

ASSICURAZIONE MALATTIA

SPIEGATA IN BREVE



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

CHI METTE MANO AL MECCANISMO SI ASSUME DELLE RESPONSABILITÀ

Il sistema sanitario svizzero è tra i migliori al mondo, come confermano studi internazionali. La qualità, l'accesso e l'efficienza non hanno uguali, e questo viene dimostrato quotidianamente. Questa conquista ha però un prezzo: il nostro sistema è costoso. Le spese per la salute ammontano attualmente a circa l'11 per cento del prodotto interno lordo. Nel 2012 sono stati spesi per le prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie circa 28,1 miliardi di franchi, incluse le partecipazioni ai costi.

Il sistema sanitario in Svizzera è paragonabile al meccanismo complesso di un orologio: se si gira una delle sue numerose rotelle, questo comporta conseguenze di ampia portata. Per valutare gli effetti che ne conseguono, delle conoscenze di fondo sulla materia sono essenziali, altrimenti si corre il rischio di compromettere il sistema nel suo complesso.

L'obiettivo di questo opuscolo è quello di trasmettere queste conoscenze di base. In esso spieghiamo i principi e le basi legali dell'assicurazione malattia in Svizzera, sulla base di cifre e fatti. Faremo anche riferimento alle sfide future nell'ambito del sistema sanitario e alle necessarie riforme nell'ambito dell'assicurazione malattia.

Che si tratti di politici, autorità di vigilanza o associazioni di categoria, chi mette mano al meccanismo del nostro sistema sanitario o chi desidera partecipare attivamente alla sua organizzazione deve anche assumersi delle responsabilità. curafutura ne è consapevole e agisce in modo conseguente, nell'interesse di un'assicurazione malattia solidale e nell'interesse degli oltre otto milioni di assicurati nel nostro Paese.

Pius Zängerle
Direttore

ASSICURAZIONE MALATTIA, CHE COS'È?

IL QUADRO LEGALE

Costituzione federale e obiettivi della politica sanitaria

Conformemente alla Costituzione federale (art. 117), la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Essa può dichiararla obbligatoria interamente o in parte. In ottemperanza a questa norma, dal 1996 esiste la legge federale sull'assicurazione malattia LAMal che disciplina l'«assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)», chiamata comunemente anche «assicurazione di base».

L'assicurazione malattia è caratterizzata da quattro obiettivi fondamentali di politica sanitaria:

- ✓ Accesso per tutti → tramite l'obbligo di assicurarsi nonché l'obbligo d'assicurazione da parte dell'assicuratore
- ✓ Prestazioni mediche complete e di elevata qualità → tramite il catalogo delle prestazioni e la garanzia della qualità
- ✓ Solidarietà → tramite il premio unico e la riduzione dei premi individuali
- ✓ Economicità → tramite la concorrenza, che deriva dalla libertà di scelta del fornitore di prestazioni e dell'assicuratore-malattia

Anche se una legge sull'organizzazione dell'assicurazione malattia disciplina in primo luogo quali prestazioni essa debba rimborsare e come debbano essere finanziate, dagli obiettivi della politica sanitaria risulta alla fine tutta una serie di regolamentazioni. Queste sono fino a un certo grado sempre in conflitto tra loro, che si tratti di un sistema di tipo statale o basato sulla concorrenza. La legislazione deve assicurare che i diversi obiettivi vengano armonizzati tra loro. È importante a questo riguardo sottoporre gli effetti delle nuove regolamentazioni e di quelle esistenti sempre a un esame complessivo. Questo riguarda ovviamente non solo la legislazione in senso stretto, ma anche l'emanazione delle relative ordinanze.

Assicurazione di base: concorrenza, ma perché?

Si considera spesso praticamente impossibile conciliare tra loro gli obiettivi della politica sociale e gli strumenti concorrenziali. La presunta contraddizione tra mercato «regolamentato» e assicurazione sociale viene in questi casi esemplificata un po' troppo facilmente con l'organizzazione di altre assicurazioni sociali. Facendo così non si tiene conto del fatto che l'assicurazione malattia non rappresenta un'assicurazione sociale «tradizionale». Infatti, le assicurazioni come l'AVS, l'AD e l'AI forniscono in base a criteri prestabiliti (età, disoccupazione o inabilità al lavoro totale o parziale) delle prestazioni finanziarie chiaramente definite. Esse rappresentano degli strumenti classici per garantire la copertura sociale.

L'assicurazione malattia concede invece, sulla base di criteri poco chiari o perlomeno molto aperti (nozione di malattia: «È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.»)¹, un'assunzione dei costi più o meno aperta verso l'alto. Considerati gli obiettivi della politica sanitaria «accesso per tutti» e «prestazioni mediche complete e di elevata qualità» citati in precedenza, è assolutamente necessario sfruttare i potenziali di efficienza disponibili per evitare che i costi salgano a dismisura. Ed è proprio qui che si manifesta il vero obiettivo dell'approccio concorrenziale nell'assicurazione di base: il raggiungimento e la messa a disposizione di prestazioni qualitativamente elevate a costi sostenibili. L'assicurazione di base non persegue tuttavia uno scopo di lucro, poiché i mezzi devono essere utilizzati esclusivamente per i suoi scopi: vige infatti un «divieto di distribuzione dell'utile».

L'assicurazione di base è soggetta alla sorveglianza da parte del Consiglio federale o dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). La sorveglianza sulle casse malati comprende la verifica da un lato della solvibilità e dall'altro dell'applicazione delle regole conformi alla legge.

¹ Definizione secondo l'art. 3 cpv. 1 LPGA.

