

Punti di vista della CSS in merito a questioni importanti di politica sanitaria

1. Cassa unica (cantonale)

L'elettorato svizzero ha rifiutato a più riprese l'idea di una cassa unica statale. Da ultimo, il 28 settembre 2014 l'iniziativa per una cassa malati pubblica è stata nettamente respinta, con un 61,8% di «no». Quindi, la popolazione continua chiaramente a sostenere il sistema sanitario concorrenziale e finanziato in modo solidale. Nell'autunno 2017, nella Svizzera romanda è stata lanciata un'iniziativa popolare a favore di casse uniche cantonali, che però non è riuscita a causa di un numero insufficiente di firme. Nel 2020 il Canton Neuchâtel ha lanciato un progetto identico sotto forma di iniziativa cantonale. Tuttavia, il Parlamento ha rifiutato ancora una volta una riproposizione della cassa unica cantonale. Negli ultimi mesi si è riaccesa con forza la discussione in merito a una cassa unica pubblica. Infatti, nell'agosto 2023 le delegate e i delegati del PS hanno riflettuto sul lancio di una nuova iniziativa per una cassa malati unica statale. L'iniziativa mira a richiedere che ogni Cantone abbia una propria cassa malati pubblica, con la possibilità di creare casse intercantionali. I premi sarebbero legati alla capacità economica e non potrebbero superare il 10% del reddito.

La CSS rifiuta sia una cassa unica per tutta la Svizzera, sia casse uniche a livello regionale e cantonale. La concorrenza tra gli assicuratori malattie si traduce oggi in un'elevata qualità e in un controllo efficace delle fatture, permette di evitare prestazioni erogate inutilmente e va a vantaggio di chi paga i premi. Le persone assicurate possono anche optare per una varietà di offerte innovative e approfittare di ribassi dei premi scegliendo un modello alternativo di assicurazione. In un sistema con una cassa unica le persone assicurate perderebbero la possibilità di cambiare la loro assicurazione malattie, prevista dalla legge. Si deve inoltre partire dal presupposto che in una cassa detentrici di un monopolio, senza concorrenza, aumenterebbero i costi di amministrazione. Inoltre, con l'idea di una cassa unica si perseguirebbe l'obiettivo di ridurre in misura massiccia le riserve, il che metterebbe in pericolo la stabilità finanziaria dell'istituzione già qualora si verificassero minimi errori di valutazione dello sviluppo dei costi. Una tale destabilizzazione finanziaria potrebbe essere corretta soltanto con un massiccio aumento dei premi o un aumento delle imposte.

2. Vigilanza delle assicurazioni complementari (FINMA)

L'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) esercita, fra l'altro, compiti di vigilanza sull'assicurazione malattie complementare. Verifica che i premi previsti rimangano in un contesto che da un lato garantisca la solvibilità dei singoli istituti di assicurazione e d'altro lato protegga le persone assicurate dall'abuso. Gli assicuratori possono offrire i loro prodotti solo dopo che la FINMA ha approvato i premi.

La protezione delle persone assicurate dall'abuso è un aspetto centrale e indiscusso della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA). La legge non ha mai specificato concretamente cosa si intenda per abuso. Tuttavia, l'attuale definizione degli abusi presso la FINMA e i conseguenti interventi nella libertà imprenditoriale e nell'autonomia contrattuale degli assicuratori sono di ampia portata.

La CSS riconosce l'importanza di una vigilanza politicamente indipendente e trasparente. Le assicurazioni malattie complementari sono tuttavia controllate secondo criteri più severi rispetto alle altre assicurazioni contro i danni. La CSS richiede perciò un'equità di trattamento e rifiuta interventi atti a limitare la libertà decisionale imprenditoriale che si fondano su basi legali insufficienti. Si impegna in favore di condizioni quadro che permettano di avere un margine di manovra sufficiente per offrire possibilità assicurative individuali e innovative.

Ulteriori informazioni sulla tematica dell'assicurazione complementare sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 2/2021.

3. Cure integrate

La CSS attribuisce un valore prioritario alla promozione delle cure integrate. Le cure integrate sono intese a disciplinare in maniera vincolante il pilotaggio delle prestazioni e dei pazienti per tutto il percorso del loro trattamento, il che migliora la qualità di quest'ultimo generando risparmi nell'ambito dei costi delle prestazioni. Le cure integrate permettono ai clienti e ai clienti di approfittare di una migliore qualità e di costi minori, ottenuti grazie a trattamenti efficienti. Con l'attuazione della compensazione dei rischi più affinata si rafforzano gli stimoli atti a favorire la diffusione di modelli di cure integrate. La CSS vede ulteriori possibilità di promozione delle cure integrate nell'introduzione di un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS). L'EFAS permette ribassi supplementari nei modelli di cure integrate, il che rende questi ultimi più interessanti. Va invece evitata una definizione ristretta delle cure integrate nella legge, visto che essa può impedire l'attuazione di idee innovative.

La CSS riconosce la volontà del Consiglio federale di promuovere ulteriormente le cure integrate nel quadro del secondo pacchetto di misure per il contenimento dei costi. L'obiettivo del Consiglio federale, vale a dire garantire con le reti il coordinamento dell'assistenza medica lungo tutta la catena dei trattamenti, è fondamentale da accogliere con favore. Già oggi la CSS dispone delle possibilità che soddisfano l'obbligo del Consiglio federale in materia di coordinamento del trattamento lungo tutta la catena dell'assistenza medica e ritiene mirata una strutturazione della collaborazione sotto forma di partenariato tariffale.

Le persone assicurate approfittano già oggi di buoni contratti dei partner tariffali: circa il 70 per cento delle persone assicurate ha già limitato la propria scelta dei fornitori di prestazioni. In questo modo i loro costi corretti in funzione del rischio risultano inferiori, vale a dire che questa limitazione permette davvero di risparmiare sui costi. Per rafforzare i modelli efficienti sarebbe importante mettere direttamente in relazione il coordinamento con i risparmi sui costi delle prestazioni e tradurre questo collegamento nei ribassi accordati. L'ammontare del ribasso accordato per un modello deve dipendere maggiormente dal suo risultato per quanto riguarda il coordinamento. Questo è già possibile nell'attuale quadro legale, ma è troppo poco richiesto e applicato dalle autorità di vigilanza. Naturalmente, i modelli classici di managed care hanno fatto il loro corso, in quanto danno ai fornitori di prestazioni troppi pochi incentivi economici a coordinare l'intero percorso del trattamento. Soprattutto la digitalizzazione offre altre possibilità per interconnettersi tramite i medici per le cure primarie. Nel concreto, ad esempio, con una piattaforma online come WELL, che garantisce cure integrate con supporto digitale.

