

*Luca Crivelli, Massimo Filippini*

**Federalismo e sistema sanitario svizzero**

**Quaderno N. 03-03**

Decanato della Facoltà di Scienze economiche  
Via G. Buffi, 13 CH-6900 Lugano

## Federalismo e sistema sanitario svizzero

LUCA CRIVELLI ([Luca.Crivelli@lu.unisi.ch](mailto:Luca.Crivelli@lu.unisi.ch))

Facoltà di economia – Università della Svizzera italiana (USI)

Dipartimento economia e management – Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana (SUPSI)

MASSIMO FILIPPINI ([Massimo.Filippini@lu.unisi.ch](mailto:Massimo.Filippini@lu.unisi.ch))

Facoltà di economia – Università della Svizzera italiana (USI)

Politecnico Federale – Zurigo

### Sommario

1. Introduzione
2. La Svizzera, un piccolo Stato federale
3. Servizi sanitari e livelli di governo
4. Caratterizzazione del sistema sanitario svizzero
5. Conseguenze del federalismo sull'organizzazione della sanità in Svizzera
6. Determinanti della spesa sanitaria socializzata a livello cantonale
7. Conclusioni
8. Bibliografia

Articolo per: Rapporto Sanità 2003, Fondazione Smith Kline, Bologna: Mulino, 2003

## 1. Introduzione

In Italia, durante gli ultimi dieci anni, il tema dell'introduzione del federalismo fiscale è stato al centro di un vivace dibattito sul piano politico ed accademico. Per quanto riguarda il settore specifico della sanità, dal profilo scientifico ampio spazio è stato dato all'analisi delle esperienze internazionali in materia e all'individuazione delle possibili conseguenze, in particolare a livello economico, di una riorganizzazione del sistema sanitario nazionale italiano in senso federale.<sup>1</sup> Occorre infine sottolineare che il settore sanitario in Italia ha anticipato i tempi, confrontandosi prima di altri servizi pubblici con le problematiche e le sfide legate al passaggio da un sistema centrale ad un sistema decentrato.

Se si considerano gli stati federali membri dell'OCSE, notevoli sono le differenze presenti nei rispettivi sistemi sanitari, sia dal punto di vista del finanziamento che da quello dell'assetto organizzativo.<sup>2</sup> Il Canada, ad esempio, è caratterizzato da un sistema sanitario il cui finanziamento è assicurato dallo Stato per il tramite della fiscalità generale, la Germania è contraddistinta da un sistema sanitario finanziato mediante contributi ad un'assicurazione sociale, mentre gli Stati Uniti fanno affidamento su un sistema assicurativo privato. Da un punto di vista scientifico è molto importante analizzare gli effetti economici del federalismo in sanità tenendo ben presenti le caratteristiche del sistema sanitario di riferimento, per evitare di confondere gli effetti dovuti all'implementazione del federalismo fiscale con quelli determinati dal tipo di sistema sanitario adottato. Inoltre, gli effetti economici derivanti dall'introduzione di un maggior decentramento delle responsabilità in uno Stato non federale, come l'Italia, possono essere molto diversi da quelli che osserviamo in una nazione che, come la Svizzera, si è costituita stato federale dopo essere stata, per secoli, una Confederazione di stati indipendenti.

In questo saggio desideriamo illustrare, adottando il punto di vista economico, alcuni elementi importanti dell'organizzazione e del funzionamento del sistema sanitario svizzero. Riteniamo che la descrizione di questo particolare sistema e dei suoi problemi possa essere utile per meglio comprendere e situare nel contesto specifico degli stati federali la riforma in atto in Italia.

La struttura del presente saggio è la seguente. Dopo aver illustrato brevemente le caratteristiche del federalismo elvetico (paragrafo 2), nel terzo paragrafo, alla luce della teoria economica del decentramento fiscale, descriveremo i principi che, sul piano teorico, dovrebbero ispirare la suddivisione dei compiti e della spesa sanitaria fra governo centrale e poteri locali. Il quarto paragrafo è dedicato alla caratterizzazione del sistema sanitario svizzero rispetto ai modelli adottati in altri paesi europei ed in particolare alla descrizione del cambiamento di impostazione operato in Svizzera nel 1996 con l'introduzione di una nuova legge federale in materia. Nel quinto paragrafo si cercherà di dar conto delle conseguenze del federalismo nella sanità svizzera attraverso la presentazione di alcuni indicatori che sottolineano le forti disparità esistenti fra i singoli cantoni. Nel sesto

---

<sup>1</sup> Cfr. ad esempio Dirindin e Pagano (2001).

<sup>2</sup> Per una descrizione generale di differenze e analogie si veda Banting e Corbett (2002).

paragrafo, attraverso la presentazione di un'analisi empirica effettuata dagli autori, si passeranno in rassegna i fattori in grado di spiegare le grandi differenze in termini di spesa sanitaria pro capite esistenti oggi tra un cantone e l'altro. Il saggio si conclude con alcune considerazioni finali.

## 2. La Svizzera, un piccolo Stato federale

Nell'ordinamento costituzionale di molte nazioni è ancorata un'impostazione dello Stato che, ispirandosi al federalismo, presuppone la coesistenza di livelli di governo distinti, a ciascuno dei quali corrispondono un potere esecutivo ed un potere legislativo eletti dai cittadini. La Svizzera moderna ne è un chiaro esempio, essendo essa (fin dal 1848) uno Stato federale organizzato su tre livelli istituzionali diversi: Confederazione, cantoni e comuni.<sup>3</sup> A ciascun livello istituzionale è attribuita una precisa gamma di funzioni e competenze, corredate dal potere di imporre tributi mediante i quali finanziare le proprie spese.

A titolo di esempio, nella tabella 1 vengono presentati alcuni dati relativi a quattro Stati federali. I valori riportati mostrano una marcata differenza fra Stati Uniti, Australia e Germania da un lato e la Svizzera dall'altro. La dimensione media degli Stati sub-centrali in queste nazioni è infatti di gran lunga superiore a quella dei cantoni svizzeri. Mentre i Länder tedeschi o gli stati americani sono caratterizzati da una popolazione che raggiunge mediamente i 5 milioni, i cantoni elvetici presentano una media inferiore ai 275'000 abitanti.

Sulla base dei dati riportati, l'intera Svizzera potrebbe essere assimilata, in termini di dimensione, ad un Länder tedesco o ad una regione italiana quale la Lombardia. Eppure essa si suddivide in 26 cantoni, ciascuno dei quali è dotato di forte autonomia decisionale. E' importante tener presente questa peculiarità (l'esigua dimensione media dei cantoni) in qualsivoglia dibattito sul federalismo, ma in particolare nella discussione sui presupposti per un'ottimale ripartizione dei compiti tra governo centrale e poteri locali.

Tabella 1: Caratteristiche di quattro Stati federali (2000)

<b>Nazione</b>	<b>Popolazione (in milioni)</b>	<b>Numero di Stati</b>	<b>Numero di comuni</b>
Stati Uniti	258,1	50	83'200
Australia	17,8	6	900
Germania	80,8	16 (Länder)	16'100
Svizzera	7,1	26 (cantoni)	3'021

Il principio ispiratore di uno Stato federale è la suddivisione dei compiti tra i diversi livelli di governo. Nel caso della Svizzera la suddivisione delle competenze è ancorata

<sup>3</sup> Lo Stato federale svizzero è stato creato nel 1848 sulla base di una Confederazione di Stati indipendenti.

nella Costituzione federale. L'articolo 3 della Costituzione svizzera recita infatti: “*I cantoni sono sovrani per quanto la loro sovranità non sia limitata dalla Costituzione federale ed esercitano tutti i diritti non delegati alla Confederazione*”. La Costituzione garantisce dunque un'elevata autonomia ai cantoni, le cui competenze sono definite in via residuale<sup>4</sup> e, nella misura prevista dal diritto cantonale, ai comuni. Una seconda peculiarità della Svizzera è l'elevato grado di decentramento locale per quanto attiene la gestione e l'erogazione dei servizi pubblici, in omaggio al principio di sussidiarietà che informa l'ordinamento di molti Stati moderni. Tale ordinamento predilige il conferimento dei compiti al livello di governo più basso possibile ed un forte coinvolgimento delle comunità locali.

La Confederazione si occupa principalmente della difesa nazionale, della previdenza sociale, delle strade, delle politiche agricole, dei trasporti pubblici e delle relazioni con l'estero. I cantoni si dedicano principalmente all'istruzione secondaria e superiore e alla sanità. Ai comuni spetta infine il compito di garantire l'istruzione primaria, l'assistenza agli anziani e le strutture per il tempo libero. La divisione delle competenze tra i livelli di governo può assumere forme diverse da cantone a cantone e questo determina nel contesto svizzero un panorama molto eterogeneo. Ogni livello istituzionale è dotato di una certa autonomia decisionale e di risorse finanziarie proprie, mediante le quali finanziare i servizi di sua competenza. La tabella 2 riassume alcune informazioni riguardanti l'importanza relativa dei 3 livelli di governo in termini di spesa pubblica.

Tabella 2. Ripartizione della spesa pubblica tra Confederazione, cantoni e comuni (2000)

	Uscite (al lordo dei trasferimenti)	
	In milioni di franchi	in percentuale
Confederazione	48'208	32,4%
Cantoni	60'151	40,4%
Comuni	40'599	27,3%
<b>Totale</b>	<b>148'958</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: *Finances publiques en Suisse 2000, Amministrazione federale delle finanze, Berna, 2002.*

Nel 2000 le uscite della Confederazione sono state pari al 32,4% della spesa pubblica totale, mentre per i cantoni ed i comuni tale percentuale si è assestata rispettivamente sul 40,4% e sul 27,3%. Questi dati sottolineano il ruolo prioritario svolto da cantoni e comuni, che insieme gestiscono oltre il 67% della spesa pubblica. In termini di entrate, attualmente pure 2/3 delle risorse fiscali vengono incassate dai cantoni e dai comuni, attestando l'effettiva autonomia degli enti sub-centrali.