**Assicurazione complementare:
l'assicurazione di base non deve e non è tenuta a coprire tutto**

L'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base risulta molto vasta nel confronto internazionale e copre in modo completo tutte le prestazioni necessarie. Molte persone desiderano però usufruire di prestazioni complementari, generalmente di comfort. Queste prestazioni non devono tuttavia essere assicurate tramite il sistema solidale generale, ma possono essere garantite tramite delle coperture aggiuntive individuali.

I costi per le prestazioni che vanno oltre l'ambito della LAMal possono essere coperti tramite la stipulazione di assicurazioni complementari. Quali esempi classici si possono tra l'altro citare la copertura dei costi supplementari per soggiorni nei reparti ospedalieri privati e semi-privati, la libera scelta del medico in ospedale, o ancora l'estensione della copertura delle spese di trasporto e di salvataggio. Le assicurazioni complementari sottostanno alla legge sul contratto di assicurazione (LCA) e quindi all'autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA). A differenza dell'assicurazione di base, un assicuratore può rifiutare dei richiedenti, porre una riserva e richiedere dei premi commisurati ai rischi.

LE PRESTAZIONI

La LAMal presenta una definizione non uniforme per quanto concerne l'assunzione dei costi per le prestazioni. Da un lato esiste, in particolare per i medicinali (elenco delle specialità), le analisi di laboratorio (elenco delle analisi) nonché i mezzi e gli apparecchi (EMAp), una lista esaustiva; dall'altro invece, per quanto concerne le prestazioni mediche, vale il cosiddetto «principio della fiducia». Le prestazioni sono quindi soggette all'obbligo di tariffazione e alla protezione tariffale e devono essere di regola rimborsate, a meno che nell'ambito di un eventuale accertamento delle controversie l'assunzione dei costi non venga rifiutata interamente o in parte.

Questo principio della fiducia garantisce da un lato un rapido accesso a nuove prestazioni, ma dall'altro funziona solo se queste vengono verificate in maniera sistematica in rapporto alla loro economicità, appropriatezza ed efficacia. Su questo punto esiste indubbiamente una necessità d'intervento che deve essere affrontata, tra le altre cose, tramite il rafforzamento

IL FINANZIAMENTO

dei cosiddetti «Health Technology Assessments (HTA)».

Finanziamento duale a livello del sistema

Le prestazioni dell'assicurazione di base vengono finanziate tramite premi e imposte. In aggiunta la Confederazione e i cantoni riducono i premi per le economie domestiche economicamente deboli nell'ambito della riduzione dei premi individuale. Tramite le imposte vengono finanziati inoltre anche i costi per la ricerca e la formazione universitaria. Nonostante il premio unico, il finanziamento dell'AOMS può essere quindi complessivamente considerato equilibrato e sociale.

Premio unico e compensazione dei rischi

L'assicurazione malattia si basa sul principio della solidarietà tra persone sane e malate. Per ragioni di politica sociale vale il principio che un assicuratore deve riscuotere dai suoi assicurati un premio unico. Questo premio viene fissato in base ai costi cantonali e può essere graduato per regioni di premi. Inoltre vengono concessi degli sconti per i modelli assicurativi alternativi, ad esempio nel caso di una limitazione della scelta dei fornitori di prestazioni o di una partecipazione ai costi volontariamente più elevata, la cosiddetta «franchigia». Ciononostante il premio di base rimane unitario. Il premio unico da solo porterebbe tuttavia a una disparità delle condizioni per i diversi assicuratori malattia e quindi per i loro assicurati: gli assicuratori con una buona struttura del rischio avrebbero un vantaggio concorrenziale permanente rispetto agli assicuratori con una struttura del rischio meno favorevole. Per evitare che questo accada, si effettua una compensazione dei rischi tra gli assicuratori. Si evita così che per gli assicuratori possa essere vantaggioso migliorare la struttura del rischio del loro collettivo di assicurati, ossia effettuare una selezione del rischio. I vantaggi concorrenziali risultano quindi dalla migliore economicità e qualità.

Finanziamento a livello delle prestazioni

A livello del finanziamento delle singole prestazioni esistono delle differenze rilevanti tra tipo di prestazione ambulatoriale e stazionaria: mentre le prestazioni ambulatoriali vengono finanziate solo dall'assicurazione malattia, per le prestazioni stazionarie è previsto un cofinanziamento da parte dei cantoni (min. 55 per cento). Questo sistema di finanziamento è spesso oggetto di discussioni di riforma.

Tariffe e prezzi

I fornitori di prestazioni emettono le loro fatture sulla base di tariffe e prezzi. Le tariffe presentano un elemento di misurazione (numero di punti tariffali) e un elemento di valutazione (valore del punto tariffale). La struttura tariffaria riproduce quindi la diversa valutazione delle prestazioni in relazione reciproca tra loro. Dalla moltiplicazione dei punti tariffali con il valore del punto tariffale si ottiene l'importo della fattura per le prestazioni fornite.

I contratti tariffali vengono concordati tra assicuratori e fornitori di prestazioni e sono soggetti all'approvazione da parte del rispettivo cantone, o – in caso di validità nazionale – da parte del Consiglio federale. La LAMal ammette anche la possibilità di convenzioni associative. Le tariffe più conosciute sono quelle del TARMED per il compenso delle prestazioni mediche ambulatoriali e di SwissDRG come sistema di forfait per caso per i soggiorni ospedalieri nell'ambito somatico acuto. Oltre a questi esiste una moltitudine di altri contratti tariffali, ad esempio per fisioterapisti, levatrici, ecc. È importante a questo proposito il fatto che i partner tariffali sono in larga misura liberi nella definizione delle tariffe fintantoché una tariffa risulta conforme all'esigenza di economicità ed equità.