Ulteriori informazioni sulla tematica delle cure integrate sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 2/2020.

4. Compensazione dei rischi

Un sistema d'assicurazione obbligatoria con obbligo d'ammissione e premio unitario necessita di una compensazione dei rischi tra gli assicuratori ben funzionante. Altrimenti, nel sistema in vigore, gli stimoli a crearsi un portafoglio con molti «buoni rischi» (e il meno possibile «cattivi rischi») sono eccessivi. La caccia alle persone in buona salute e l'emarginazione degli ammalati perdono d'interesse se si procede a un'ottimizzazione del sistema della compensazione dei rischi. Questa è la premessa necessaria ai fini di una concorrenza utile dal punto di vista politico-economico e incentrata sui costi delle prestazioni. Perciò la CSS ha approvato l'ulteriore perfezionamento del sistema di compensazione dei rischi mediante l'applicazione in due fasi di un ulteriore fattore di morbilità (costi dei medicinali dal 2017 e gruppi di costo farmaceutici dal 2020). L'attuale struttura della compensazione dei rischi si è dimostrata valida e ha contribuito a consolidamenti nel mercato delle assicurazioni malattie; un ulteriore ampliamento non è indicato.

Nel 2023 il Consiglio federale ha adottato una modifica dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OcOR). La modifica dell'ordinanza permette di completare la statistica di mercato globale sulla compensazione dei rischi con ulteriori informazioni (mesi assicurativi, prestazioni lorde, partecipazioni ai costi, ecc.). Ciò permette agli assicuratori di stimare meglio la compensazione dei rischi e di calcolare ancora più adeguatamente i premi dell'AOMS.

5. Finanziamento ospedaliero e pianificazione ospedaliera

Con il finanziamento ospedaliero entrato in vigore nel 2012 si è passati dal precedente principio di rimborso dei costi all'attuale remunerazione orientata alle prestazioni. Da allora, le degenze ospedaliere vengono indennizzate mediante forfait in funzione delle prestazioni. Quindi, non devono più essere i costi di un ospedale a determinare l'entità della tariffa, bensì un prezzo derivante anche dai risultati degli ospedali efficienti. In occasione dell'assegnazione dei mandati per prestazioni stazionarie, i Cantoni sono tenuti a prendere in considerazione allo stesso modo operatori pubblici e privati. Le pazienti e i pazienti hanno la possibilità di scegliere fra gli ospedali di tutta la Svizzera riportati negli elenchi. In questo modo si vuole dare inizio alla concorrenza tra gli ospedali risp. incrementarla. A lungo termine dovrebbero confermarsi sul mercato i fornitori di prestazioni che riescono a fornire le proprie prestazioni con efficienza e in qualità sufficiente.

Secondo la Costituzione federale, i Cantoni sono competenti in materia di pianificazione ospedaliera. La legge sull'assicurazione malattie (LAMal) stabilisce che, nel quadro di questa pianificazione, i Cantoni gestiscano l'autorizzazione degli ospedali a esercitare a carico dell'AOMS mediante elenchi ospedalieri (mandati di prestazioni) e in quest'ottica tengano conto dei criteri di pianificazione previsti nell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal da art. 58a ad art. 58e). La pianificazione deve coprire il fabbisogno e i Cantoni sono tenuti al coordinamento intercantonale delle pianificazioni. In questo modo si perseguirebbero chiaramente gli obiettivi di evitare l'eccesso dell'offerta di cure mediche, contenere i costi e garantire la necessaria qualità. Con l'eccezione di pochi casi, che coinvolgono aree limitate, finora non c'è stato questo tipo di coordinamento intercantonale. Perlopiù all'insegna del perseguimento di interessi locali e di politica economica, la pianificazione continua a rimanere in grandissima parte confinata all'interno dei confini cantonali. In questo quadro, la «concorrenza» con gli altri Cantoni fa sì che non solo si mantengano le sovraccapacità già esistenti, ma addirittura se ne creino di nuove. Il rafforzamento della propria sede avviene di norma mediante il rafforzamento la promozione dei propri ospedali (prestazioni di interesse economico generale, investimenti, definizione di tariffe di riferimento troppo basse per trattamenti extracantonali, ecc.), il che, oltre a limitare la libertà di scelta delle persone assicurate, penalizza gli altri ospedali e quindi provoca una distorsione della concorrenza. Questo modo di agire, basato su interessi locali e di politica economica, si esplicita nell'attuale concorrenza fra i Cantoni in materia di investimenti. In luogo di un contenimento dei costi, questo tipo di pianificazione ospedaliera genera forzatamente un aumento degli stessi, poiché di norma si rifinanziano sovraccapacità già presenti mediante un eccesso dell'offerta di prestazioni sanitarie. È evidente che i Cantoni non sono riusciti a utilizzare il loro ampio margine di azione nel determinare obiettivi di politica sanitaria sovraordinati. La responsabilità in tal senso ricade con tutta probabilità sul loro ruolo plurimo di gestori degli ospedali e autorità di vigilanza nonché preposto a fornire le autorizzazioni. Pertanto, è assolutamente necessario risolvere gli attuali conflitti di interesse e introdurre una pianificazione ospedaliera a livello regionale sensata e rivolta a coprire il fabbisogno effettivo.