<sup>4</sup> Ai cantoni spettano, in altre parole, tutti i compiti che non sono esplicitamente delegati alla Confederazione per il tramite della Costituzione federale.

In un contesto federale così accentuato accade che le differenze strutturali, soprattutto economiche, esistenti tra una regione e l'altra tendano ad esasperarsi. Quest'aspetto si osserva molto bene quando si paragonano le differenti capacità finanziarie dei cantoni. Fatta pari a 100 la capacità finanziaria media di tutti i cantoni svizzeri, il cantone più ricco (Zurigo) dispone di una capacità finanziaria di 157 contro i 31 del cantone più povero (Giura). Per superare queste forti disparità e sostenere l'effettiva autonomia dei cantoni finanziariamente deboli ci si avvale dello strumento della perequazione finanziaria, ossia di trasferimenti monetari orizzontali (tra organi appartenenti allo stesso livello istituzionale, per esempio tra cantoni) e verticali (tra organi appartenenti a livelli istituzionali diversi, per esempio tra Confederazione e cantoni). In questo modo si attenuano le differenze tra giurisdizioni economicamente deboli e giurisdizioni economicamente forti.

Queste brevi e non esaustive nozioni sull'organizzazione federale svizzera sono molto importanti per capire l'organizzazione del sistema sanitario elvetico.

### **3. Servizi sanitari e livelli di governo**

Un tema molto discusso nella letteratura riguardante il federalismo fiscale è quello dell'attribuzione delle funzioni dello Stato ai vari livelli di governo.<sup>5</sup> Nel caso specifico della sanità, data per assodata la necessità di un intervento dello Stato in questo particolare settore,<sup>6</sup> siamo interessati a capire a quale livello di governo sia preferibile attribuire le funzioni di finanziamento, organizzazione e regolazione dei servizi sanitari. Come avremo modo di vedere, per ragioni di equità sarebbe più opportuno attribuire queste funzioni allo stato centrale, mentre per ragioni di efficienza potrebbe essere più interessante attribuirle ai governi regionali.

---

<sup>5</sup> Per una discussione approfondita delle grandi funzioni dello Stato e del ruolo degli enti decentrati rispetto a queste grandi funzioni si veda Musgrave e Musgrave (1984) e Oates (1972 e 1999). Va comunque sottolineato come nella letteratura non venga discusso in modo approfondito il ruolo degli enti decentrati nel caso specifico dei servizi sanitari.

<sup>6</sup> La maggior parte degli economisti [cfr. ad esempio Stiglitz, J.E. (2000)] riconosce le insufficienze di un sistema di libero mercato nel settore sanitario e giustifica un intervento pubblico in questo settore soprattutto in termini di efficienza ed equità, ritenendo che:

- il servizio sanitario presenta le caratteristiche di un bene meritorio, cioè di un bene (servizio) il cui consumo, ritenuto particolarmente desiderabile e meritevole dalla collettività, non dovrebbe essere condizionato dalla capacità finanziaria del singolo individuo;
- i pazienti consumatori non sono in grado di giudicare né il proprio fabbisogno (che dipende da un apprezzamento medico relativo allo stato di salute - la diagnosi) né l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate. L'asimmetria delle informazioni tra pazienti, medici ed ente finanziatore rende fragile la sovranità del consumatore e pone seri problemi alla creazione di un sistema di libera concorrenza, in cui i prezzi siano definiti dal mercato, sia per i servizi sanitari che per l'assicurazione malattia;
- la concorrenza tra ospedali ed operatori sanitari è decisamente limitata, soprattutto nelle aree non urbane, dove di fatto manca la possibilità di scegliere tra molteplici alternative, tipica di un mercato concorrenziale;
- un sistema di libero mercato potrebbe non essere in grado di garantire a tutta la popolazione un livello omogeneo di assistenza sanitaria.

I servizi sanitari sono generalmente considerati dei beni meritori, vale a dire beni che, pur essendo divisibili ed escludibili, sono offerti dal settore pubblico o con il sostegno finanziario di quest'ultimo, poiché il loro consumo è ritenuto dalla collettività particolarmente desiderabile e meritevole. In particolare, l'intervento dello Stato mira a promuovere un'offerta di servizi sanitari omogenea su tutto il territorio nazionale (obiettivo di equità d'accesso) e ad assicurare un finanziamento equo di tali servizi (equità di finanziamento).

L'offerta di servizi sanitari da parte o con il sostegno dello Stato è quindi da considerarsi uno strumento delle politiche di redistribuzione e come tale, secondo la teoria del federalismo fiscale, dovrebbe essere promossa e gestita in buona parte a livello di governo centrale. Tuttavia, visto che i servizi sanitari hanno connotazioni locali spiccate, vale a dire che le preferenze degli individui per questi servizi possono variare molto da regione a regione, può essere interessante, per ragioni di efficienza, affidare l'organizzazione e la regolamentazione di questi servizi ai governi decentrati. In particolare, la teoria del decentramento fiscale suggerisce che, per ragioni di efficienza, è opportuno governare ed erogare l'offerta del servizio sanitario ad un livello istituzionale molto vicino al cittadino. Secondo questa teoria, il governo centrale non disporrebbe di informazioni sufficientemente differenziate sulle preferenze dei cittadini rispetto ai beni ed ai servizi sanitari, anche in ragione di possibili diversità tra aree geografiche e culture linguistiche differenti. Di conseguenza, le scelte del governo centrale potrebbero non essere in grado di massimizzare il benessere dei cittadini, determinando così delle inefficienze economiche.

Nel contempo, non va dimenticato che esistono fenomeni economici in grado di contrapporsi, almeno entro certi limiti, ai vantaggi in termini di efficienza, del decentramento delle decisioni riguardanti l'organizzazione dei servizi sanitari. Ci riferiamo in particolare alla presenza di economie di scala, agli effetti di traboccamento e ai costi di coordinamento, tre fattori che legittimano un ruolo quantomeno di rilevante coordinamento da parte del governo centrale.

In presenza di economie di scala nell'offerta di servizi sanitari, pensiamo in particolare agli ospedali e alle case per anziani, risulta economicamente e socialmente più efficiente avere delle giurisdizioni di riferimento piuttosto grandi, che generalmente superano le dimensioni dei governi locali. Questo non avviene purtroppo in Svizzera, dove le giurisdizioni di riferimento per la gestione e la pianificazione degli ospedali sono i cantoni mentre le case anziani sono addirittura gestite a livello di comuni o consorzi di comuni. Crivelli, Filippini e Lunati (2001), per il settore ospedaliero, Filippini (2001) e Crivelli, Filippini e Lunati (2002) per il settore delle case anziani hanno analizzato empiricamente la questione delle economie di scala, dimostrando che la maggior parte degli ospedali e delle case per anziani svizzere non raggiungono la dimensione ottimale. Questo dato sta ad indicare che la giurisdizione ottimale in ambito ospedaliero andrebbe identificata in macro-

regioni create dall'aggregazione di alcuni cantoni, mentre per le case anziani la giurisdizione ottimale potrebbe essere il cantone.

Gli effetti di traboccamento (spillovers) positivi si verificano allorché l'area dei benefici di alcuni servizi sanitari risulta superiore a quella della giurisdizione di riferimento. Questa situazione, nel caso della Svizzera, ha generato il fenomeno del "cantone clandestino", vale a dire di governi cantonali incentivati ad approfittare di strutture sanitarie esistenti in cantoni limitrofi, allo scopo di evitare da un lato il finanziamento di grossi investimenti nel cantone e dall'altro l'obbligo di contribuire completamente ai costi generati dall'utilizzo delle strutture fuori cantone da parte dei propri cittadini.<sup>7</sup>

Analoghe conclusioni possono essere tratte in materia di costi di coordinamento. Anche in questo caso, la minimizzazione di tali costi giustifica un'azione o almeno una gestione del processo decisionale da parte del governo centrale. In particolare, l'attività di regolazione e coordinamento del governo centrale dovrebbe riguardare la definizione di linee guida per i servizi sanitari e incoraggiare i governi locali a coordinarsi, al fine di elaborare congiuntamente la pianificazione ospedaliera e di altri servizi di interesse comune.

Concludendo possiamo affermare che l'intervento dello Stato nel settore sanitario dovrebbe essere distribuito tra i vari livelli istituzionali, in ossequio ai seguenti principi:

- l'organizzazione e la produzione di servizi sanitari dovrebbe essere decentralizzata, in modo tale d'adattare l'offerta alle esigenze e alle specificità della popolazione locale. Il grado di decentramento dipende molto dalla presenza di economie di scala e da effetti di traboccamento. In alcuni Stati federali quali la Germania o il Canada sono gli enti sub-centrali a svolgere un ruolo molto attivo in campo sanitario, ma si tratta di giurisdizioni con una popolazione di circa 5 milioni, praticamente la dimensione dell'intera Svizzera;
- l'intervento finanziario da parte dello Stato nel settore sanitario dovrebbe avvenire sia a livello centrale che regionale, in ogni caso con un importante intervento da parte del governo centrale, ai fini di ottenere, grazie al sistema di perequazione finanziaria, una politica efficace di redistribuzione. A livello centrale, dovrebbe inoltre essere garantito il coordinamento delle attività degli stati locali e regionali come pure la definizione degli indirizzi generali e di programmazione del sistema sanitario.

#### **4. Caratterizzazione del sistema sanitario svizzero**

##### *Origini storiche e principali caratteristiche dell'attuale sistema sanitario*

La Svizzera non dispone, come Italia e Inghilterra, di un sistema sanitario nazionale e neppure di un sistema sanitario che poggia su di un'assicurazione sociale di stampo

---

<sup>7</sup> Solo con la normativa federale del 1996 (LAMal) è stata introdotta in Svizzera una regolazione in grado di scoraggiare efficacemente la pratica del free-riding da parte di alcuni cantoni, ai quali viene oggi richiesta una debita partecipazione finanziaria ai trattamenti ospedalieri fuori cantone.

tradizionale, come per esempio Francia e Germania. Il sistema elvetico si basa su un modello assicurativo di tipo privato che poggia su alcuni principi a valenza sociale (quali l'obbligatorietà per tutti i cittadini d'assicurarsi, premi regolamentati ed indipendenti dal rischio individuale, il versamento ai cittadini meno abbienti di sussidi statali per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattia).