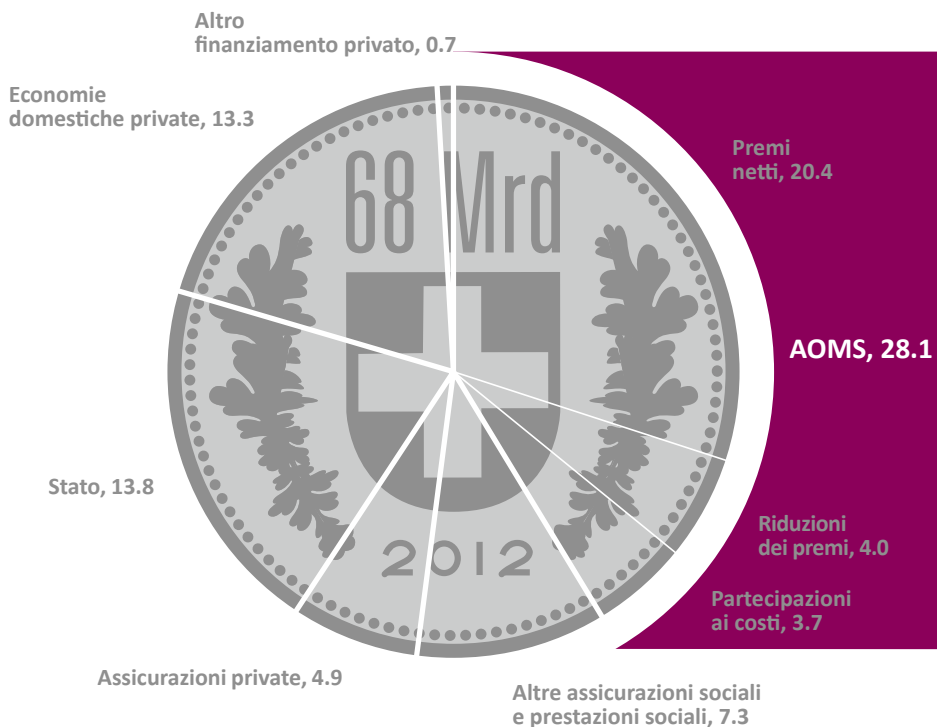
Oltre alle convenzioni tariffali, in determinati casi i prezzi per le prestazioni LAMal vengono fissati dalle autorità competenti. Sono noti a questo riguardo soprattutto gli elenchi dei prezzi massimi che vengono applicati per i medicinali (elenco delle specialità), per le analisi di laboratorio (elenco delle analisi) e per i mezzi e gli apparecchi (EMAp).

I FATTI

Con una percentuale del prodotto interno lordo pari al 10,9 per cento, il settore della sanità in Svizzera rappresenta un ramo importante dell'economia. I costi ammontano nel 2012 complessivamente a 68,0 miliardi di franchi. La maggior parte di questi – circa il 40 per cento – viene finanziata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Lo Stato e le economie domestiche private si fanno carico ciascuno di un 20 per cento, mentre le altre assicurazioni sociali e le assicurazioni private si dividono l'ultimo 20 per cento.

Costi del sistema sanitario svizzero per fonti di finanziamento

2012, in miliardi di franchi

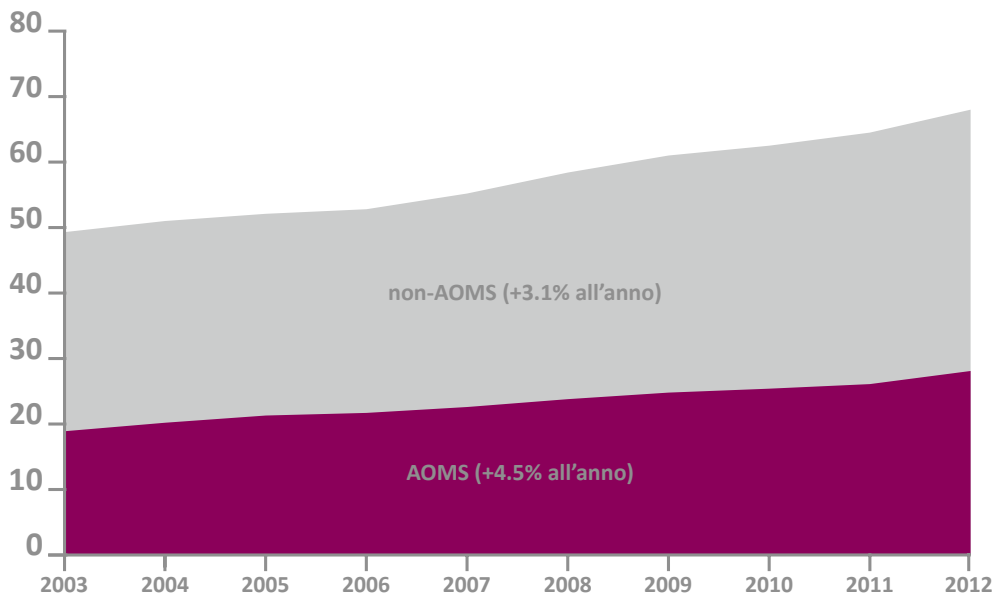


I costi dell'AOMS sono finanziati con i premi che gli assicuratori malattia riscuotono dalle persone assicurate. Nel 2012 queste entrate dei premi ammontavano a 20,4 miliardi di franchi. La Confederazione e i cantoni hanno dato con le riduzioni dei premi un proprio contributo aggiuntivo pari a 4,0 miliardi di franchi. Le persone assicurate hanno inoltre partecipato con 3,7 miliardi di franchi alle spese di cura (franchigie e aliquote percentuali).