Nel frattempo, il Consiglio federale ha deciso di uniformare ulteriormente i requisiti per la pianificazione di ospedali e case di cura, mediante una modifica dell'ordinanza. La misura serve ad aumentare la qualità delle cure mediche nell'ambito stazionario e a contenere i costi. L'esame dell'economicità degli ospedali deve essere uniforme in tutta la Svizzera. A livello di qualità, i requisiti delle istituzioni interessate sono disciplinati con maggiore precisione. Inoltre, gli ospedali presenti negli elenchi ospedalieri cantonali non possono più versare indennizzi legati alla quantità o bonus. L'obiettivo è combattere l'aumento della quantità, ingiustificato dal punto di vista medico. I Cantoni sono quindi tenuti anche a coordinare maggiormente la

pianificazione degli ospedali e delle case di cura. Le nuove disposizioni nell'ordinanza sull'assicurazione malattie relative ai criteri di autorizzazione e alla pianificazione di ospedali e case di cura sono in vigore dal 1° gennaio 2022. In linea di principio, la CSS è d'accordo con l'adeguamento dell'ordinanza per quanto riguarda i criteri di pianificazione. L'uniformazione dei criteri della pianificazione ospedaliera in tutta la Svizzera è da tempo improrogabile. La determinazione della sistematica dei gruppi di prestazioni, il fatto che si tenga conto dell'economicità e soprattutto il maggiore peso della qualità degli ospedali nella pianificazione sanitaria possono portare a una precisazione e a un'uniformazione delle procedure cantonali. Inoltre, l'adeguamento dell'ordinanza prevede l'ampliamento del coordinamento tra i Cantoni, il che promuove l'auspicato rafforzamento della concentrazione dell'offerta di prestazioni.

Per quanto concerne le possibilità di pilotaggio dei Cantoni mediante la determinazione delle quantità massime di prestazioni, purtroppo il DFI non ha dato seguito alla richiesta della CSS. Per gli assicuratori non è verificabile il raggiungimento di quote fissate a livello cantonale. Nell'ordinanza avrebbe quindi dovuto essere obbligatoriamente garantito che un Cantone non si possa esentare unilateralmente dall'obbligo di assunzione dei costi nel caso in cui un ospedale violi una o più condizioni.

Inoltre, la CSS approva il diritto di ricorso da parte delle associazioni degli assicuratori malattie contro la pianificazione ospedaliera cantonale, vigente dal 1° gennaio 2024.

Ulteriori informazioni sulla tematica Pianificazione ospedaliera sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 3/2020.

6. Finanziamento uniforme

Nonostante i trattamenti ambulatoriali spesso siano più convenienti rispetto a quelli stazionari, si opta comunque per quelli stazionari. Il motivo è in parte da ricondurre al finanziamento. Infatti, i trattamenti ambulatoriali sono completamente finanziati dai premi delle persone assicurate, mentre quelli stazionari soltanto al massimo al 45%. Ne risulta che alcuni interventi vengono eseguiti a livello stazionario anche se potrebbero essere effettuati in modalità ambulatoriale in modo equivalente dal punto di vista medico e con costi minori. Un sensato trasferimento verso l'ambito ambulatoriale viene così rallentato e lo sviluppo delle cure integrate frenato. Con un finanziamento uniforme delle prestazioni si possono eliminare questi incentivi finanziari negativi. Con la riforma, in futuro gli assicuratori malattie rimborserebbero al 100 per cento le prestazioni in tutti gli ambiti e i Cantoni finanzierebbero una parte dei costi complessivi nel proprio Cantone (attualmente almeno il 26,9% dei costi totali), corrispondente all'attuale quota di finanziamento per l'ambito stazionario. Questo denaro ritornerebbe al sistema, il che impedirebbe un aumento dei premi delle persone assicurate.

Dopo 14 anni in Parlamento, la proposta è stata approvata nella sessione invernale 2023. In particolare i seguenti punti sono stati controversi fino all'ultimo:

- **Inserimento delle cure:** con un periodo transitorio di 7 anni, il finanziamento uniforme dovrebbe valere anche per le cure. Le parti contrattuali devono garantire fino ad allora che vi siano tariffe per le prestazioni di cura fondate su una base di dati e costi uniforme e trasparente. Si è invece rinunciato alla condizione che l'iniziativa sulle cure infermieristiche debba essere interamente attuata entro tale data.
- **Accesso ai dati e controllo delle fatture:** nonostante la modifica del sistema, i Cantoni dovranno continuare ad avere accesso alle fatture originali stazionarie. Inoltre, viene accordato loro un diritto di opposizione. I Cantoni possono quindi impugnare l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori se il fornitore di prestazioni non soddisfa le condizioni di autorizzazione, se si applica una tariffa non autorizzata o se le modalità di applicazione di una tariffa non vengono rispettate.

Il 18 aprile 2024 sono state presentate con successo le firme per il referendum lanciato dai sindacati. La votazione popolare si terrà il 24 novembre 2024. Se sarà accettata, la proposta entrerà in vigore il 1.1.2028 per l'ambito dei casi acuti e il 1.1.2032 per l'ambito delle cure.

La CSS si impegna a favore del progetto tramite curafutura risp. la Pro-Allianz. Accoglie con favore l'approvazione di questa importante riforma che promuove l'ambulatorizzazione e dà un nuovo impulso alle cure integrate. Nel quadro dei lavori di attuazione sarà importante garantire che, in caso di controlli doppi delle fatture nell'ambito stazionario (assicuratore malattie e Cantoni), tali verifiche siano il più possibile snelle e non burocratiche. Come sottolineato da diversi parlamentari, i Cantoni devono limitarsi a un controllo formale e non procedere a un controllo EAE. Ai partner contrattuali è richiesto di creare entro il 2032 le condizioni per l'attuazione dell'EFAS (trasparenza dei costi) nel settore delle cure.

7. Organizzazione tariffale ambulatoriale (OAAT)

Nell'estate 2021, nell'ambito del pacchetto di misure 1a per il contenimento dei costi, il Parlamento ha deciso la creazione obbligatoria di un'organizzazione tariffale per le tariffe mediche ambulatoriali. L'istituzione di questa organizzazione tariffale è importante, poiché garantirà che in futuro le strutture tariffali ambulatoriali siano costantemente curate e, se necessario, adeguate. Il 15 novembre 2022, tutti i partner tariffali hanno fondato l'Organizzazione per le tariffe mediche ambulatoriali SA (OAAT SA). Con l'ammissione a tutti gli effetti di curafutura nella SwissDRG SA (marzo 2023) sono rappresentati i partner determinanti in entrambe le organizzazioni tariffali.

Le richieste di approvazione autonome TARDOC e i forfait ambulatoriali sono stati inviati congiuntamente il 1° dicembre 2023. A partire dal 2024 è prevista la piena operatività dell'OAAT e si dovrà attuare il trasferimento completo dei sistemi tariffali all'OAAT non appena saranno approvati. La ats-tms AG è stata liquidata.

