



Domande frequenti (FAQ) sul finanziamento uniforme delle prestazioni sanitarie

Stato: 27 agosto 2024

1. Che cos'è il «finanziamento uniforme delle prestazioni sanitarie»?

Oggi le prestazioni ambulatoriali sono finanziate esclusivamente dagli assicuratori-malattie, mentre quelle stazionarie (che richiedono un ricovero in ospedale di almeno una notte) sono finanziate congiuntamente dagli assicuratori e dai Cantoni. I Cantoni, quindi i contribuenti, coprono almeno il 55 per cento dei costi e gli assicuratori, quindi chi paga i premi, il 45 per cento restante.

Per le cure dispensate nelle case di cura e a domicilio, gli assicuratori e i pazienti pagano contributi limitati. L'importo dei contributi è stabilito dal Consiglio federale, mentre i Cantoni sono responsabili del finanziamento residuo.

Grazie al finanziamento uniforme, questi tre regimi di finanziamento sono sostituiti da uno solo. **Tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), siano esse stazionarie, ambulatoriali o di cura, saranno finanziate secondo la stessa chiave di ripartizione da Cantoni e assicuratori:** almeno il 26,9 per cento dei costi netti (al netto della franchigia e dell'aliquota percentuale degli assicurati) sarà assunto dai Cantoni e al massimo il 73,1 per cento dagli assicuratori.

In questo modo il finanziamento non dipenderà più dal tipo di prestazione fornita (ambulatoriale, stazionaria o di cura). Per le prestazioni di cura i pazienti continueranno a pagare un contributo limitato, stabilito come finora dal Consiglio federale.

2. Qual è l'obiettivo della riforma?

L'obiettivo principale della riforma è migliorare la qualità delle cure, rendendole finanziariamente più sostenibili per coloro che pagano i premi ed eliminando diversi incentivi controproducenti legati all'eterogeneità del finanziamento.

1: Oggi l'eterogeneità del finanziamento porta i vari attori a considerare solamente i propri interessi e a non considerare il quadro d'insieme. Gli assicuratori, per esempio, sono reticenti a privilegiare le prestazioni ambulatoriali, in prevalenza meno onerose delle cure stazionarie, perché i Cantoni assumono più della metà dei costi dei ricoveri ospedalieri. **Il finanziamento uniforme accelererà il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale, contribuendo a contenere i costi.**

2: Negli ultimi dieci anni, l'aumento percentuale dei costi a carico degli assicuratori, e dunque l'aumento dei premi, è stato nettamente più elevato di quello dei costi assunti dai Cantoni. Ciò è dovuto al fatto che il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale è avvenuto comunque e che il conseguente incremento delle prestazioni ambulatoriali è stato finanziato integralmente dall'AOMS. **Il finanziamento uniforme porrà fine al trasferimento dell'onere a scapito di coloro che pagano i premi.**

3: L'assenza di coordinamento tra i fornitori di prestazioni genera prestazioni superflue (esami e trattamenti doppi, visite mediche inutili, trattamenti inappropriati) e dunque costi inutili. Poiché i costi del coordinamento sono maggiori nel settore ambulatoriale, ma i risparmi si realizzano spesso nel settore stazionario (evitando il ricovero ospedaliero) o nelle prestazioni di cura (con l'entrata ritardata in casa di cura), con il regime di finanziamento attuale, gli assicuratori sono meno incentivati a promuovere in modo particolare il coordinamento e a remunerarlo in maniera più attrattiva per i fornitori di prestazioni. **Il finanziamento uniforme rafforzerà il coordinamento delle cure.** Il potenziale di risparmio che ne risulterebbe potrebbe raggiungere i 440 milioni di franchi all'anno.

3. Che cosa cambierà per gli assicurati e i pazienti?

Per i pazienti e gli assicurati non cambierà molto. I pazienti dovranno continuare a trasmettere le fatture dei fornitori di prestazioni agli assicuratori, che rimborseranno i costi dopo aver dedotto la partecipazione ai costi. Quest'ultima consisterà sempre nella franchigia scelta e nell'aliquota percentuale del 10 per cento, fino a un importo massimo di 700 franchi. La partecipazione ai costi massima rimarrà dunque invariata. Le persone bisognose di cure continuano a pagare un contributo ai costi delle prestazioni di cura. L'ammontare di tale contributo continuerà a essere fissato dal Consiglio federale, che deve mantenerlo invariato e non può aumentarlo per almeno quattro anni.