I costi sanitari complessivi sono cresciuti tra il 2003 e il 2012 da 49,3 a 68,0 miliardi di franchi. Ciò corrisponde a un aumento del 38,0 per cento, ossia a un aumento medio del 3,6 per cento all'anno. L'evoluzione dei costi dei settori parziali AOMS e non-AOMS presenta un quadro simile, anche se il settore AOMS con in media 4,5 per cento all'anno è cresciuto maggiormente rispetto al settore non-AOMS (3,1 per cento all'anno). Il settore non-AOMS comprende il finanziamento dello Stato (Confederazione, cantoni e comuni), delle economie domestiche private, delle altre assicurazioni sociali e delle assicurazioni private sulle spese sanitarie complessive. L'AOMS finanzia quindi la maggior parte dei costi sanitari complessivi in Svizzera (vedi grafico precedente).

Evoluzione dei costi nel sistema sanitario: AOMS e non-AOMS

2003 – 2012, in miliardi di franchi

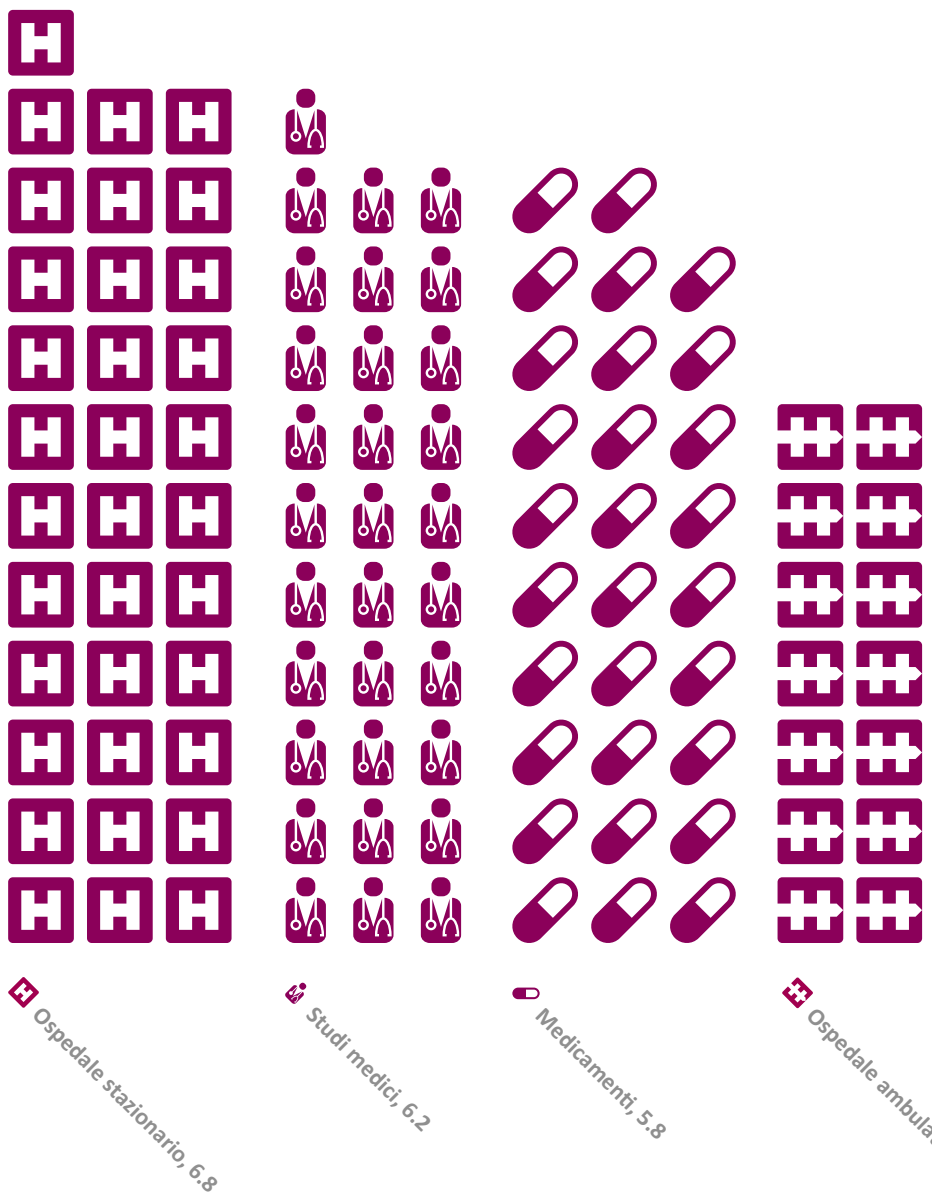


Fonte: UST 2014 (T 14.5.3.1), UFSP 2015 (T 9.15)