8. Forfait ambulatoriali

I forfait per le prestazioni ambulatoriali sono presenti nel dibattito pubblico in seguito al pacchetto 1 di misure, vale a dire all'inserimento nella legge delle strutture tariffali a forfait e di una relativa organizzazione tariffale nell'ambito ambulatoriale (vedi posizione sull'organizzazione tariffale ambulatoriale OAAT). A complemento del Tarmed, ci sono attualmente vari forfait ambulatoriali concordati per contratto che rappresentano una realtà funzionante. Alla fine del 2023, i partner della neonata OAAT SA hanno presentato le loro strutture tariffali al Consiglio federale per l'approvazione: curafutura, SWICA e FMH il TARDOC, santésuisse e Hplus una struttura forfettaria ambulatoriale. Dopo l'approvazione delle prime due versioni, le strutture tariffali saranno sviluppate ulteriormente all'interno dell'OAAT SA.

Ulteriori informazioni sulla tematica dei forfait ambulatoriali sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/palce au dialogue» 3/2021.

9. Finanziamento delle cure

Con la nuova regolamentazione del finanziamento delle cure e la sua entrata in vigore il 1° gennaio 2011 è stata attuata la volontà politica di raggiungere due obiettivi basilari, vale a dire in primo luogo quello di evitare un ulteriore onere finanziario per l'AOMS, che in precedenza aveva assunto sempre più prestazioni di cura causate dall'età, e dall'altro il miglioramento della difficile situazione sociale di determinati gruppi di persone aventi bisogno di cure. Elementi chiave di questo nuovo disciplinamento, e dunque determinanti per il raggiungimento degli obiettivi che ci si è prefissi, sono la limitazione dei contributi AOMS alle cure, la limitazione della partecipazione ai costi da parte dei pazienti e l'assunzione del finanziamento dei costi

residui da parte dei Cantoni, nonché ulteriori misure di politica sociale (aumento degli importi non computabili del patrimonio per il diritto a PC all'AVS, l'introduzione di un assegno per grandi invalidi in aggiunta all'AVS per le grandi invalidità di grado leggero a favore delle persone bisognose di cure a domicilio e l'obbligo per i Cantoni di provvedere affinché di norma il soggiorno in una casa di cura non causi una dipendenza dall'assistenza sociale). Queste regolamentazioni hanno ovviamente, e per scelta politica, come conseguenza una maggiore assunzione dei costi da parte dei Cantoni e dei Comuni. Dal rapporto di valutazione pubblicato a luglio 2018 sulla nuova regolamentazione del finanziamento delle cure emerge che è stato raggiunto il primo obiettivo principale, cioè la limitazione dell'ulteriore onere a carico dell'AOMS. Le spese per le cure dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si sono stabilizzate e dunque non è aumentata la quota dei costi per le cure finanziata mediante i premi. È stato raggiunto solo in parte il secondo obiettivo principale, cioè il miglioramento della difficile situazione politica-sociale delle persone aventi bisogno di cure. I deficit nell'attuazione della riforma finanziaria e la conseguente necessità d'intervento esistono in particolare nel carente finanziamento restante dei costi delle cure da parte dei Cantoni e della mancante delimitazione tra i costi di cura dei fornitori di prestazioni obbligatoriamente a carico della LAMal e quelli non obbligatoriamente a carico della LAMal. Inoltre, nemmeno la limitazione della partecipazione dei pazienti è stata sempre rispettata. Sebbene i Cantoni abbiano perlopiù soddisfatto l'obbligo di evitare una dipendenza dall'assistenza sociale delle persone in seguito a un soggiorno in casa di cura, ci sono riferimenti a singoli casi che non avrebbero dovuto esserci e che indicano quindi un'attuazione incoerente da parte di singoli Cantoni.

Nel 2017 due sentenze del Tribunale amministrativo federale (C-3322/2015 e C-1970/2015) hanno valutato illegale il rimborso da parte degli assicuratori malattie del materiale di cura fino ad allora concordato nei contratti di prestazioni. Ciò ha inasprito la situazione finanziaria soprattutto per i fornitori di prestazioni attivi a livello ambulatoriale, sebbene non esista un'effettiva lacuna nel finanziamento e il rimborso sarebbe garantito se i Cantoni ottemperassero al loro obbligo legale (sentenza TF 9C_446/2017) di fornire il finanziamento dei costi residui. Nonostante ciò, il Consiglio federale ha proceduto a una nuova regolamentazione del rimborso del materiale di cura con effetto al 1° ottobre 2021, con modifiche di legge e ordinanza e una modifica dell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp). Le disposizioni prevedono che in futuro il materiale di cura secondo l'EMAp venga completamente rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sia nell'ambito delle cure ambulatoriali sia nelle case di cura, indipendentemente dal fatto che il materiale venga utilizzato autonomamente dalla persona assicurata o da uno specialista. Con la nuova regolamentazione, per l'AOMS vi sarà ogni anno un ulteriore aggravio di 65 – 100 milioni di franchi, e in misura corrispondente vi sarà uno sgravio per i Cantoni.

In seguito alla crescente pressione sui costi dovuta a motivi demografici, i Cantoni e i Comuni criticano sempre più l'attuale sistema di finanziamento, mettono in dubbio la sua sostenibilità e aumentano la pressione politica in favore di modifiche del sistema o perfino di un suo cambiamento. Questo si riflette anche nelle mozioni politiche lanciate regolarmente. Dal punto di vista della CSS, in particolare in considerazione degli adeguamenti già effettuati, al momento non vi è né la non vi è alcuna necessità di ulteriori modifiche della legge né per opporre di un cambiamento fondamentale del modello di finanziamento (p. es. con un'assicurazione per cure obbligatoria).

La garanzia dell'assistenza medica nel settore delle cure per gli anziani e di lunga durata nonché il suo finanziamento sono e restano compiti di politica sociale dello Stato. Indipendentemente dal modello, le attuali fonti di finanziamento non possono essere ampliate (imposte, premi, partecipazione diretta ai costi/autofinanziamento). Modelli alternativi di finanziamento non cambiano il fabbisogno di finanziamento, bensì modificano unicamente le istanze che sostengono i costi risp. la loro quota di partecipazione ai costi. In questo senso, prima di qualsiasi cambio del modello bisogna rispondere alle domande riguardanti la sostenibilità sociale e la solidarietà.