Il finanziamento uniforme intende inoltre migliorare la qualità delle cure per i pazienti e sgravare finanziariamente chi paga i premi. Con un miglioramento del coordinamento delle cure, i trattamenti proposti ai pazienti dovrebbero così rispondere meglio alle loro esigenze. Si auspica che i problemi sanitari siano individuati precocemente e il numero di ricoveri ospedalieri diminuisca. Inoltre, con il finanziamento uniforme i premi dovrebbero essere inferiori a quelli attuali (v. risposta alla domanda 4).

4. Come evolveranno i premi?

Negli ultimi dieci anni, l'aumento percentuale dei costi a carico degli assicuratori, e dunque l'aumento dei premi, è stato nettamente più elevato di quello dei costi assunti dai Cantoni. Questo perché i Cantoni non partecipano ai costi delle prestazioni ambulatoriali (ad eccezione delle prestazioni di cura), in forte crescita, ma soltanto a quelli delle prestazioni stazionarie, che sono in leggero aumento. I costi sono quindi passati dall'essere finanziati tramite le imposte ad essere finanziati dai premi. Il finanziamento uniforme porrà fine al trasferimento dell'onere a scapito di coloro che pagano i premi. I Cantoni partecipano anche ai costi ambulatoriali, che sono in forte aumento. Il finanziamento uniforme delle prestazioni comporta un contributo leggermente maggiore ai costi di cura, anch'essi in notevole crescita, da parte di chi paga i premi, tuttavia questi costi rappresentano un volume di quattro volte inferiore a quello delle prestazioni ambulatoriali. Dal punto di vista dei premi, è quindi molto più rilevante che con il nuovo regime di finanziamento i Cantoni contribuiscano anche alle prestazioni ambulatoriali. Nel complesso, i premi saranno dunque notevolmente inferiori a quelli previsti in caso di mantenimento del sistema attuale.

Questo avverrà anche considerando i costi dell'evoluzione demografica e dell'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche.

5. Che cosa cambierà per i Cantoni?

Le competenze dei Cantoni si estenderanno al settore ambulatoriale e resteranno invariate in quello stazionario.

Nel settore stazionario: i Cantoni conserveranno le loro competenze attuali. Continueranno a essere responsabili della pianificazione ospedaliera, della definizione di un budget complessivo se lo riterranno necessario, della ricezione delle fatture originali delle prestazioni stazionarie e dell'esame di tali fatture. Inoltre, resteranno esentati dal pagamento delle prestazioni degli ospedali convenzionati, ossia quelli che non hanno ricevuto un mandato di prestazione dal Cantone.

Nel settore ambulatoriale: i Cantoni avranno a disposizione diversi nuovi strumenti per gestire l'offerta e i costi in questo settore. Parteciperanno all'organizzazione tariffale per i trattamenti medici ambulatoriali e alla nuova organizzazione tariffale per le prestazioni di cura. Per quanto riguarda i fornitori di prestazioni ambulatoriali, i Cantoni potranno limitare le autorizzazioni a una determinata categoria se in quest'ultima l'aumento dei costi o il livello dei costi è superiore alla media svizzera.

I **contributi cantonali** saranno calcolati sulla base dei costi effettivamente assunti dagli assicuratori (al netto della franchigia e dell'aliquota percentuale) per le prestazioni dell'AOMS. I Cantoni verseranno i loro contributi a un nuovo comitato specializzato dell'Istituzione comune LAMal, al quale prenderanno parte. I contributi cantonali saranno poi distribuiti ai singoli assicuratori in base ai costi effettivi delle prestazioni. Rispetto al periodo 2016–2019, il passaggio a un finanziamento uniforme sarà neutrale sotto il profilo dei costi per tutti i Cantoni.

6. Che cosa cambierà per gli assicuratori?

Con il finanziamento uniforme gli assicuratori si faranno carico dell'intera remunerazione dei fornitori di prestazioni, compresi i contributi cantonali. Riceveranno i contributi cantonali in un secondo tempo, per il tramite dell'Istituzione comune LAMal.