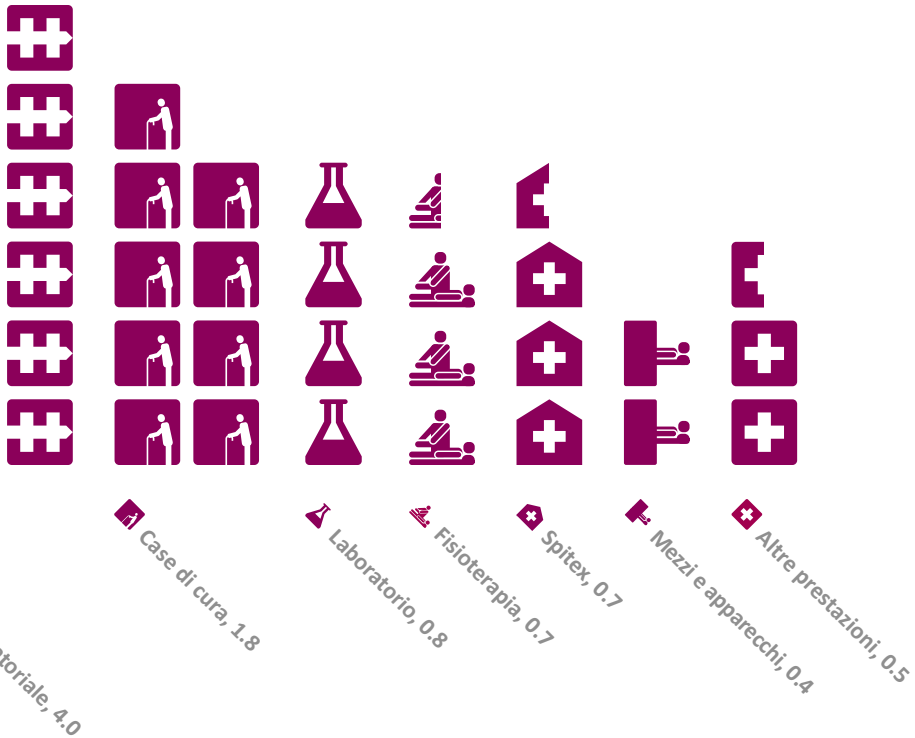
Ma quali sono le prestazioni mediche che vengono finanziate? Per rispondere a questa domanda sono riportati di seguito i gruppi di costo AOMS per tipo di prestazione: le prestazioni ospedaliere stazionarie costituiscono con 6,8 miliardi di franchi nel 2013 il principale blocco di costi, seguite dalle prestazioni dei medici che lavorano negli studi medici (6,2 miliardi di franchi). Al terzo posto si trovano le spese per i medicinali con 5,8 miliardi di franchi. Questi costi riguardano le farmacie, gli studi medici (dispensazione diretta) e il settore ospedaliero ambulatoriale. Dopo i medicinali seguono le prestazioni ospedaliere ambulatoriali che ammontano a 4,0 miliardi di franchi. Gli altri settori di prestazione come le case di cura o i laboratori si dividono i restanti 5,0 miliardi di franchi.

Gruppi di costo AOMS per tipo di prestazione

2013, in miliardi di franchi



Totale
27.9
miliardi di
franchi

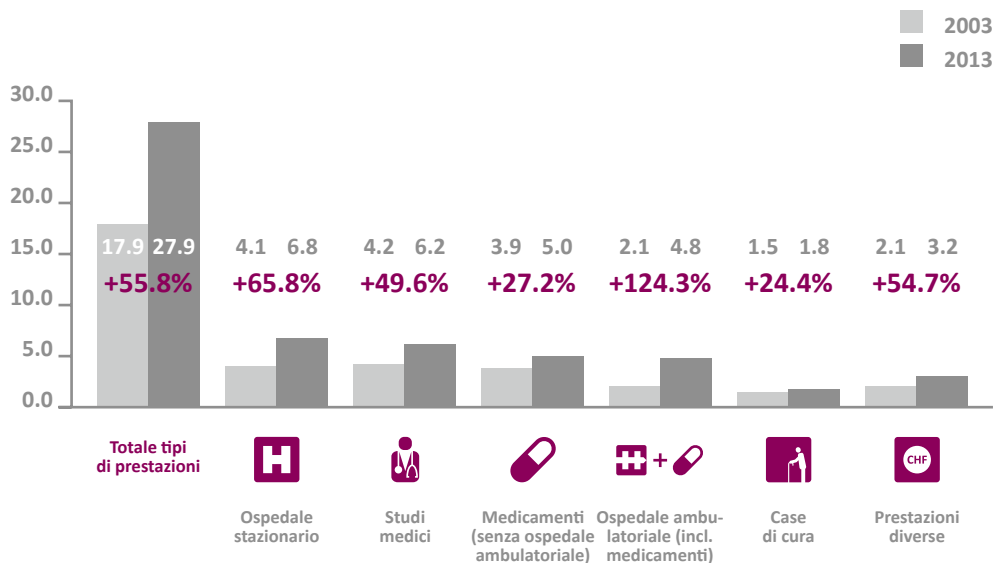


toriale, 4.0

Le spese per le prestazioni AOMS sono cresciute tra il 2003 e il 2013 da 17,9 a 27,9 miliardi di franchi. Ciò corrisponde a un aumento del 55,8 per cento nell'arco di un decennio. Da notare è in particolare il forte aumento nelle prestazioni ospedaliere ambulatoriali che in questo arco di tempo sono più che raddoppiate, da 2,1 a 4,8 miliardi di franchi. Percentuali di crescita inferiori alla media si registrano invece nei settori di prestazione «medicamenti» e «case di cura». Questi due settori di prestazione presentano con 27,2 e 24,4 per cento una crescita più contenuta rispetto agli altri settori.