Il mantenimento dell'attuale sistema contributivo si avvicina sempre più ai suoi limiti politici, poiché gli oneri dei Cantoni e dei Comuni conseguenti allo sviluppo quantitativo e all'aumento dei costi aumentano in maniera sproporzionata. I costi delle cure sono integrati nell'EFAS con un periodo transitorio di 7 anni. Le

parti contrattuali devono garantire fino ad allora che vi siano tariffe per le prestazioni di cura fondate su una base di dati e costi uniforme e trasparente. In questo modo rimarrebbe un sistema di finanziamento solidale e le richieste di un cambio radicale del modello di finanziamento (assicurazione per cure, conto di risparmio per cure, ecc.) cesserebbero.

10. Prevenzione

La CSS, in qualità di partner per la salute, si impegna in favore di un comportamento responsabile di tutti gli assicurati. In quest'ottica vanno considerati il comportamento e le misure preventive a vantaggio della salute. La CSS mette a disposizione delle assicurate e degli assicurati adeguati prodotti e prestazioni di servizio.

L'attuale sistema della prevenzione e della promozione della salute presenta delle lacune: rispetto ai tre pilastri dell'assistenza medica (trattamento, riabilitazione e cure), la prevenzione e la promozione della salute sono radicate a livello legale solo in parte; a tutt'oggi la suddivisione delle competenze tra Confederazione, Cantoni e assicuratori non è ancora stata chiarita in modo esaustivo. Ciò fa sì che in molti ambiti della prevenzione delle malattie e della promozione della salute vi siano carenze per quanto concerne il pilotaggio e il coordinamento, ma anche in merito alla trasparenza dell'offerta e delle prestazioni. La Confederazione deve limitare le sue attività all'incarico ai sensi dell'art. 118 CF. Ciò comprende la lotta contro le malattie contagiose, l'uso di mezzi dannosi per la salute, organismi, prodotti chimici e oggetti e la protezione da raggi ionizzanti. Nell'ambito dell'assicurazione malattie e infortuni, la prevenzione è invece affidata agli assicuratori e ai Cantoni. Questi ultimi gestiscono istituzioni finanziate mediante i premi (Fondazione Promozione Salute Svizzera, Ufficio per la prevenzione degli infortuni), le quali attuano e coordinano delle misure di promozione della salute rispettivamente di prevenzione degli infortuni professionali e non professionali e delle malattie professionali. I Cantoni sono responsabili dell'integrazione giuridica e, insieme ai Comuni, dell'attuazione di misure di prevenzione e di promozione della salute.

La CSS ritiene che nell'odierno sistema si debba attribuire una maggiore importanza alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute. Gli assicuratori malattie dovrebbero anche essere legittimati a sostenere le persone assicurate nell'ambito della promozione individuale della salute, superando l'attuale quadro legale della prevenzione medica. Acquista un'importanza crescente l'aspetto dell'accompagnamento individuale per la prevenzione delle malattie nonché per il trattamento in caso di malattia. La CSS intende contribuire ancora maggiormente ad aumentare il benessere e la salute delle sue clienti e dei suoi clienti. Accoglie con favore la proposta discussa nel quadro del pacchetto 2 delle misure, che dovrebbe permettere l'utilizzo di dati delle persone assicurate per un'informazione individuale in merito a misure preventive e a un comportamento atto a ridurre i costi. Il tema è in consultazione.

In quest'ottica la CSS ritiene che i contributi per la prevenzione finanziati tramite i premi debbano essere approvati soltanto a condizione che il beneficio di queste misure per le persone assicurate sia comprovabile e che esse siano in diretto riferimento agli affari dell'assicurazione malattie. Fondamentalmente, gli assicuratori devono continuare ad avere anche la possibilità di agire con degli stimoli per misure di prevenzione facoltative a beneficio delle proprie assicurate e dei propri assicurati.

11. Promozione della responsabilità individuale

La CSS s'impegna affinché in futuro i costi per la salute non aumentino ulteriormente. Non c'è però una formula magica in questo senso. Tuttavia, vi sono diverse possibilità di soluzione. Una di queste è la promozione del senso di responsabilità personale delle pazienti e dei pazienti: assumendo responsabilità propria, possono contribuire a un aumento meno pronunciato dei costi per la salute. Nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ci sono due pilastri portanti nell'ambito dei quali le pazienti e i pazienti possono assumere responsabilità individuale. Si tratta da una parte dei modelli assicurativi

alternativi, nei quali ci si impegna per esempio ad agire secondo i consigli del medico di famiglia / della rete di medici. Con essi la persona assicurata è guidata in modo efficiente nel sistema sanitario ed è meglio assistita, inoltre si risparmiano costi di trattamenti inutili. D'altra parte, la responsabilità personale viene completata da un'adeguata struttura delle partecipazioni ai costi. In modo particolare i vari livelli di franchigia riducono l'utilizzo delle prestazioni e creano pertanto uno stimolo al risparmio. In qualità di partner per la salute, la CSS aiuta gli assicurati a comportarsi in modo autoresponsabile in caso di malattia («guarire» e «convivere con una malattia»). Con il Symptom Checker dell'app Well le persone assicurate hanno ad esempio a disposizione un servizio digitale sviluppato da medici specialisti e da esperti in informatica medica. Il Symptom Checker esamina i sintomi e suggerisce se la persona assicurata deve recarsi o meno dal medico, in farmacia o in ospedale. E se ciò non fosse il caso, fornisce suggerimenti su come trattare i disturbi.

Per la CSS, anche le offerte e i prodotti nel settore della prevenzione («rimanere sani»), p. es. con l'aiuto di app, sono una via importante per promuovere la responsabilità individuale. Oggigiorno ciò interessa in particolare l'assicurazione complementare. Secondo la CSS, nell'assicurazione di base si devono rispettare i seguenti criteri per non affossare il principio di solidarietà e la compensazione dei rischi: l'offerta deve essere facoltativa e collegata alla stipulazione facoltativa di un modello di assicurazione alternativo. In questo setting deve essere disponibile a tutte le assicurate e tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro stato di salute e dalla loro età, e per tutti proficuamente utilizzabile. Il comportamento consapevole del valore della salute non può essere indennizzato con ribassi supplementari sui premi o vantaggi finanziari. Un'eccezione in tal senso è costituita da una «ricompensa» mediante una riduzione della partecipazione ai costi in base a quante prestazioni si percepiscono.