Le radici del sistema sanitario svizzero risalgono all'inizio del XX secolo e più precisamente al varo della prima legge sull'assicurazione malattia e gli infortuni (LAMI) avvenuto nel 1911. Rispetto ai termini di paragone dell'epoca (in particolare rispetto al modello assicurativo tedesco istituito da Bismarck nel 1883) il legislatore svizzero adottò scelte di campo diverse. In particolare il parlamento svizzero rinunciò a rendere obbligatoria l'assicurazione malattia sul piano nazionale (lasciando ai cantoni, nell'ambito della loro sovranità in materia, la decisione di istituire l'obbligo a livello cantonale) e optò per l'affiliazione individuale dei cittadini e per premi indipendenti dal reddito.<sup>8</sup> Inoltre la Svizzera decise di non istituire, come nel caso di altre assicurazioni sociali, un ente assicurativo pubblico ma di affidare la gestione del rischio malattia ad una pluralità di istituzioni mutualistiche, a carattere privato non profit, denominate casse malati. Al fine di incoraggiare la sottoscrizione dell'assicurazione malattia, infine, la Confederazione accettò di partecipare indirettamente al finanziamento della sanità attraverso lo stanziamento di un sussidio alle casse malati, a beneficio cioè di tutta la collettività degli assicurati.

Nel secondo dopoguerra, in seguito agli enormi progressi tecnologici nel settore medico e farmaceutico, in tutta Europa si assistette ad un'incessante attività di riforma dei sistemi sanitari. Negli anni sessanta queste riforme furono finalizzate a garantire a tutti i cittadini un accesso universale alle cure. Durante gli anni settanta, in concomitanza con le crisi economiche e le difficoltà finanziarie del settore pubblico, furono introdotte delle riforme rivolte al contenimento dei costi della salute, ed infine, negli anni novanta, sull'onda di una generalizzata euforia nei confronti del mercato, alcune nazioni introdussero misure destinate ad aumentare la concorrenza tra gli operatori sanitari e quindi ad accrescere l'attenzione nei confronti dell'efficienza economica.<sup>9</sup> In Svizzera, nonostante nei paesi confinanti le riforme si susseguissero a ritmo vorticoso, la normativa federale in materia sanitaria è rimasta praticamente inalterata fino alla metà degli anni novanta.<sup>10</sup> In realtà i tentativi di riformare il sistema sanitario non mancarono, ma vennero tutti abbandonati nel corso del complesso iter parlamentare o furono bocciati in votazione

---

<sup>8</sup> In Germania l'assicurazione malattia, a beneficio di tutto il nucleo familiare, è finanziata attraverso l'attività lavorativa di almeno un genitore, con una trattenuta sullo stipendio proporzionale al reddito ed una partecipazione dei datori di lavoro.

<sup>9</sup> Per una panoramica sulla storia delle riforme sanitarie in ambito internazionale si veda Cutler (2002).

<sup>10</sup> Va comunque precisato che a livello cantonale negli anni settanta, ottanta e novanta sono state introdotte alcune riforme, soprattutto nel settore ospedaliero, che hanno contribuito ad accrescere ulteriormente le diversità tra i singoli sistemi sanitari cantonali. Si veda ad esempio Zweifel e Pedroni (1987) per le sperimentazioni anteriori alla LAMal e Bolgiani (2002) per quelle più recenti, legate all'introduzione in ambito sanitario del New Public Management.

popolare.<sup>11</sup> Esito positivo lo ebbe finalmente la riforma legislativa proposta e varata nel 1994 ed entrata in vigore nel 1996 tramite la Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal). Non è questa la sede per discutere in dettaglio le innovazioni introdotte dalla LAMal.<sup>12</sup> E' sufficiente ricordare che gli obiettivi della riforma, esplicitati nel messaggio del governo federale dell'8 novembre 1991, possono essere raggruppati nei tre grandi capitoli che hanno guidato le riforme sanitarie in ambito internazionale: (1) un rafforzamento dell'equità, in particolare attraverso l'obbligo per tutti i cittadini di stipulare un contratto standard di assicurazione malattia, (2) il contenimento dei costi, attraverso un rafforzamento degli strumenti di intervento a disposizione dello Stato e (3) un maggior ricorso al mercato, attraverso la promozione di una maggiore concorrenza tra gli assicuratori malattia.

Le principali caratteristiche dell'attuale sistema sanitario svizzero sono le seguenti:

- sistema che si basa su un modello assicurativo di tipo privato (pluralità di assicuratori in concorrenza fra loro) con alcune caratteristiche sociali;
- dal 1996 obbligatorietà per tutti i cittadini d'assicurarsi;
- diritti dell'assicurato definiti dai singoli contratti assicurativi; dal 1996 per legge il contratto di base è uguale per tutti i residenti;
- offerta di servizi sanitari residenziali da parte di strutture ospedaliere e case anziani sia pubbliche che private, finanziate ancora (nella maggior parte dei casi) tramite il sistema della diaria;
- servizi sanitari ambulatoriali prestati da medici liberi professionisti retribuiti secondo uno schema di pagamento all'atto;
- completa libertà di scelta del fornitore di prestazioni da parte dell'assicurato (medico di base, specialista);
- tariffe per le prestazioni regolate e definite in base a negoziazioni tra fornitori di servizi, assicuratori malattia e Stato;
- limitato finanziamento del sistema sanitario da parte della Confederazione, dei cantoni e dei comuni (sussidi alle strutture ospedaliere riconosciute, dal 1996 sussidi alle persone bisognose per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria).

#### *Il modello di finanziamento e la ripartizione dei compiti tra Confederazione e cantoni*

Rispetto alla maggioranza dei paesi europei, nei quali la partecipazione finanziaria dello Stato ai costi della salute è notevole, il sistema svizzero si contraddistingue per un

---

<sup>11</sup> I cambiamenti di legge sul piano federale che toccano la Costituzione sono soggetti a referendum obbligatorio, mentre tutte le altre leggi federali devono essere sottoposte a referendum se 50'000 aventi diritto di voto ne fanno esplicitamente richiesta.

<sup>12</sup> Per una discussione di dettaglio sui cambiamenti introdotti dalla LAMal si veda ad esempio: Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2001).

finanziamento pubblico piuttosto limitato. Nel 1999 solo un quarto della spesa sanitaria totale risultava coperto mediante la fiscalità generale.<sup>13</sup> Il resto della spesa era sostenuto finanziariamente: nella misura del 26% dai premi dell'assicurazione malattia obbligatoria (con premi indipendenti dal reddito e dal rischio), del 6.5% da contributi ad altre assicurazioni sociali (nella forma di trattenute sullo stipendio, proporzionali al reddito) e del 42% direttamente dai cittadini (partecipazione ai costi e franchigia sulle fatture coperte dall'assicurazione obbligatoria, premi per assicurazioni integrative private e prestazioni non coperte dalle assicurazioni). Questa particolare modalità di finanziamento dei costi sanitari ha due principali conseguenze:

- il sistema sanitario svizzero attribuisce scarsa rilevanza al principio dell'equità nel finanziamento.<sup>14</sup> Infatti, un sistema sanitario è tanto più equo, quanto maggiore è la parte dei costi sanitari finanziata in modo progressivo o perlomeno proporzionale al reddito. Il fatto che i premi dell'assicurazione malattia obbligatoria siano indipendenti dal reddito e che i cittadini debbano finanziare direttamente (o attraverso assicurazioni private) il 42% della spesa, ha come conseguenza un finanziamento del sistema sanitario fortemente regressivo<sup>15</sup>, con pesanti ripercussioni soprattutto per il ceto medio che non beneficia dei sussidi per il pagamento dei premi assicurativi;
- l'esistenza di una pluralità di enti finanziatori rende estremamente complessi i flussi finanziari, determinando in generale un aggravio del problema di gestione della spesa sanitaria nel suo complesso e in particolare un problema di "cost shifting". Dal momento che nessuno è responsabile della spesa sanitaria globale, per il singolo ente finanziatore è a volte più facile ottenere una riduzione dei mezzi finanziari impiegati incoraggiando comportamenti che determinano un semplice "trasferimento" dei costi a scapito di un altro finanziatore (il cost shifting, appunto), anziché ricercare soluzioni che consentirebbero una razionalizzazione effettiva della spesa.

Se focalizziamo l'attenzione sulla spesa sanitaria pubblica, e cioè su quel 25.6% dei costi della salute finanziati attraverso la fiscalità generale, possiamo notare come in Svizzera il finanziamento dell'assistenza sanitaria sia garantito quasi esclusivamente dai cantoni e dai comuni.

Come illustrato nella figura 1, i cantoni finanziano oltre il 55 per cento della spesa pubblica in sanità. Inoltre, la quota-parte dei comuni alla spesa sanitaria pubblica ha registrato negli ultimi 30 anni una progressione quasi costante, passando dal 17,3% del 1970 al 33,5% del 2000. Al contrario, la dinamica temporale della partecipazione

---

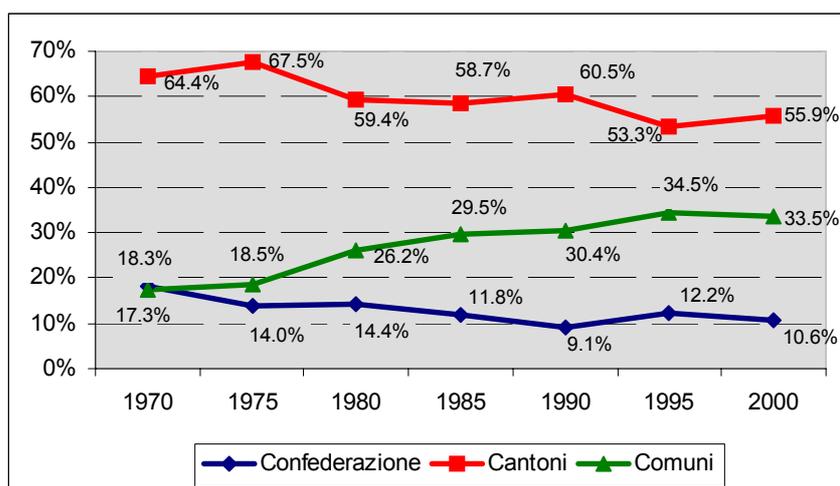
<sup>13</sup> Questa quota si scompone in 15.4% di finanziamenti diretti di servizi o istituzioni sanitarie, 8.7% di sussidi ai cittadini meno abbienti, nella forma di una partecipazione dello Stato al pagamento dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria o al pagamento delle rette delle case di riposo, e 1.5% di sovvenzioni pubbliche ad altre assicurazioni sociali che partecipano alla spesa sanitaria.