Evoluzione dei tipi di prestazione AOMS

2003 – 2013, in miliardi di franchi

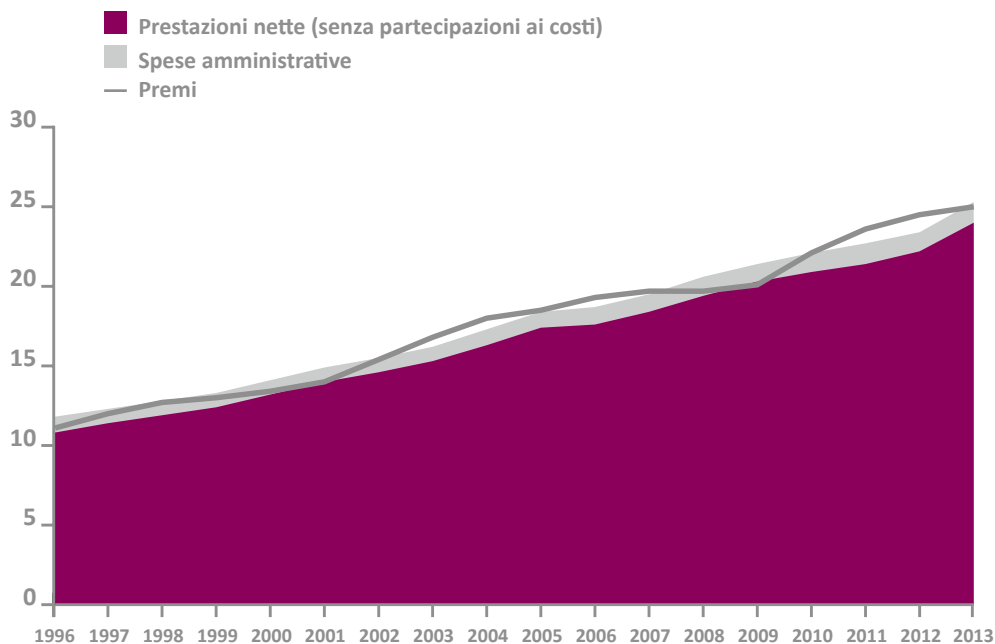


Le prestazioni dell'AOMS sono finanziate con i premi degli assicurati e con la partecipazione ai costi dei pazienti trattati. I premi dell'assicurazione malattia devono coprire le prestazioni nette (totale delle prestazioni AOMS senza partecipazione ai costi) nonché le spese amministrative degli assicuratori. Poiché i premi sono fissati nell'autunno dell'anno precedente mentre le prestazioni AOMS effettive sono note solo l'anno successivo, su base annua risultano inevitabilmente delle differenze tra le entrate dei premi e le prestazioni pagate. Queste differenze si compensano tuttavia se vengono considerate su più anni.

Il grafico seguente confronta a livello nazionale i costi AOMS pagati dagli assicuratori malattia (prestazioni nette e spese amministrative) con le entrate dei premi (incluse riduzioni dei premi) dall'introduzione dell'AOMS nel 1996. Qui si può notare che i costi e i premi sono in equilibrio.

Premi e costi nell'AOMS

1996 – 2013, in miliardi di franchi



Fonte: UFSP 2007, 2015 (T 1.01)

Le prestazioni nette complessive sono più che raddoppiate tra il 1996 e il 2013, da 10,8 a 24,0 miliardi di franchi. Tenendo conto dell'aumento della popolazione, l'aumento delle prestazioni nette per persona assicurata è lievemente inferiore (1996: 1491 franchi; 2013: 2987 franchi). Parallelamente i premi dell'assicurazione malattia sono più che raddoppiati, da 11,1 a 25,0 miliardi di franchi complessivamente. In confronto l'evoluzione del rincaro generale è stata nettamente inferiore: l'indice nazionale dei prezzi al consumo rileva dal 1996 al 2013 un rincaro dell'11,4 per cento.

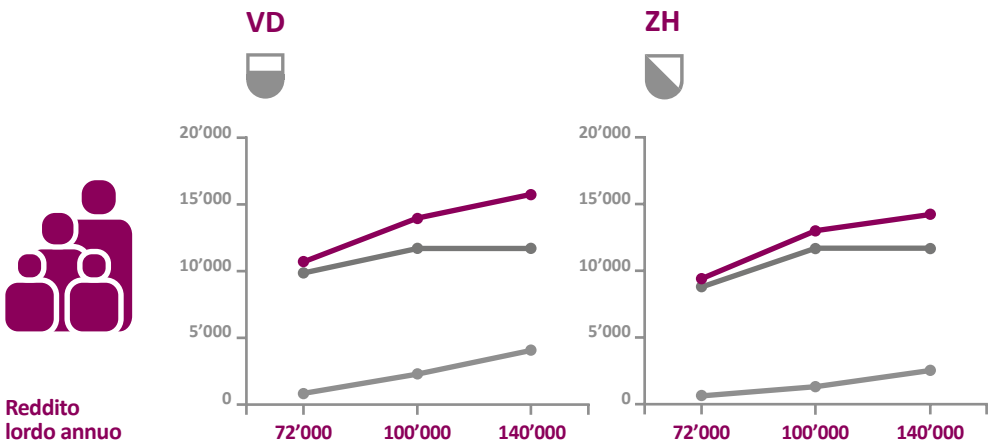
A differenza delle prestazioni nette e dei premi, i costi per il lavoro amministrativo degli assicuratori durante l'intero periodo sono aumentati solo moderatamente, da 960 milioni di franchi nel 1996 a 1'263 milioni di franchi nel 2013. L'incidenza percentuale della spesa amministrativa sui costi AOMS è quindi diminuita in maniera costante. Se nel 1996 ammontava ancora all'8,2 per cento, nel 2013 rappresentava ormai solo il 5,0 per cento.