Rispetto al periodo 2016–2019, il passaggio a un finanziamento uniforme sarà neutrale sotto il profilo dei costi per tutti gli assicuratori.

Per le prestazioni di cura, gli assicuratori negozieranno le tariffe con i fornitori di prestazioni. Saranno maggiormente incentivati a investire nella creazione di modelli assicurativi che promuovono le cure coordinate e a favorire il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale.

Per il resto, il ruolo degli assicuratori resterà perlopiù invariato. Il nuovo regime di finanziamento non prevede di accordare loro competenze supplementari. Dovranno continuare ad assumere le prestazioni definite a livello federale e rispettare i principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (principi EAE). L'adeguamento della parte finanziata dagli assicuratori (aumento nei settori stazionario e delle cure e diminuzione nel settore ambulatoriale) non comporta alcun cambiamento alle loro competenze.

7. Che cosa cambierà per i fornitori di prestazioni e il personale sanitario?

Per la maggior parte dei fornitori di prestazioni non cambierà molto: continueranno a erogare le prestazioni assicurate e saranno remunerati attraverso le tariffe negoziate con gli assicuratori. Inoltre, come avviene oggi, invieranno le loro fatture agli assicurati o direttamente agli assicuratori.

Tuttavia, il finanziamento uniforme porterà anche qualche cambiamento. Gli assicuratori saranno infatti maggiormente incentivati a promuovere la fornitura di prestazioni ambulatoriali e il coordinamento. Di questo potrebbero trarre vantaggio soprattutto il settore ospedaliero ambulatoriale, le reti di cure coordinate e i medici di famiglia. Inoltre, se grazie al trasferimento al settore ambulatoriale e a un migliore coordinamento vengono evitati trattamenti stazionari o ritardate alcune ammissioni nelle case di cura, una parte del personale di cura avrebbe maggiori capacità da destinare alle cure di lunga durata, attenuando in parte la carenza di personale.

Nel settore delle cure di lunga durata, invece, i cambiamenti saranno più importanti. Oggi i Cantoni stabiliscono il finanziamento residuo senza dover necessariamente consultare i fornitori di prestazioni. La valutazione del finanziamento delle cure attuale ha mostrato che il finanziamento residuo è considerato parzialmente insufficiente. Con il finanziamento uniforme, le tariffe delle prestazioni di cura dovranno coprire i costi di una fornitura efficiente delle prestazioni. I fornitori di prestazioni, compresi gli infermieri indipendenti, saranno rappresentati nell'organizzazione tariffale competente per la struttura tariffale e, in questo modo, potranno negoziare le tariffe con gli assicuratori e sottoporle al Cantone per approvazione. Ciò dovrebbe migliorare le condizioni quadro per il personale di cura.

8. Chi si farà carico delle cure di lunga durata nelle case di cura nonché delle cure e dell'aiuto a domicilio?

Attualmente: le prestazioni di cura sono finanziate dall'AOMS (contributi limitati dell'AOMS stabiliti anche dal Consiglio federale), dai Cantoni (finanziamento residuo) e dagli assicurati stessi (contributi limitati dei pazienti per le prestazioni di cura stabiliti dal Consiglio federale). Ogni Cantone è responsabile del finanziamento residuo ed è libero di organizzarlo come desidera, ragion per cui vi sono grandi differenze fra i Cantoni.

Con il finanziamento uniforme: a partire dal 2032, anche le prestazioni di cura saranno finanziate in base alla nuova chiave di ripartizione. I fornitori di prestazioni, gli assicuratori e i Cantoni elaborano insieme una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera al fine di remunerare le prestazioni di cura nelle case di cura e a domicilio. Questo nuovo regime di remunerazione delle prestazioni di cura dovrà rispettare i requisiti della LAMal. In particolare, le tariffe dovranno coprire i costi di una fornitura efficiente delle prestazioni. Ciò dovrebbe migliorare le condizioni quadro per il personale di cura.

Il contributo dei pazienti ai costi delle prestazioni di cura sarà mantenuto. Il Consiglio federale continuerà ad avere la competenza di stabilire e adeguare l'importo di tale contributo. Tuttavia, l'importo attuale di quest'ultimo non potrà aumentare nei primi quattro anni successivi all'integrazione delle prestazioni di cura nel finanziamento uniforme.