<sup>14</sup> E' stato proprio in virtù della pronunciata iniquità di finanziamento che il sistema svizzero, in un confronto internazionale sulla performance dei sistemi sanitari elaborato nel 2000 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stato relegato al ventesimo rango.

<sup>15</sup> Per uno studio comparato sull'equità di finanziamento dei sistemi sanitari nei paesi OCSE si veda Wagstaff et al. (1999).

finanziaria della Confederazione, che contempla pochissimi finanziamenti diretti e soprattutto un sostegno finanziario all'assicurazione malattia (dal 1996 nella forma del sussidio ai premi per i cittadini meno abbienti), ha evidenziato in termini percentuali un'importante flessione, passando dal 18.3% del 1970 al 10.6% del 2000.

Figura 1. Ripartizione della spesa pubblica in sanità (sussidi all'assicurazione malattia inclusi), 1970-2000



Fonte: UFS, *Finances publiques en Suisse, Neuchâtel, diversi anni.*

Benché in termini finanziari la presenza dello Stato nella sanità elvetica non possa essere considerata come particolarmente forte, essa è di certo maggiore in termini di regolamentazione delle attività. Per quanto concerne la ripartizione dei compiti, dal profilo giuridico i cantoni hanno il potere di legiferare in materia sanitaria su tutti i campi, fatta eccezione per i pochi argomenti la cui competenza viene conferita esplicitamente alla Confederazione.<sup>16</sup> In quasi tutti i cantoni sono state elaborate una legge sanitaria cantonale e delle normative che regolano l'applicazione del diritto federale in materia sanitaria. Come stabilito dalla Costituzione, ciascun Cantone ha la facoltà di decidere in modo indipendente la pianificazione delle strutture sanitarie (in particolare ospedali e case per anziani), quali competenze delegare ai comuni e come provvedere alla formazione degli operatori.

L'autonomia organizzativa concessa ai cantoni ha determinato una forte eterogeneità, sia nell'offerta di prestazioni sanitarie, sia nelle modalità e nei livelli di finanziamento, finendo per sollevare rilevanti problematiche di equità sociale e territoriale.

Una decentralizzazione così marcata sia del finanziamento sia dell'offerta di servizi sanitari non ha termine di paragone in altri paesi ad impostazione federale come il Canada e la Germania, dove il governo centrale assume comunque un ruolo più attivo nel

<sup>16</sup> Si tratta nella fattispecie: (a) della validità sul piano nazionale dei diplomi delle professioni mediche (in base all'articolo 95 della Costituzione, dal 1874); (b) dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (art. 117, dal 1890); (c) della protezione della salute (art. 118), in particolare in relazione alle malattie trasmissibili (dal 1874), al controllo su alimenti e farmaci (dal 1897) e alla protezione dalle radiazioni (dal 1957); (d) della medicina riproduttiva e ingegneria genetica (art. 119, dal 1992) e dei trapianti di organi (art. 119a, dal 1999).

finanziamento della sanità. Inoltre, essendo le dimensioni dei governi regionali di questi paesi molto più grandi rispetto alle dimensioni dei cantoni svizzeri, le differenze regionali sono tendenzialmente più attenuate ed i problemi relativi alla presenza di mini-sistemi di gran lunga inferiori.

#### Managed competition tra fornitori di servizi per il tramite della concorrenza tra casse malati

Punto cruciale del sistema sanitario elvetico è il ruolo attribuito alla concorrenza tra casse malati quale fattore incentivante l'efficienza e capace di stimolare un certo livello di competizione tra i fornitori di servizi. Se in passato (nell'ambito della LAMI) la concorrenza tra assicuratori malattia era soprattutto legata alla differenziazione delle coperture offerte dalle varie casse malati, con la riforma del 1996 e l'introduzione dell'obbligo di assicurarsi il legislatore ha optato per l'adozione di una copertura omogenea (attraverso la definizione di un pacchetto standardizzato di prestazioni), nella speranza di aumentare la trasparenza del mercato e, agevolando il libero passaggio degli assicurati, di contribuire ad accrescere la concorrenza di prezzo fra le casse malati. Ogni assicuratore è in sostanza tenuto ad offrire, indistintamente a tutti i cittadini adulti di una determinata regione o cantone, la copertura standard in cambio di un premio uguale per tutti. Per rendere meno penalizzante per le casse malati la composizione storica del proprio collettivo di assicurati e al fine di dissuadere da strategie di selezione dei rischi (*cream skimming*) nel 1993 il governo federale, con un decreto federale urgente, ha istituito un fondo di compensazione che contribuisce (attraverso un sistema di versamenti e prelievi per classi di età e di sesso) a livellare la struttura dei rischi fra i vari assicuratori.

Alla standardizzazione della copertura obbligatoria il legislatore ha quindi affiancato la possibilità di sperimentare nuove forme assicurative, legate a modelli di *managed care*, con persone disposte ad acquistarle, su base volontaria, in cambio di una riduzione del premio base.<sup>17</sup>

Attraverso la promozione di contratti esclusivi o con gruppi selezionati di fornitori, le casse malati avrebbero dovuto dar vita ad un sistema di managed competition tra gli operatori sanitari<sup>18</sup> e, grazie alla maggior attenzione di questi ultimi per l'appropriatezza delle prestazioni erogate (rapporto costi-benefici), aumentare la propria fetta di mercato assicurativo in virtù di un premio medio inferiore.

E' importante sottolineare come la concorrenza fra casse malati non abbia sortito finora gli effetti sperati. In primo luogo si è assistito, sul fronte delle casse malati, ad un processo di concentrazione (attraverso politiche di fusione e acquisizione) che dal 1994 al 2000 ha causato un quasi dimezzamento del numero degli assicuratori, passato da 178 a 101. In

---

<sup>17</sup> Si tratta di prodotti assicurativi, già molto diffusi negli Stati Uniti, che comportano una minore libertà di scelta dei fornitori di prestazione da parte dell'assicurato (ad esempio il modello del medico di famiglia, le HMO, i PPO); si veda a proposito Glied (2000).

<sup>18</sup> Con concorrenza di prezzo non si intende principalmente un dumping nelle tariffe quanto piuttosto un contenimento dei volumi di prestazione e quindi del costo medio per paziente curato.

secondo luogo, a distanza di 7 anni dall'introduzione della LAMal, continuano a sussistere forti differenze di premio all'interno di uno stesso cantone, a fronte di un prodotto assicurativo del tutto omogeneo. Se prendiamo ad esempio il Canton Zurigo, nel 2002 il premio per l'assicurazione obbligatoria variava da un minimo leggermente inferiore ai 135 euro al mese ad un massimo di 265, con un valore medio di 169 euro. Il risultato non è a nostro parere sorprendente. La concorrenza di mercato, per funzionare correttamente, ha bisogno che i cittadini siano bene informati sulle offerte presenti sul mercato e che il cambiamento di compagnia assicurativa non comporti costi di transazione elevati. La persistenza di grandi differenze di premio all'interno dei singoli cantoni a fronte dell'identica copertura assicurativa sta tuttavia ad indicare che i costi di informazione ed i costi di transazione<sup>19</sup>, sono tutt'altro che trascurabili. Da notare, che molti assicurati sono infatti rimasti fedeli alla propria cassa malati benché essa, per la medesima copertura, richiedesse un premio del 30-40% superiore al valore medio.

La mancata concorrenza di prezzo fra le casse malati ha sicuramente ostacolato la diffusione capillare dei prodotti assicurativi alternativi legati ai modelli di managed care. Nel 1999 solo un cittadino su 14 aveva effettivamente acquistato uno di questi prodotti, determinando effetti quasi impercettibili sul piano della concorrenza tra i fornitori di servizi.

#### Devoluzione di competenze dai cantoni alla Confederazione

L'introduzione della LAMal nel 1996 segna, nel sistema sanitario svizzero, una svolta nodale, non solo per il fatto di rappresentare la prima vera riforma sul piano federale dopo un immobilismo durato oltre 80 anni, ma anche per alcune sue implicazioni sulla ripartizione delle competenze tra cantoni e Confederazione in campo sanitario. Pur lasciando formalmente ai cantoni il compito di assicurare alla rispettiva popolazione l'accesso a prestazioni sanitarie di buona qualità, la LAMal determina uno spostamento degli equilibri di potere nel campo della regolazione dei servizi sanitari dai cantoni alla Confederazione. E' solo dal 1996 che l'assicurazione malattia diventa obbligatoria sul piano federale ed è solo con la LAMal che viene definito un pacchetto di prestazioni di base garantito a tutta la popolazione svizzera. Questa riforma significa di fatto l'istituzionalizzazione di un servizio pubblico su scala nazionale, dal momento che le prestazioni sanitarie minime, per le quali è dato accesso universale a tutti i cittadini, non possono più essere stabilite per decisione dei singoli governi cantonali. Inoltre, la LAMal rende più omogeneo a livello nazionale il contributo che i cantoni sono tenuti a versare per le degenze ospedaliere negli ospedali pubblici, impone una maggiore internalizzazione degli spillovers positivi (mediante l'obbligo dei cantoni di contribuire finanziariamente alle degenze dei propri cittadini in istituti fuori cantone) e vincola il versamento dei sussidi

---

<sup>19</sup> Fra i costi di transazione occorre includere anche possibili timori relativi alle conseguenze di un cambiamento dell'assicuratore di base per quanto concerne eventuali coperture integrative private contratte presso la stessa cassa malati.

federali per la riduzione dei premi di cassa malati ad una partecipazione finanziaria proporzionale da parte dell'erario cantonale. Infine, il governo federale ottiene con la LaMal e con la prima revisione di quest'ultima, entrata in vigore nel 2001, una serie di nuovi poteri in materia di contenimento dei costi della salute, in particolare una maggiore possibilità di intervento sulla capacità produttiva in esubero esistente nei cantoni<sup>20</sup> e la responsabilità di promuovere strutture tariffali a valenza nazionale in sostituzione di quelle a valenza cantonale.