Come già accennato, le spese complessive nell'AOMS sono finanziate principalmente con le entrate dei premi. Considerata la partecipazione ai costi, i pazienti pagano però una parte anche per conto proprio. Inoltre lo Stato partecipa ai costi complessivi con delle entrate fiscali, tra le altre cose con riduzioni dei premi e un finanziamento proporzionale nell'ambito delle cure ospedaliere stazionarie. L'onere finanziario complessivo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie può risultare quindi molto diversa per le singole economie domestiche. Lo dimostra uno studio commissionato dall'Osservatorio svizzero della salute da cui emergono differenze non solo tra i cantoni, ma anche all'interno degli stessi (Bieri & Köchli, 2013).

Il seguente grafico mostra sull'esempio di una famiglia con due figli l'onere finanziario AOMS medio complessivo nei cantoni di Vaud e Zurigo, prendendo in considerazione tre diverse categorie di reddito. Vengono riportati l'onere effettivo dei premi (al netto di eventuali riduzioni dei premi), la percentuale di imposte per il sistema sanitario, che assieme costituiscono i costi globali dell'AMOS. Non sono invece riportate le partecipazioni ai costi (franchigia e aliquota percentuale) dovute in aggiunta a queste spese complessive.

Onere annuo complessivo nell'AOMS per una famiglia con due figli, in base al reddito lordo annuo (senza partecipazione ai costi)

2012, cantoni di Vaud e Zurigo, in franchi



Canton	Reddito lordo annuo	Onere dei premi			Percentuale imposte per il sistema sanitario			Costi globali AOMS		
		72'000	100'000	140'000	72'000	100'000	140'000	72'000	100'000	140'000
VD	72'000	9'855	832	10'687	832	2'277	13'969	9'855	832	10'687
	100'000	11'692	2'277	13'969	2'277	4'059	15'751	11'692	2'277	13'969
	140'000	11'692	4'059	15'751	4'059	-	-	11'692	4'059	15'751
ZH	72'000	8'786	622	9'408	622	1'312	13'002	8'786	622	9'408
	100'000	11'690	1'312	13'002	1'312	2'519	14'209	11'690	1'312	13'002
	140'000	11'690	2'519	14'209	2'519	-	-	11'690	2'519	14'209

In entrambi i cantoni il premio annuo medio AOMS per una famiglia con due figli era praticamente identico nel 2012 (VD: 11'692 franchi; ZH: 11'690 franchi). L'onere complessivo (inclusa la percentuale di imposte) per le famiglie con un reddito lordo annuo di 72 000 franchi è inferiore al premio medio cantonale AOMS. La differenza viene coperta qui con le riduzioni dei premi finanziate con le imposte. Nel cantone di Zurigo questa differenza è maggiore che nel cantone di Vaud.

Le famiglie con un reddito lordo annuo di 100 000 o 140 000 franchi non ricevono invece alcuna riduzione dei premi. L'onere effettivo dei premi è in questi casi esattamente identico al premio medio AOMS cantonale. Inoltre queste famiglie finanziano il sistema sanitario con una percentuale di imposte che cresce progressivamente più aumenta il reddito. Considerando tutte e tre le categorie di reddito, nel cantone di Vaud l'onere dei premi AOMS risulta più elevato che nel cantone di Zurigo. Poiché i premi medi AOMS sono identici, la differenza è da attribuire unicamente all'onere fiscale differente. Altri cantoni si distinguono a questo riguardo sia nell'onere fiscale che nel premio medio AOMS.

Queste differenze dei costi tra cantoni sono dovute a vari fattori come la struttura dell'età, la densità demografica o l'offerta di prestazioni, ad esempio la densità di medici (Crivelli et al., 2006; Reich et al., 2012; Camenzind & Sturny, 2013). L'aumento dei costi degli ultimi anni in tutti i cantoni è dovuto in primo luogo al generale aumento della quantità di prestazioni mediche. I prezzi e le tariffe per le prestazioni mediche, che non sono aumentati più dell'indice nazionale dei prezzi al consumo, svolgono in questo senso un ruolo secondario (Schleiniger & Blöchliger, 2012).

QUEL CHE CONTA È LA VISIONE D'INSIEME

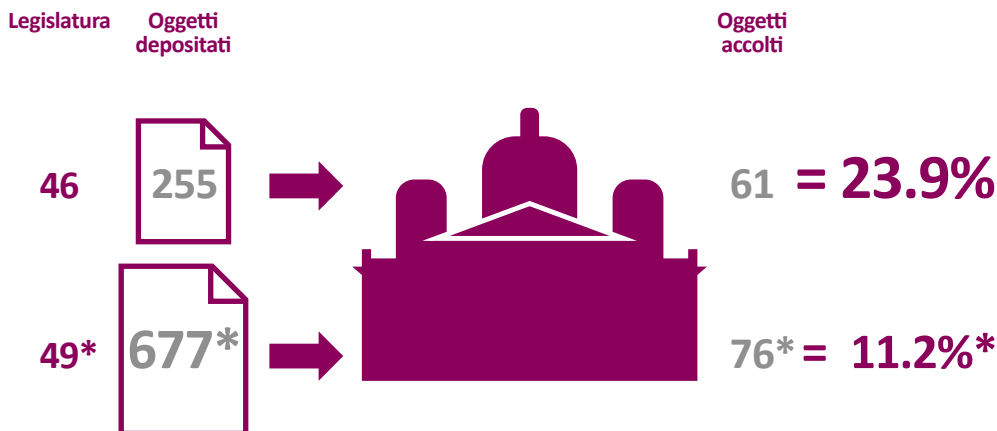
Nel periodo legislativo che si sta per concludere, il Parlamento si è occupato del sistema sanitario in modo intensivo e da svariate prospettive. Una vera e propria marea d'iniziativa parlamentari aveva l'obiettivo di migliorarlo punto per punto e di ridurre al minimo gli incentivi negativi, come si può vedere dal grafico informativo riportato di seguito. Purtroppo in questo modo è andata spesso persa la visione d'insieme.