A oggi manca un incarico concreto per il coordinamento delle disposizioni di leggi speciali relative a prevenzione e promozione della salute, per stabilire principi e obiettivi comuni nonché per radicare a livello giuridico eventuali partenariati. Dal punto di vista della CSS, un compito di questo tipo sarebbe importante per sostenere la promozione mirata della salute e la sensibilizzazione, e dunque per rafforzare la responsabilità individuale delle persone assicurate.

Ulteriori informazioni sulla tematica della responsabilità individuale sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 1/2019.

12. Strutture tariffali

La CSS s'impegna per uno sviluppo attivo delle strutture tariffali (in modo particolare TARDOC, RBP, fisioterapia, tariffali stazionarie). In quest'ottica, s'ispira al principio dell'oggettività e si adopera al fine di una netta divisione tra struttura e prezzo. Le strutture devono rispecchiare l'attuale stato della medicina, riflettere una fornitura delle prestazioni economica e tenere conto dei cambiamenti strutturali. Respinge tuttavia revisioni estranee alle questioni di fondo, aventi soltanto un movente finanziario. La CSS ritiene che l'autonomia tariffaria e un partenariato tariffario funzionante siano importanti elementi nella concorrenza e sostiene tutti gli sforzi nel trovare soluzioni mediante trattative, sostiene però anche interventi sussidiari del Consiglio federale, ammesso che l'autonomia tariffaria non conduca a nessuna soluzione appropriata e accettabile per il debitore dei premi.

13. TARDOC

Il TARMED è dal 2004 la struttura tariffaria uniforme a livello nazionale per le prestazioni mediche ambulatoriali negli studi medici e in ospedali. Negli ultimi 15 anni TARMED non è stato sottoposto a un aggiornamento radicale. Di conseguenza, non riflette più correttamente i progressi tecnici e medici. Ogni anno, medici e ospedali conteggiano tramite TARMED prestazioni per 12 miliardi di franchi. I partner tariffali

curafutura, FMH e CTM hanno ritenuto che la situazione della struttura tariffale TARMED, non più appropriata, non sia più sostenibile e negli scorsi anni si sono quindi occupati intensamente dell'elaborazione di una nuova struttura tariffale delle singole prestazioni.

Nel dicembre 2023 i partner tariffali hanno presentato domande di approvazione della struttura tariffaria delle singole prestazioni TARDOC (FMH e curafutura) e dei forfait ambulatoriali (H+ e santésuisse). Il 19 giugno 2024 il Consiglio federale ha deciso di sostituire TARMED con effetto al 1.1.2026 con la struttura delle singole prestazioni TARDOC e con i primi forfait. Il Consiglio federale ha parzialmente approvato le due strutture tariffali e fissato le prescrizioni per l'introduzione delle due tariffe. Poiché i due sistemi sono stati sviluppati separatamente, i partner tariffali sono stati incaricati di coordinare fra loro il TARDOC e i forfait sotto l'egida della nuova organizzazione per le tariffe mediche ambulatoriali (OTMA SA) e di presentare al Consiglio federale un contratto di attuazione il 1° novembre 2024.

14. Qualità

La garanzia di una buona qualità e, in aggiunta, l'elaborazione di sistemi di qualità (criteri, indicatori ecc.), nonché la misurazione e certificazione di tali risultati sono di primaria importanza per un sistema sanitario efficiente ed efficace e sono in primo luogo compito dei fornitori di prestazioni. Oltre alla qualità dei processi e della struttura, misurazioni particolarmente incentrate sulla qualità dei risultati e delle indicazioni dovranno garantire la trasparenza riguardo alla qualità tra i fornitori di prestazioni. Questa trasparenza rappresenta un importante criterio di concorrenza.

Nel quadro dell'attuazione della nuova legge sulla qualità (LAMal art. 58), la CSS s'impegna affinché la qualità della fornitura di prestazioni nel sistema sanitario svizzero sia analizzata in modo trasparente e resa nota. In quest'ottica, le regole sullo sviluppo della qualità e sulla trasparenza devono essere vincolanti e sanzionabili. L'attuazione della nuova legge sulla qualità (art. 58 LAMal) è tuttavia impegnativa, poiché le associazioni dei fornitori di prestazioni e le associazioni degli assicuratori malattie devono garantire la neutralità dei costi. La trasparenza sulla qualità ora richiesta deve permettere ai debitori dei premi di comparare le varie offerte dei fornitori di prestazioni e ai partner tariffari di sviluppare una concorrenza basata non solo sul prezzo, ma anche su criteri qualitativi.

15. Prezzo e margini dei medicinali

Attualmente ci sono vari incentivi sbagliati o regolamentazioni inadeguate per quanto concerne l'autorizzazione dei medicinali e la determinazione del loro prezzo. Di conseguenza, i medicinali continuano a essere più cari in Svizzera che all'estero e non è possibile opporsi alle aspettative sproporzionate sui prezzi da parte dell'industria.

Nei prossimi anni probabilmente saranno omologati molti nuovi medicinali ad alto costo. Nascono domande riguardanti la finanziabilità e il contenimento dell'evoluzione delle spese nel settore dei medicinali. L'attuale quadro normativo non è progettato per riflettere nuovi fenomeni, come la personalizzazione della medicina, la gestione della mancanza di prove (incertezza) o i prodotti combinati.

I futuri modelli di prezzo dovranno adattarsi a queste sfide.

I seguenti parametri sono importanti.

- Flessibilizzazione delle regole dei prezzi: la regolamentazione viene costantemente adattata alle attuali sfide (p. es. soluzione per problemi legati alla combinazione di medicinali). Se non vi è (ancora) una chiara evidenza, i prodotti devono essere riportati temporaneamente nell'Elenco delle specialità (ES) con condizioni e un prezzo inferiore (cosiddetti Managed-Entry-Schemes). Se le condizioni non sono rispettate o i documenti riguardanti l'efficacia non vengono presentati in un

secondo momento, i prodotti devono essere cancellati dall'ES. La proposta del Consiglio federale nel secondo pacchetto di misure va in questa direzione. Un certo grado di mancanza di trasparenza può essere accettato nella determinazione dei prezzi, come p. es. il fatto che i prezzi netti non siano più visibili nell'Elenco delle specialità. Tuttavia, i prezzi netti devono in ogni caso essere portati automaticamente all'attenzione delle istanze paganti e idealmente anche dei fornitori di prestazioni. La completa mancanza di trasparenza, come nella proposta con la soluzione del fondo, non è un'opzione dal punto di vista degli assicurati e dei pagatori di premi, né una buona governance, e deve quindi essere respinta.