Benché i cantoni mantengano una forte autonomia nella programmazione dell'offerta sanitaria (capacità produttiva, mix pubblico-privato) e siano loro responsabili di sussidiare i servizi sanitari residenziali (ospedali acuti pubblici e di interesse pubblico, case anziani), il governo centrale ha assunto un ruolo più attivo rispetto al passato, in particolare nel modificare i contenuti del pacchetto di prestazioni sanitarie garantito a tutta la popolazione e nel regolamentare e controllare l'attività delle casse malati. La LaMal ha finito per trasformare in modo significativo la ripartizione delle competenze tra Confederazione e cantoni, senza però condurre ad una modifica della Costituzione e ad un ripensamento del finanziamento pubblico. Questo è sicuramente un punto debole della nuova normativa, poichè un rafforzamento delle competenze della Confederazione dovrebbe essere accompagnato da una modifica costituzionale e soprattutto da un maggior impegno finanziario da parte di quest'ultima.

## **5. Conseguenze del federalismo sull'organizzazione della sanità in Svizzera**

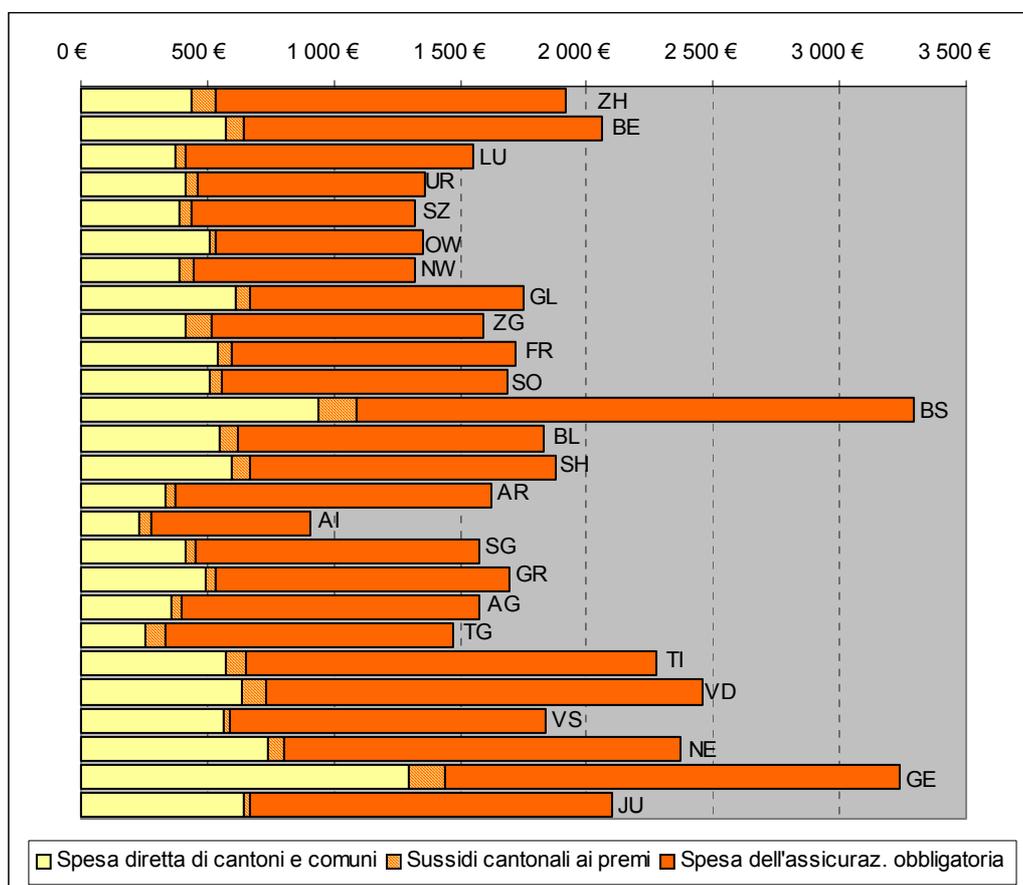
La decentralizzazione delle competenze e della spesa e la forte autonomia dei 26 sub-sistemi sanitari cantonali ha determinato una serie di significative differenze intercantonali, sia sotto il profilo del finanziamento pubblico e della regolamentazione adottata, sia a livello di capacità produttiva.

Una prima grande disparità fra i cantoni è riscontrabile a livello di spesa sanitaria pubblica pro capite (figura 2). Quest'ultima è ottenuta addizionando due componenti fondamentali: (a) i finanziamenti diretti che cantoni e comuni si assumono per l'approvvigionamento sanitario della propria popolazione (in particolare i sussidi agli ospedali pubblici e a quelli privati d'interesse pubblico, la partecipazione alle ospedalizzazioni fuori cantone, i sussidi alle case anziani e ai servizi di assistenza e cura a domicilio) e (b) i trasferimenti ai cittadini meno abbienti quale sussidio al pagamento dei premi dell'assicurazione malattia (è importante segnalare che ogni cantone ha la facoltà di definire il proprio modello per l'attribuzione dei sussidi e, all'interno di un certo margine di manovra sancito dalla Confederazione, stabilire quanto denaro pubblico destinare a questa forma di aiuto ai meno abbienti).

---

<sup>20</sup> Fra questi il potere di limitare il numero di medici liberi professionisti abilitati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia e quello di intervenire, in qualità di istanza di ricorso, sulla pianificazione ospedaliera dei singoli cantoni.

Figura 2 Spesa sanitaria pubblica pro capite (pagamenti diretti + sussidi ai premi dell'assicurazione obbligatoria) e spesa a carico dell'assicurazione obbligatoria nei vari cantoni (2000)



Fonti: UFS (2002), *Coûts du système de santé*, Neuchâtel. UFAS (2002), *Statistiques de l'assurance-maladie 2000*, Berna.

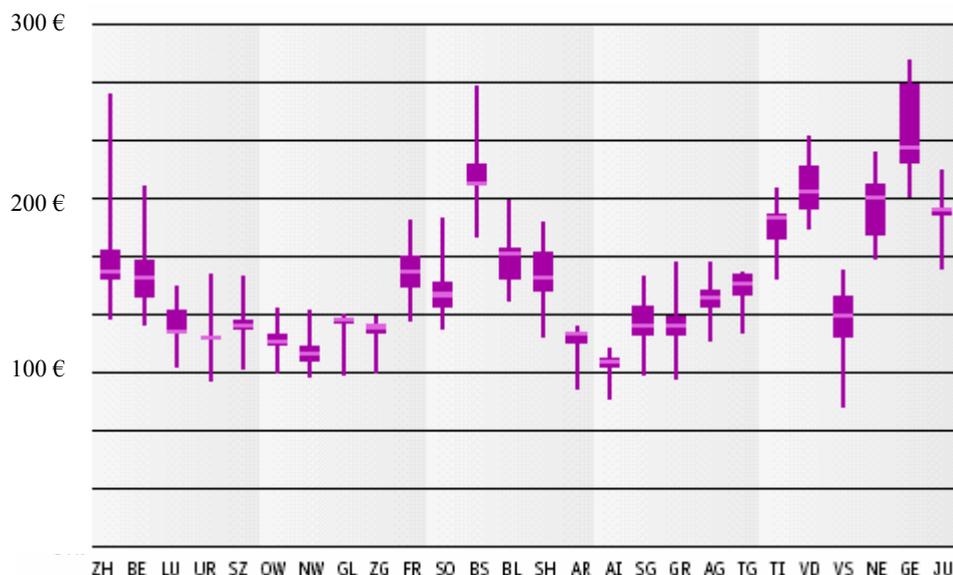
Nel 2000 la spesa sanitaria pubblica pro capite variava dai 278 euro per cittadino di Appenzello Interno (AI)<sup>21</sup> ai 1440 euro di Ginevra (GE). E' importante ricordare che questo indicatore (i finanziamenti che cantone e comuni hanno versato per la sanità) rappresenta solo una parte della spesa per le cure sanitarie di base, alla quale occorre aggiungere la spesa a carico dell'assicurazione obbligatoria, finanziata mediante premi assicurativi indipendenti dal reddito. Le forti differenze riscontrate nella spesa sanitaria pubblica si ripresentano, come evidenziato dalla figura 2, anche a livello di spesa sostenuta dall'assicurazione malattia obbligatoria. Addizionando le due voci di spesa otteniamo la *spesa sanitaria socializzata* che nell'anno 2000 variava da un massimo di 3290 euro pro capite del canton Basilea Città (BS) ad un minimo di soli 910 euro nel canton Appenzello interno.

Se invece di considerare il lato della spesa a carico dell'assicurazione malattia consideriamo il finanziamento di quest'ultima (il livello dei premi), ecco che in figura 3

<sup>21</sup> Un elenco completo delle sigle e dei nomi dei cantoni è riportato in tabella 3.

possiamo constatare quanto ampie siano le differenze fra cantoni e nel contempo quelle all'interno di ogni singolo cantone (ricordiamo che la stessa copertura di base è offerta da più casse malati, ciascuna delle quali calcola il proprio premio su base cantonale). Dal grafico (box-plot) si evince, per ogni cantone, il valore mediano, il premio massimo e minimo e la concentrazione della distribuzione dei premi pagati dal 50% della popolazione cantonale (il rettangolo del box-plot indica la dispersione tra il primo ed il terzo quartile).

