccio a carico dell'assicurazione di base, favorendo invece l'assicurazione complementare. Anche le quote a carico dei Cantoni probabilmente aumenteranno. Nel complesso gli effetti finanziari della regolamentazione sono però imprevedibili e dunque inaccettabili. La regolamentazione con contributi a tutti gli ospedali porterà inoltre a enormi difficoltà nell'esecuzione, dato che non esistono sufficienti basi per calcolare l'indennità assunta per metà da ogni parte; ciò comporterà dunque controversie giuridiche.



Partendo dall'attuale sistema di finanziamento, la CDS pone dunque i seguenti paletti per la riforma necessaria:

- La futura regolamentazione del finanziamento degli ospedali deve distinguere in modo chiaro tra la fornitura di prestazioni sussidiata dall'ente pubblico e quella privata.
- Le prestazioni a favore di assicurati con assicurazione complementare non devono dare diritto a contributi cantonali. Agli assicurati con assicurazione complementare spettano però prestazioni dall'assicurazione di base, basate sui loro versamenti di premi.
- L'assistenza sanitaria va assicurata dai Cantoni mediante la pianificazione.
- Nei confronti dei fornitori di prestazioni nel settore dell'assicurazione complementare i Cantoni possono però rinunciare all'imposizione di condizioni tariffarie e pianificatorie.
- Nel contempo occorre sostenere le reti di assistenza integrate; a loro spetta in futuro un ruolo importante nel contenimento dell'evoluzione dei costi.

La CDS è scettica per quanto riguarda il **finanziamento monistico degli ospedali**. Le condizioni minime sono costituite dalla garanzia delle cure mediante una pianificazione ospedaliera cantonale come pure da un'elaborazione neutrale per i Cantoni dal punto di vista finanziario.

Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure

Nel finanziamento delle cure si tratta di passare a medio termine a un nuovo ordinamento in cui i costi di cura non sono integralmente coperti dall'assicurazione malattie obbligatoria. Questo obiettivo non è contestato. In caso contrario l'assicurazione malattie si troverebbe confrontata entro breve con costi supplementari di 1 miliardo di CHF circa. I Cantoni hanno dato il loro consenso a una regolamentazione transitoria che fermi il trasferimento strisciante dei costi a condizione che nel contempo la protezione tariffaria venga esplicitamente limitata ai contributi degli assicuratori malattia. In caso contrario sussiste il rischio che i costi supplementari attesi vengano accollati ai Cantoni. Ciò non rappresenterebbe soltanto una *débâcle* dal punto di vista finanziario, ma comporterebbe, in vista della nuova regolamentazione del finanziamento delle cure a medio termine, pure un precedente con pretese impossibili da soddisfare da parte delle persone bisognose di cure.

Per quanto riguarda la nuova regolamentazione del finanziamento delle cure a medio termine, la CDS può condividere il modello del Consiglio federale, che limita a un contributo le prestazioni dell'assicurazione malattie nella casa di cura (modello B del progetto in consultazione). I contributi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie obbligatorie devono però orientarsi imperativamente allo *status quo*. Una condizione ulteriore per l'approvazione da parte della CDS è l'esclusione delle prestazioni Spitex da tale regolamentazione: gli assicuratori malattia dovranno come finora assumersi integralmente le relative spese di cura.

Come per la regolamentazione transitoria, la questione della protezione tariffaria va chiaramente limitata ai contributi degli assicuratori. I contributi dell'ente pubblico dovranno essere versati mediante prestazioni complementari estese, tenendo in considerazione il bisogno. Per dare alle persone bisognose di cure anche un incentivo finanziario a non far uso per un periodo possibilmente lungo delle strutture di assistenza stazionarie, oltre all'AVS andrà introdotto un assegno per grandi invalidi di grado leggero per persone a domicilio.

La nuova regolamentazione del finanziamento dovrà valere a partire dal primo giorno di degenza nella casa di cura. Il Consiglio federale propone un periodo di attesa di 90 giorni in cui gli assicuratori malattia si assumono integralmente i costi delle cure. La CDS è disposta a rinunciare a questa regolamentazione arbitraria se quale compensazione verranno accolti gli adeguamenti menzionati.

Effetti finanziari

La proposta nel suo complesso permette una prima stima delle conseguenze finanziarie, anche se fino al termine rimarrà l'incertezza su quale proposta raggiungerà il traguardo. Per questo motivo nell'ambito delle singole proposte occorre compensare singolarmente i



trasferimenti finanziari tra gli enti finanziatori; ciò andrà inoltre fatto pure per quanto concerne l'intera revisione LAMaI. In questo contesto non è ammissibile che le riforme urgenti vengano elaborate unilateralmente a carico dei Cantoni. Ciò vale in particolare per il congelamento delle tariffe di cura fino alla messa in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Se la protezione tariffaria non verrà nel contempo limitata alle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia, vi è il rischio che i costi supplementari di 1 miliardo di CHF vengano scaricati sui Cantoni.

Per garantire la neutralità dei finanziamenti, la CDS chiede che perlomeno le nuove regolamentazioni del finanziamento degli ospedali e delle case di cura vengano trattate in un unico pacchetto. Il Consiglio federale stima i costi supplementari del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure a 236 milioni di CHF, che con la nuova perequazione finanziaria andranno integralmente a carico dei Cantoni. La CDS è inoltre dell'avviso che si tratta di una stima prudente.

Già sulla base delle riflessioni finanziarie occorre respingere l'obiettivo sociale uniforme per quanto riguarda la riduzione dei premi. Il Consiglio federale considera che fino al 2012 il bisogno finanziario supplementare per l'obiettivo sociale uniforme ammonterà complessivamente a CHF 2.66 miliardi!