- Elaborazione e attuazione di un sistema differenziato per la fissazione dei prezzi: nel quadro di un tale sistema devono trovare impiego la prevalenza e l'impatto sul budget. Ciò significa che se un prodotto è largamente utilizzato o la sua applicazione viene ampliata, il prezzo deve diminuire. La determinazione dei prezzi non può basarsi sull'utilità economica teorica di un prodotto, perché porta a prezzi insostenibili in un'assicurazione sociale e non si ritrova neppure in altri mercati.

Attualmente, soltanto la ditta proponente può ricorrere contro la decisione riguardante l'autorizzazione e la determinazione del prezzo dell'UFSP. Gli assicuratori malattie, in veste di istanze che sostengono i costi, non possono quindi reagire in favore dei propri clienti qualora un medicamento venga introdotto nel catalogo delle prestazioni nonostante i criteri EAE siano contestabili oppure abbia un prezzo considerato troppo alto o non giustificabile. La CSS è quindi del parere, come il gruppo di esperti istituito dal Consiglio federale per il contenimento dei costi, che al momento della determinazione del prezzo di un medicamento dovrà essere introdotto un diritto di ricorso per gli stakeholder interessati (assicuratori, consumatori/pazienti).

Al momento non è purtroppo attuabile dal punto di vista politico un indennizzo del margine di distribuzione disciplinato a livello contrattuale, da negoziare con i fornitori di prestazioni a seconda dei diversi canali. Qualche tempo fa, la Confederazione voleva regolamentare nuovamente il margine di distribuzione dei medicinali. A tale scopo, nel 2022 il DFI ha elaborato una proposta insieme alle parti interessate. Nel dicembre 2023 il Consiglio federale ha prescritto il margine di distribuzione.

L'adeguamento del margine di distribuzione è basato su due misure: da un lato è stato adeguato il modello di calcolo per il margine di distribuzione di medicinali con obbligo di ricetta e, dall'altro, è stato introdotto un margine di distribuzione uniforme per medicinali con il medesimo principio attivo. Sinora, il margine di distribuzione era maggiore per i medicinali più costosi che per quelli più economici, motivo per cui vi era l'incentivo a fornire medicinali più costosi. Ora vi è un margine di distribuzione uniforme per medicinali con stessi principi attivi. La remunerazione dei fornitori di prestazioni è perciò sempre la stessa, indipendentemente dal fatto che essi consegnino un preparato originale più costoso o un generico più conveniente. Adeguando il modello di calcolo del margine di distribuzione si riduce tale margine per i medicinali più costosi e quindi anche il prezzo di vendita, mentre aumenta per i medicinali più economici. Tali misure mirano a promuovere la dispensazione di medicinali più convenienti, in particolare di generici e biosimilari. Sono attesi risparmi nell'ordine di 60 milioni di franchi. Le modifiche concernenti il margine di distribuzione entreranno in vigore il 1° luglio 2024.

Ulteriori informazioni sulla tematica dei medicinali sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 1/2016 e 3/2022.

16. Rimborso dei casi ai sensi degli articoli 71°-71d OAMal

Il rimborso dei singoli casi secondo gli articoli 71a-71d OAMal rappresenta un'importante porta d'accesso per le pazienti e i pazienti a terapie di importanza vitale non ancora omologate. Tuttavia, negli ultimi anni le richieste di rimborso sono notevolmente aumentate e il carattere eccezionale è venuto meno. La CSS approva quindi l'impegno della Confederazione volto a migliorare i processi di valutazione dei singoli casi e a ridurre il numero di casi in questo ambito.

Per dare nuovamente un maggior carattere eccezionale alla valutazione dei singoli casi, la CSS richiede due punti:

- da un lato, si dovrebbe limitare il campo di applicazione degli artt. 71a-71d OAMal alle malattie che senza trattamento immediato hanno esito letale per la persona assicurata oppure provocano danni gravi e cronici alla sua salute;
- d'altro canto, la remunerazione dei casi ai sensi dell'articolo 71b dovrebbe essere limitata a due anni, al fine di rafforzare l'incentivo dell'industria a presentare una domanda per l'inserimento dei suoi prodotti nell'Elenco delle specialità.

La CSS giudica in modo critico la nuova regolamentazione legale di forti deduzioni fisse dipendenti dal beneficio di una terapia. Sorgono domande di fondo sull'applicabilità di questi ribassi nei confronti dei titolari dell'omologazione, poiché questi non rappresentano fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal. La pressione dei titolari dell'omologazione in materia di valutazione dei benefici dei medici di fiducia aumenterà per ottenere una migliore valutazione e dunque una minore partecipazione da parte del titolare dell'omologazione. Il rifiuto a causa di un prezzo ritenuto sproporzionatamente alto è praticamente reso più difficile dall'accettazione dei ribassi fissi, il che potenzialmente causerebbe maggiori costi. Inoltre, vi è il pericolo che l'accesso delle pazienti e dei pazienti a terapie di importanza vitale diventi più difficile a causa delle riduzioni di prezzo fisse, poiché le ditte rimarranno ferme sulle loro aspettative di prezzo attuali oppure si ritireranno completamente dal mercato svizzero e non offriranno più il corrispondente prodotto in Svizzera.

Ulteriori informazioni sulla tematica dei rimborsi dei singoli casi sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 3/2019.

17. Digitalizzazione

A seguito della pandemia di coronavirus, in particolare nel sistema sanitario e nell'amministrazione sono venuti alla luce numerosi deficit nella digitalizzazione. Il potenziale di aumento dell'efficienza della digitalizzazione nel sistema sanitario non si è (ancora) espresso in tutto il suo potenziale. Mancano una strategia interdisciplinare e un coordinamento delle attività. Da anni la popolazione, per esempio, aspetta invano l'introduzione di una cartella informatizzata del paziente. La pandemia ha dimostrato che l'esigenza da parte della popolazione è presente e le offerte digitali sono sempre più richieste. Per questo motivo, la CSS si impegna con proprie offerte innovative e cooperazioni nell'ambito della digital health affinché la digitalizzazione nel sistema sanitario riceva la spinta necessaria e la clientela ne possa approfittare. La CSS vede nella digitalizzazione uno strumento atto a promuovere la qualità e l'efficienza nel sistema sanitario svizzero.