Figura 3 Differenze intercantionali e infracantonali del premio per adulti (anno 2000)



Fonte: UFAS (2002), *Statistiques de l'assurance-maladie 2000*, Berna.

Il premio più alto in assoluto (superiore ai 270 euro al mese) è stato pagato nel Canton Ginevra, quello più basso (inferiore ai 90 euro) è stato versato in Vallese (VS). Il valore mediano più alto (pari a circa 340 euro) si trova pure a Ginevra, mentre il valore mediano più basso (circa 108 euro) lo si riscontra nel Cantone di Appenzello Interno.

Combinando questi primi due indicatori possiamo ottenere interessanti indicazioni in merito alla percentuale di spesa sanitaria socializzata finanziata attraverso il ricorso alla fiscalità generale, piuttosto che mediante premi indipendenti dal reddito. La percentuale più elevata viene riscontrata a Ginevra (con il 46%), quella più bassa a Turgovia (TG), dove solo il 26% della spesa sanitaria socializzata è finanziata attraverso le entrate fiscali. Un indicatore ancora più accurato del grado di equità di finanziamento e dunque del peso economico che il premio di cassa malati riveste per il ceto medio lo otteniamo considerando la soglia degli aventi diritto al sussidio ai premi dell'assicurazione obbligatoria in relazione al premio medio cantonale. Nel caso di persone coniugate senza figli, nel 2000 questa soglia variava dai 23'000 euro di reddito imponibile del Canton Ticino (TI) ai 54'240 euro di Basilea Campagna (BL).

Molto ampie sono le differenze tra i cantoni anche sul piano della capacità produttiva in campo sanitario. Consideriamo dapprima la densità di letti acuti (tabella 3). Rispetto alla

media nazionale di 4.5 letti acuti ogni 1000 abitanti, vi sono infatti 3 cantoni che superano di oltre il 35% questa media [Ticino: 6.4 letti; Appenzello interno: 7.3 letti e Basilea Città (BS): 8.1 letti], mentre 4 cantoni hanno una densità inferiore di oltre il 35% il valore nazionale [Zugo (ZG), Svitto (SZ) e Turgovia (TG): 2.9 letti; Nidvaldo (NW): 2.5 letti.

Tabella 3 Densità di letti acuti ogni 1000 abitanti e densità di studi medici ogni 10'000 abitanti (anno 2000)

Cantone	Densità di posti letto acuti per 1000 abitanti	Densità di studi medici ogni 10'000 abitanti	Cantone	Densità di posti letto acuti per 1000 abitanti	Densità di studi medici ogni 10'000 abitanti
Argovia (AG)	4.2	13.9	Nidvaldo (NW)	2.5	10.6
Appenzello interno (AI)	7.3	11.0	Obvaldo (OW)	3.5	9.9
Appenzello esterno (AR)	3.2	15.2	San Gallo (SG)	3.8	15.3
Berna (BE)	4.7	19.8	Sciaffusa (SH)	3.6	18.7
Basilea Campagna (BL)	3.6	18.6	Soletta (SO)	4.1	15.3
Basilea Città (BS)	8.1	35.7	Svitto (SZ)	2.9	11.5
Friburgo (FR)	4.0	14.2	Turgovia (TG)	2.9	12.6
Ginevra (GE)	4.5	32.2	Ticino (TI)	6.4	18.8
Glarona (GL)	3.6	12.5	Uri (UR)	4.9	13.0
Grigioni (GR)	4.6	16.6	Vaud (VD)	5.3	23.8
Giura (JU)	4.7	14.9	Vallese (VS)	4.1	16.8
Lucerna (LU)	3.8	14.1	Zugo (VS)	2.9	16.5
Neuchâtel (NE)	4.3	20.1	Zurigo (ZH)	4.6	21.9
<b>Media Svizzera</b>	<b>4.5</b>	<b>19.3</b>			

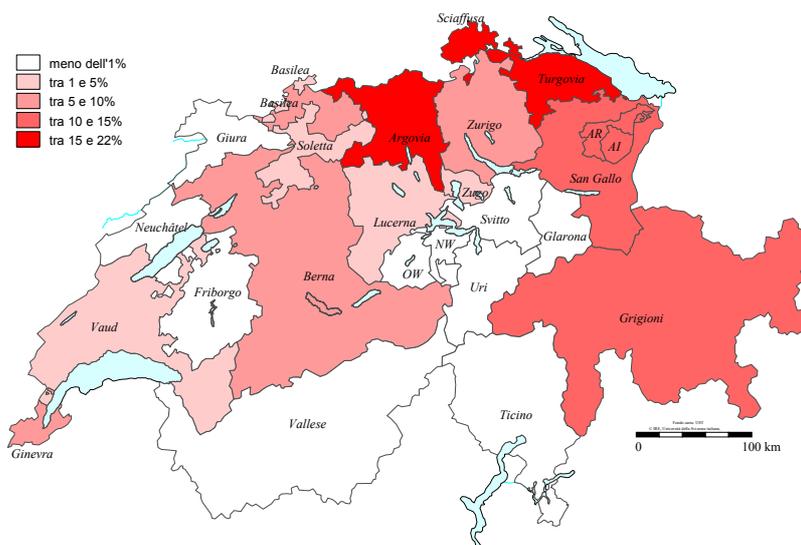
Fonte: UFS, Informations sur le projet "Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros), StatSanté 1/2002, 29 e Bollettino dei medici svizzeri, 2001; 82: Nr 21

Sul fronte della densità degli studi medici le disparità sono addirittura colossali. Si passa infatti dagli oltre 30 studi medici per 10'000 abitanti di Basilea Città e Ginevra, ai 10-11 studi medici ogni 10'000 abitanti di Obvaldo (OW), Nidvaldo, Appenzello Interno e Svitto, mentre la media nazionale si assesta su un valore di 19.3. In Svizzera tutti i professionisti che dispongono della facoltà di esercitare come medico indipendente hanno il diritto di fatturare le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria<sup>22</sup>, secondo uno schema di pagamento all'atto (a prezzi fissati, su base cantonale, in uno specifico tariffario delle prestazioni mediche). Questa situazione determina un contesto particolarmente favorevole a fenomeni di induzione della domanda da parte dell'offerta.

<sup>22</sup> Gli assicuratori malattia hanno l'obbligo di contrarre con tutti i medici che dispongono del libero esercizio, nell'ambito della copertura LAMal. L'esclusione di una parte dei fornitori di prestazione dal rimborso dell'assicurazione obbligatoria è autorizzata solo per assicurati che, volontariamente, si sono affiliati ad un sistema di managed care.

Queste disparità nell'offerta di servizi sanitari a livello cantonale sono riscontrabili pure nella diffusione di nuove forme assicurative e di modelli di managed care che tendono a ridurre la libertà di scelta del fornitore di prestazioni sanitarie. Come illustrato nella figura 4, nei cantoni latini e a Basilea Città, dove esiste un esubero di capacità produttiva ospedaliera e un numero elevato di fornitori di prestazione, gli assicurati sono stati meno propensi ad accettare questi modelli assicurativi, rispetto agli assicurati dei cantoni della Svizzera orientale caratterizzati da una bassa densità di medici e di posti letto.

Figura 4 Percentuale della popolazione che ha scelto delle forme alternative di assicurazione – modelli di managed care (1999)

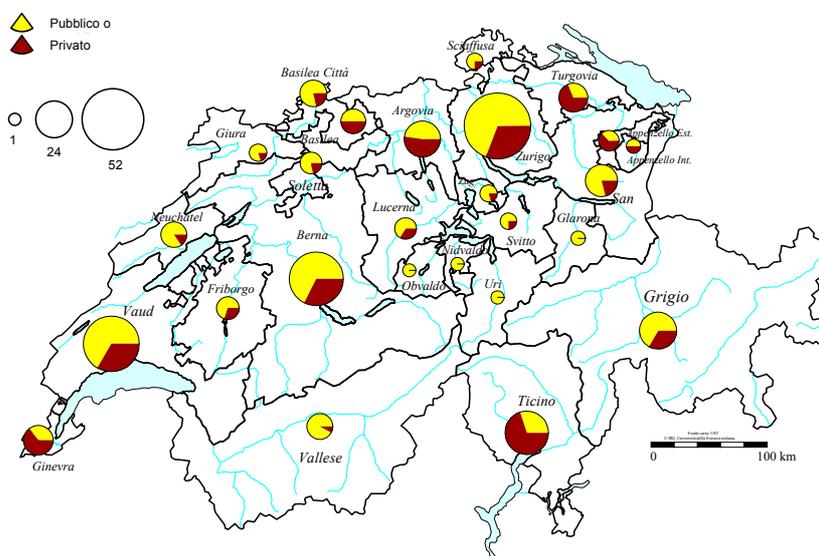


Fonte: Baur, R., *Die Entwicklung besonderer Versicherungsformen im Rahmen des neuen KVG, Soziale Sicherheit* 1/2001, 30-32.

Un ulteriore motivo di eterogeneità fra i cantoni è la frequenza con cui ricorrono le varie forme istituzionali nel settore ospedaliero. Entro i confini territoriali di ogni cantone è stato riprodotto nella figura 5 un grafico a torta. La superficie della torta corrisponde al numero complessivo degli istituti ospedalieri operanti nel rispettivo cantone, mentre la ripartizione della stessa in 2 spicchi rispecchia il peso relativo di ospedali pubblici e cliniche private sussidiate rispetto agli istituti privati non sussidiati. Il mix pubblico-privato ha un'importante ripercussione sulla composizione del finanziamento delle cure LAMal. Quanto più alta è la percentuale di letti privati in un cantone, tanto maggiore risulta essere la parte di finanziamento necessariamente coperta attraverso i premi dell'assicurazione malattia (che ricordiamo sono indipendenti dal reddito dei cittadini). Ne consegue di riflesso una riduzione dell'apporto finanziario del cantone il quale, essendo tenuto a subsidiare solo i letti degli ospedali pubblici e di interesse pubblico, può così ridurre i proventi della fiscalità generale (questi ultimi raccolti in modo progressivo rispetto al reddito dei contribuenti). Una quota più alta di letti privati implica dunque, ceteris paribus, una minore equità di finanziamento. Peculiare appare in questo senso la situazione

ospedaliera dei cantoni Ticino, Turgovia, Ginevra e Appenzello Esterno, contraddistinta da una netta prevalenza di istituti ospedalieri privati non sussidiati.