La più importante modifica di legge relativa al funzionamento dell'assicurazione malattie è stato l'adeguamento della compensazione dei rischi che entrerà in vigore dal 1.1.2017.

Quasi il 90 per cento delle iniziative non sono state però accolte. Si pone quindi immancabilmente la domanda se «meno non sarebbe di più» (“less is more”).

Numero delle iniziative parlamentari sul tema della politica sanitaria

(Iniziativa parlamentari, iniziative cantonali, mozioni, postulati, interpellanze)



*Stato giugno 2015

Fonte: www.parlement.ch

NECESSITÀ DI RIFORMA NELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E NEL SISTEMA SANITARIO

Gli sviluppi demografici e i progressi della tecnica medica pongono non solo l'assicurazione malattia, ma anche il sistema sanitario nel suo complesso, di fronte a grandi sfide. Da un lato si tratterà di rispondere alla domanda crescente di prestazioni sanitarie dovuta all'invecchiamento della società, di consentire i progressi medici e di cura e dall'altro di assicurare il finanziamento a lungo termine. All'assicurazione malattia spetta un ruolo importante nella gestione del sistema che non deve limitarsi in primo luogo a ridurre i costi a breve termine, ma che deve assicurare uno sviluppo sostenibile del sistema. Questa situazione richiede i seguenti passi di riforma indispensabili:

Finanziamento monistico

Oggi l'assistenza sanitaria è finanziata da diversi attori (assicurazioni malattie, cantoni, comuni, ecc.) con interessi e ruoli multipli molto diversi (acquisto di prestazioni, offerente di prestazioni, regolatore). Un finanziamento monistico, vale a dire il finanziamento da un'unica fonte delle prestazioni fornite a livello ambulatoriale e stazionario e degli investimenti, migliorerebbe nettamente la capacità di gestire il sistema nell'interesse degli assicurati.

Assistenza integrata

Oggi è sempre più raro che il trattamento dei pazienti si limiti a semplici episodi ambulatoriali o stazionari. Alle cure partecipano spesso per un periodo prolungato vari medici, terapeuti, servizi e istituzioni. Per fornire trattamenti possibilmente efficaci ed efficienti, è necessario coordinare i diversi attori. Il primo presupposto è rappresentato da una cartella elettronica del paziente, mentre il secondo da incentivi per un'azione coordinata. Con un sistema di finanziamento adeguato, gli assicuratori malattie possono offrire questi incentivi nell'interesse degli assicurati.

Qualità delle prestazioni ed effetto

Negli attuali sistemi tariffali (Tarmed, DRG) le prestazioni fornite sono rimborsate in larga parte senza tener conto della qualità e degli effetti raggiunti nel paziente. Esistono vari sforzi e approcci per includere nel rimborso delle prestazioni non solo l'output ma anche l'outcome o perfino la condizione di salute di una popolazione definita. Gli assicuratori malattie devono sostenere modelli di questo tipo nell'interesse di uno sviluppo sostenibile del sistema sanitario.

ASSUMERE RESPONSABILITÀ, CREARE FIDUCIA

curafutura s' impegna per un sistema sanitario fondato sulla solidarietà e organizzato in modo competitivo, salvaguardando i margini di libertà e le libertà di scelta necessari. Lo scopo dell'associazione è quello di assumere la propria responsabilità sociale in riferimento all'economicità e all'assistenza medica ottimale.

curafutura è un interlocutore competente per i fornitori di prestazioni, le istanze politiche e gli organismi nonché per le organizzazioni dei pazienti e consumatori. Concentrando la propria attenzione sull'innovazione e la cooperazione intende correggere le insufficienze del sistema odierno, senza mettere in pericolo le sue conquiste.

Nella sua Carta curafutura si dichiara favorevole alla concorrenza nel sistema sanitario svizzero quale presupposto di qualità e innovazione. Per conseguire una regolamentazione moderata del sistema in armonia con una governance efficace e un finanziamento sostenibile, curafutura punta su una forte collaborazione tariffaria con i fornitori di prestazioni. Tutto ciò a beneficio della qualità e dell'efficienza nell'assistenza medica.



LETTERATURA E FONTI

- UFSP (2007).** *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006.*
Bern: Ufficio federale della sanità pubblica.
- UFSP (2015).** *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013.*
Bern: Ufficio federale della sanità pubblica.
- UST (2014).** *Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes.* Neuchâtel: Ufficio federale di statistica.
- Bieri, O. & Köchli, H. (2013).** *Regionale Unterschiede bei der Belastung durch die obligatorischen Gesundheitsausgaben. OKP-Prämien, Prämienverbilligungen und Steueranteile für das Gesundheitswesen im kantonalen und kommunalen Vergleich (Obsan Dossier 25).*
Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute.
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2013).** *Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und möglich Erklärungsfaktoren (Rapporto Obsan 59).* Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute.
- Crivelli, L., Filippini, M. & Mosca, I. (2006).** *Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons.* *Health Economics*, 15(5): 535-541.
- Reich, O., Weins, C., Schusterschitz, C. & Thöni, M. (2012).** *Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence.* *European Journal of Health Economics*, 13(2): 193-202.
- Schleiniger, R. & Blöchliger, J. (2012).** *Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010.*
Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW), Fachstelle für Wirtschaftspolitik.



Gutenbergstrasse 14
CH-3011 Berna
+ 41 31 310 01 80
info@curafutura.ch
www.curafutura.ch