Figura 5: Rapporto tra numero di ospedali acuti pubblici o privati sussidiati e cliniche private nei vari cantoni (anno 2000)



Fonte: UFS, *Informations sur le projet "Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros), StatSanté 1/2002, 17.*

Quelli appena presentati sono tutti indicatori relativi alla spesa, al livello e alle modalità di organizzazione dell'attività sanitaria nei vari cantoni. A questa analisi fa evidentemente difetto la dimensione dell'efficacia (indicatori di outcome), che ci consentirebbe di determinare se a livelli tanto diversi di spesa e di attività siano associate condizioni di salute e un grado di soddisfazione da parte della popolazione proporzionalmente differenti. Pur considerando le difficoltà esistenti nel misurare l'efficacia di un sistema sanitario, è possibile concludere, sulla base di alcuni semplici indicatori quali il tasso di mortalità sensibile all'intervento sanitario, il grado di soddisfazione della popolazione nei confronti del sistema sanitario cantonale o la percezione soggettiva di razionamento (quale indicatore di liste d'attesa, praticamente inesistenti in tutti i cantoni)<sup>23</sup>, che attualmente a livello svizzero non vi siano significative differenze di efficacia. Questo dato sottolinea pertanto le forti diversità esistenti nella performance dei singoli cantoni in termini di rapporto costi-efficacia. Infatti, a parità di efficacia, la spesa pro capite per la sanità è molto più alta in alcuni cantoni rispetto ad altri. Come avremo modo di precisare più avanti, le importanti differenze cantonali nella spesa pro capite potrebbero in parte essere causate dalla presenza di una capacità produttiva in

<sup>23</sup> Per un'illustrazione di alcuni di questi indicatori a livello di gruppi di cantoni di veda Domenighetti e Crivelli (2001).

esuberano (elevata densità di studi medici e di letti ospedalieri) e di conseguenza essere la conseguenza di una domanda indotta dall'offerta.

Concludendo, il sistema sanitario svizzero sembra garantire a tutti i cittadini un soddisfacente livello di equità di accesso ai servizi sanitari, mentre per quanto concerne il finanziamento del sistema si riscontra un basso livello di equità sia a livello individuale che territoriale.

## 6. Determinanti della spesa sanitaria socializzata a livello cantonale

Un'analisi empirica sui fattori in grado di dar conto delle attuali differenze nella spesa sanitaria socializzata (spesa pubblica di cantoni e comuni + spesa coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria) è stata recentemente condotta da Crivelli, Filippini e Mosca (2003). Riferendosi alla tradizione di studi sui determinanti della spesa sanitaria in ambito internazionale<sup>24</sup> e a livello regionale<sup>25</sup>, Crivelli, Filippini e Mosca (2003), utilizzando dati panel relativi ai 26 cantoni svizzeri per il periodo 1996-2000, hanno stimato il seguente modello di spesa sanitaria socializzata a livello cantonale:

$$SSA_{ij} = f(Y_{ij}, Dme_{ij}, Anz_{ij}, Bamb_{ij}, Diso_{ij}, Denle_{ij}, Dselb_i, T_j) \quad i=1, \dots, 26, j=1996, \dots, 2000 \quad [1]$$

dove  $SSA_{ij}$  rappresenta la spesa sanitaria socializzata pro capite nel cantone  $i$  nell'anno  $j$  (in media, sul piano nazionale, essa ammonta al 52% dei costi della salute complessivi),  $Y_{ij}$  è il reddito pro capite cantonale,  $Dme_{ij}$  è la densità di studi medici,  $Anz_{ij}$  rappresenta la proporzione di ultra settantacinquenni presenti nella popolazione,  $Bamb_{ij}$  rappresenta la proporzione di popolazione con meno di 5 anni,  $Diso_{ij}$  è il tasso di disoccupazione,  $Denle_{ij}$  è la densità di letti negli ospedali acuti. Da ultimo,  $Dselb_i$  è una variabile qualitativa che assume il valore 1 per i cantoni dove i medici hanno la possibilità di dispensare direttamente i medicinali e 0 per gli altri cantoni e  $T_j$  è un indice temporale.

Per la stima econometrica della funzione di spesa cantonale [1] gli autori hanno scelto di adottare la forma funzionale Cobb Douglas o Log-Log. Da un punto di vista econometrico le stime ottenute sono da ritenersi soddisfacenti sia in termini di significatività dei coefficienti, sia in termini del valore aggiustato del coefficiente di determinazione  $R^2$ .

I principali risultati di questo studio empirico possono essere riassunti schematicamente nei cinque punti seguenti:

1. un aumento della densità degli studi medici o della densità di posti letto acuti determina, ceteris paribus, un aumento della spesa sanitaria socializzata a livello cantonale. Ad esempio, un aumento del 10% della densità di studi medici in un cantone determina un aumento della spesa pro capite del 2.3%. Questi risultati evidenziano la possibile

<sup>24</sup> Cfr. Gerdtham e Jönsson (2000).

<sup>25</sup> Ci riferiamo in particolare allo studio di Di Matteo e Di Matteo (1998) sulla spesa sanitaria delle province canadesi.

presenza di un effetto di induzione della domanda da parte dall'offerta (il sistema di remunerazione dei medici nella forma del pagamento per prestazione, ed il sistema di remunerazione degli ospedali nella forma della diaria, sono schemi di rimborso che consentono agevolmente di incrementare il volume delle prestazioni erogate quando sussiste un eccesso di capacità sul fronte dell'offerta);

2. un aumento del 10% della percentuale di popolazione al di sopra dei 75 anni in un cantone determina in media un aumento del 3% della spesa sanitaria socializzata;
3. un aumento del 10% del tasso di disoccupazione comporta un aumento della spesa sanitaria pro capite di 1.1%. Questo risultato sembra essere in sintonia con il recente dibattito sull'impatto delle politiche sociali e sui determinanti socioeconomici della salute;
4. il reddito cantonale pro capite non sembra influire sulla spesa sanitaria pro capite a livello cantonale. Questo risultato attesta il raggiungimento di uno degli obiettivi dichiarati della riforma del sistema sanitario svizzero avvenuta nel 1996, ossia l'istituzione di un servizio universale su scala nazionale. Dal momento che il catalogo delle prestazioni sanitarie di base garantite nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sono le stesse in tutto il paese, il fatto che la spesa sanitaria "socializzata" pur variando notevolmente da cantone a cantone risulti comunque indipendente dal livello del reddito cantonale non fa altro che dimostrare il buon funzionamento del sistema. La ricchezza finanziaria di un cantone non risulta infatti essere necessariamente associata ad una maggior spesa sanitaria socializzata e questo dato attesta il raggiungimento di un obiettivo di equità fra regioni finanziariamente deboli e regioni finanziariamente forti.

## **7. Conclusioni**

A conclusione di questo saggio sul federalismo fiscale nel sistema sanitario svizzero, può essere interessante osservare quanto segue:

- da un punto di vista scientifico, è molto importante analizzare gli effetti economici del federalismo in sanità tenendo presenti le caratteristiche del sistema sanitario di riferimento, per evitare di confondere gli effetti dovuti alla presenza di un sistema federale con quelli determinati dal modello sanitario adottato in un certo contesto. Ad esempio, le forti differenze riscontrate nella spesa sanitaria pubblica pro capite dei cantoni svizzeri sono da imputare sia all'organizzazione del sistema sanitario in generale, sia al decentramento delle competenze in materia sanitaria;
- la decentralizzazione dell'organizzazione e della produzione di servizi sanitari ha il vantaggio d'adattare l'offerta alle esigenze e alle specificità della popolazione locale. Il grado di decentramento dipende comunque molto dalla presenza di economie di scala, di effetti di traboccamento e da problemi di coordinamento delle politiche sanitarie. Da questo punto di vista la dimensione media dei cantoni svizzeri sembra essere troppo piccola per poter organizzare e gestire in modo efficace ed efficiente l'offerta sanitaria. A questo proposito vale la pena ricordare

- che in alcuni Stati federali quali la Germania o il Canada sono gli enti sub-centrali a svolgere un ruolo molto attivo in campo sanitario, ma si tratta di giurisdizioni con una popolazione di circa 5 milioni, praticamente la dimensione dell'intera Svizzera;
- in Svizzera, la combinazione di un sistema di federalismo fiscale con un modello di organizzazione della sanità basata su un sistema assicurativo di tipo privato ha determinato un basso grado di equità nel finanziamento dell'assistenza sanitaria sia a livello individuale che territoriale e 26 piccoli sistemi sanitari cantonali molto eterogenei;
  - come suggerito dall'analisi di Banting e Corbett (2002), in tutti gli stati federali, compresi quelli che hanno operato una forte decentralizzazione delle competenze in materia sanitaria ai poteri locali e/o che non hanno istituito significativi flussi perequativi tra le regioni, si denota l'adozione di soluzioni uniformi sotto il profilo dell'accesso alle cure, dell'offerta sanitaria e dei livelli di spesa sanitaria pro capite. A questo proposito la Svizzera sembra rappresentare, fra gli stati federali, un caso sui generis, soprattutto in considerazione delle enormi disparità esistenti fra i singoli cantoni dal punto di vista della spesa sanitaria socializzata e del livello di capacità produttiva. Con l'adozione della nuova normativa federale in materia sanitaria (LAMal) nel 1996, anche la Svizzera ha avvertito la necessità di assicurare a tutti i suoi cittadini, indipendentemente dal cantone di residenza, l'accesso alle medesime prestazioni sanitarie di base; in particolare il legislatore ha introdotto l'obbligo, per tutti i residenti (svizzeri e non), di stipulare un contratto standard di assicurazione malattia che dà diritto ad un catalogo di prestazioni sanitarie ben definito. Il risultato, evidenziato da Crivelli, Filippini e Mosca (2003), che i livelli di spesa sanitaria socializzata non sono influenzati in modo statisticamente significativo dal benessere cantonale attesta il raggiungimento di questo traguardo e la garanzia di una sostanziale equità di accesso alle cure ai cittadini, indipendentemente dal cantone di residenza;
  - l'insorgere di dinamiche di cost shifting fra i diversi livelli di governo e di problemi di coordinamento delle singole politiche cantonali rende difficile l'introduzione a livello globale di politiche di contenimento della spesa sanitaria. Tra il 1990 ed il 2000 la percentuale dei costi della salute rispetto al PIL è lievitata in Svizzera dall'8.1% al 10.7%, mettendo a nudo le enormi difficoltà incontrate dal sistema politico elvetico nell'adottare misure di contenimento dei costi veramente incisive.
  - Molti cantoni sembrano soffrire di un problema di *cost-effectiveness*, nel senso che per assicurare gli stessi livelli di assistenza sanitaria di fatto debbono ricorrere ad una spesa superiore. Le cause del problema vanno ricercate principalmente nelle difficoltà di controllo dell'offerta in un sistema assicurativo di tipo privato, che fino ad oggi ha rinunciato ad introdurre restrizioni al numero dei fornitori di prestazione e che continua ad operare con modelli di remunerazione dei servizi sanitari che tendenzialmente incentivano l'espansione continua dell'attività medico-sanitaria.

## 8. Bibliografia

Banting, G. e S. Corbett (2002), *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.

Bolgiani, I. (2002), *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités*, Muri, Pubblicazioni della SSPS.

Crivelli, L., M. Filippini e I. Mosca (2003), *Federalismo e spesa sanitaria regionale: Analisi empirica per i cantoni svizzeri*, in: Franco D. e A. Zanardi (a cura di), *Welfare state e decentramento fiscale*, Società italiana di economia pubblica, Milano: Franco Angeli (in corso di pubblicazione).

Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2002), *Regulation, Ownership and Efficiency in the Swiss Nursing Home Industry*, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, II (2), 79-97.

Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2001), *Dimensione ottima degli ospedali in uno Stato federale*, *Economia Pubblica*, XXXI (5), 97-119.

Cutler, D. (2002), *Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical Care Reform*, *Journal of Economic Literature*, 40(3), 881-906.

Di Matteo, L. e R. Di Matteo (1998), *Evidence on the determinants of Canadian provincial Government health expenditures: 1965-1991*, *Journal of Health Economics*, 17(2), 211-228.

Dirindin, N. e E. Pagano (2002) (a cura di), *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Roma: Il pensiero scientifico.

Domenighetti, G. e L. Crivelli (2001), *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*, perizia per conto di Santésuisse.

Filippini, M. (2001), *Economies of scale in the Swiss nursing home industry*, *Applied Economics Letters*, 8, 43-46.

Gerdtham, U.G. e B. Jönsson (2000), *International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis*, in: Culyer, A.J. e J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, North-Holland: Elsevier, 11-53.

Glied, S. (2000), *Managed Care*, in: Culyer, A.J. e J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, North-Holland: Elsevier, 707-753.

Musgrave, R. e P. Musgrave (1984), *Public Finance in Theory and Practice*, New York: McGraw-Hill.

Oates, W. E. (1999), *An Essay on Fiscal Federalism*, *Journal of Economic Literature*, 37 (3), 1120-1149.

Oates, W. E. (1972), *Fiscal federalism*, New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Rüefli, C. e A. Vatter, *Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren*, Bern: 2001.

Stiglitz, J.E. (2000), *Economics of the Public Sector*, New York: W.W. Norton & Company.

Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2001), *Analyse des effets de l'assurance-maladie. Rapport de synthèse*, Berna.

Wagstaff, A. et al., (1999), The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290.

Zweifel, P. e G. Pedroni (1987), *Die Spitalfinanzierung in der Schweiz*, Studien zur Gesundheitsökonomie 10, Basel: Pharma Information.

## QUADERNI DELLA FACOLTÀ

---

*I quaderni sono richiedibili (nell'edizione a stampa) alla Biblioteca universitaria di Lugano  
via Ospedale 13 CH 6900 Lugano  
tel. +41 91 9124675 ; fax +41 91 9124647 ; e-mail: [biblioteca@lu.unisi.ch](mailto:biblioteca@lu.unisi.ch)  
La versione elettronica (file PDF) è disponibile all'URL:  
[http://www.lu.unisi.ch/biblioteca/Pubblicazioni/f\\_pubblicazioni.htm](http://www.lu.unisi.ch/biblioteca/Pubblicazioni/f_pubblicazioni.htm)*

*The working papers (printed version) may be obtained by contacting the Biblioteca universitaria di  
Lugano  
via Ospedale 13 CH 6900 Lugano  
tel. +41 91 9124675 ; fax +41 91 9124647 ; e-mail: [biblioteca@lu.unisi.ch](mailto:biblioteca@lu.unisi.ch)  
The electronic version (PDF files) is available at URL:  
[http://www.lu.unisi.ch/biblioteca/Pubblicazioni/f\\_pubblicazioni.htm](http://www.lu.unisi.ch/biblioteca/Pubblicazioni/f_pubblicazioni.htm)*

---

Quaderno n. 98-01

**P. Balestra**, *Efficient (and parsimonious) estimation of structural dynamic error component models*

Quaderno n. 99-01

**M. Filippini**, *Cost and scale efficiency in the nursing home sector : evidence from Switzerland*

Quaderno n. 99-02

**L. Bernardi**, *I sistemi tributari di oggi : da dove vengono e dove vanno*

Quaderno n. 99-03

**L.L. Pasinetti**, *Economic theory and technical progress*

Quaderno n. 99-04

**G. Barone -Adesi, K. Giannopoulos, L. Vosper**, *VaR without correlations for portfolios of derivative securities*

Quaderno n. 99-05

**G. Barone -Adesi, Y. Kim**, *Incomplete information and the closed-end fund discount*

Quaderno n. 99-06

**G. Barone -Adesi, W. Allegretto, E. Dinenis, G. Sorwar**, *Valuation of derivatives based on CKLS interest rate models*

Quaderno n. 99-07

**M. Filippini, R. Maggi, J. Mägerle**, *Skalenerträge und optimale Betriebsgrösse bei den schweizerische Privatbahnen*

Quaderno n. 99-08

**E. Ronchetti, F. Trojani**, *Robust inference with GMM estimators*

Quaderno n. 99-09

**G.P. Torricelli**, *I cambiamenti strutturali dello sviluppo urbano e regionale in Svizzera e nel Ticino sulla base dei dati dei censimenti federali delle aziende 1985, 1991 e 1995*

Quaderno n. 00-01

**E. Barone, G. Barone-Adesi, R. Masera**, *Requisiti patrimoniali, adeguatezza del capitale e gestione del rischio*

Quaderno n. 00-02

**G. Barone-Adesi**, *Does volatility pay?*

Quaderno n. 00-03

**G. Barone-Adesi, Y. Kim**, *Incomplete information and the closed-end fund discount*

Quaderno n. 00-04

**R. Ineichen**, *Dadi, astragali e gli inizi del calcolo delle probabilità*

Quaderno n. 00-05

**W. Allegretto, G. Barone-Adesi, E. Dinenis, Y. Lin, G. Sorwar**, *A new approach to check the free boundary of single factor interest rate put option*

Quaderno n. 00-06

**G.D. Marangoni**, *The Leontief Model and Economic Theory*

Quaderno n. 00-07

**B. Antonioli, R. Fazioli, M. Filippini**, *Il servizio di igiene urbana italiano tra concorrenza e monopolio*

Quaderno n. 00-08

**L. Crivelli, M. Filippini, D. Lunati**, *Dimensione ottima degli ospedali in uno Stato federale*

Quaderno n. 00-09

**L. Buchli, M. Filippini**, *Estimating the benefits of low flow alleviation in rivers: the case of the Ticino River*

Quaderno n. 00-10

**L. Bernardi**, *Fiscalità pubblica centralizzata e federale: aspetti generali e il caso italiano attuale*

Quaderno n. 00-11

**M. Alderighi, R. Maggi**, *Adoption and use of new information technology*

Quaderno n. 00-12

**F. Rossera**, *The use of log-linear models in transport economics: the problem of commuters' choice of mode*

Quaderno n. 01-01

**M. Filippini, P. Prioni**, *The influence of ownership on the cost of bus service provision in Switzerland. An empirical illustration*

Quaderno n. 01-02

**B. Antonioli, M. Filippini**, *Optimal size in the waste collection sector*

Quaderno n. 01-03

**B. Schmitt**, *La double charge du service de la dette extérieure*

Quaderno n. 01-04

**L. Crivelli, M. Filippini, D. Lunati**, *Regulation, ownership and efficiency in the Swiss nursing home industry*

Quaderno n. 01-05

**S. Banfi, L. Buchli, M. Filippini**, *Il valore ricreativo del fiume Ticino per i pescatori*

Quaderno n. 01-06

**L. Crivelli, M. Filippini, D. Lunati**, *Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz*

Quaderno n. 02-01

**B. Antonioli, M. Filippini**, *The use of a variable cost function in the regulation of the Italian water industry*

Quaderno n. 02-02

**B. Antonioli, S. Banfi, M. Filippini**, *La deregolamentazione del mercato elettrico svizzero e implicazioni a breve termine per l'industria idroelettrica*

Quaderno n. 02-03

**M. Filippini, J. Wild, M. Kuenzle**, *Using stochastic frontier analysis for the access price regulation of electricity networks*

Quaderno n. 02-04

**G. Cassese**, *On the structure of finitely additive martingales*

Quaderno n. 03-01

**M. Filippini, M. Kuenzle**, *Analisi dell'efficienza di costo delle compagnie di bus italiane e svizzere*

Quaderno n. 03-02

**C. Cambini, M. Filippini**, *Competitive tendering and optimal size in the regional bus transportation industry*

Quaderno n. 03-03

**L. Crivelli, M. Filippini**, *Federalismo e sistema sanitario svizzero*