Due fra gli obiettivi principali di digital health sono il rafforzamento della responsabilità personale e un miglior collegamento nel sistema sanitario.

La CSS ha lanciato in collaborazione con alcuni partner la piattaforma sanitaria WELL, che offre a tutte le persone residenti in Svizzera un accesso interattivo al sistema sanitario ed è aperta a tutti gli attori (fornitori di prestazioni, assicurazioni, farmacie ecc.). La piattaforma crea le basi di un'assistenza medica integrata con sostegno digitale per tutta la Svizzera.

Le persone assicurate possono assumersi responsabilità personale per ciò che concerne la loro salute nell'ambito di progetti come per esempio «active365». Con l'aiuto di apparecchi mobili, i pazienti con malattie croniche sono in grado di sorvegliare la loro malattia, di rimanere mobili e di essere sempre in contatto con specialisti mediante la telecomunicazione. In futuro, i fornitori di prestazioni saranno collegati fra loro tramite la cartella informatizzata del paziente. I pazienti, a loro volta, autorizzeranno queste interfacce, per permettere lo scambio e approfittare così, sulla base dell'analisi (anonimizzata) dei loro dati, di una medicina

personalizzata. Con la digitalizzazione aumenta la trasparenza, non soltanto da parte delle persone assicurate. Mediante l'analisi di dati delle istituzioni, essa cresce anche tramite le prestazioni erogate. Ciò può promuovere la qualità e contenere i costi. Inoltre, la digitalizzazione permette di soddisfare meglio le esigenze dei clienti. Con Well la CSS offre infatti ai suoi clienti una consulenza medica personalizzata, disponibile 24 ore su 24.

Tuttavia, la digitalizzazione avanza solo con un sistema di dati buono ed efficiente. A tale scopo, sono necessarie le giuste condizioni quadro che garantiscano la sicurezza dei dati e non mettano in pericolo la solidarietà nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma tuttavia non rappresentino un freno al potenziale della digitalizzazione. Nei dati personali concernenti la salute, per esempio, vi è un grande potenziale per l'assistenza medica. Un migliore coordinamento dei trattamenti medici grazie all'utilizzo di dati personali riguardanti la salute genera maggiore qualità, e di conseguenza costi minori. Per l'utilizzo di dati sulla salute, all'estero vi sono i cosiddetti trust-center, che collegano e gestiscono i dati personali concernenti la salute e li rendono disponibili in un contesto sicuro e di elevata qualità. Ciò permette alle pazienti e ai pazienti, alle istituzioni e ai fornitori di prestazioni che svolgono ricerche di consultare dati sulla salute di alto livello qualitativo, elaborati in modo strutturato e aggiornati.

L'obiettivo deve essere quello di creare, mediante la tecnologia e le regolamentazioni, un ecosistema che permetta un utilizzo affidabile dei dati e garantisca alle pazienti e ai pazienti la sovranità sui loro dati. Un ecosistema digitale richiede, oltre a una regolamentazione appropriata, in primo luogo infrastrutture tecniche, applicazioni e dati di buona qualità. La CSS sostiene gli sforzi del Consiglio federale volti a promuovere in partenariato le sfide nell'ambito della gestione dei dati e dei flussi di dati con gli attori del sistema sanitario e a far sì che si affermi un modello per la creazione di un ecosistema dei dati nel sistema sanitario. Ulteriori informazioni sulla tematica del partenariato tariffario sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 2/2016, 1/2020 e 1/2022.

18. Misure di contenimento dei costi

I costi del settore sanitario per ogni persona assicurata aumentano in modo inarrestabile, di gran lunga oltre l'inflazione o lo sviluppo dei salari: nel 2023 e 2024 tale incremento è stato sopra la media, mettendo sempre più persone assicurate in difficoltà nel riuscire a pagare i premi mensili. Contemporaneamente, diversi Cantoni si ritirano per motivi di risparmio dalle riduzioni dei premi.

Per questo la CSS vede con favore la discussione lanciata già nel 2017, e ora condotta con maggiore intensità, concernente le adeguate misure di contenimento dei costi all'interno dell'AOMS. In quest'ottica, la CSS sostiene in modo costruttivo, in primo luogo, l'introduzione di un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS), la rapida revisione di strutture tariffali centrali come TARDOC e RBP, nonché l'ulteriore diffusione delle cure integrate con supporto digitale.

Queste tre riforme centrali possono essere accompagnate da ulteriori misure derivanti dai pacchetti di contenimento dei costi del Consiglio federale, come ad esempio il diritto di ricorso degli assicuratori malattie nell'ambito della pianificazione ospedaliera oppure nuove aliquote dei prezzi dei medicinali.

Se queste misure non produrranno l'effetto desiderato, sarà senza dubbio sensato definire obiettivi pluriennali per la crescita dell'AOMS nonché una task force per il monitoraggio dei costi, per contenere in futuro l'incremento di questi ultimi e renderlo misurabile a livello qualitativo. Le misure decise dal Parlamento nell'ambito della controproposta **all'iniziativa per un freno ai costi** sono un passo nella giusta direzione. La controproposta prevede in sostanza l'introduzione di obiettivi di costi e qualità per il sistema sanitario. Il Consiglio federale dovrà stabilire ogni quattro anni le prescrizioni per le prestazioni previste dalla legge federale sull'assicurazione malattie. Inoltre, le prestazioni non dovrebbero più essere rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se una procedura basata sull'evidenza ha

mostrato che esse non sono o non sono più efficaci, appropriate o economiche. Il Parlamento respinge **l'iniziativa per un freno ai costi del Centro** poiché la ritiene troppo rigida, il che corrisponde anche all'opinione della CSS.

Questi obiettivi per la crescita dei costi della salute vincolanti potranno essere una cifra di riferimento per tutte le misure future di contenimento dei costi e far sì che esse siano misurabili e gestibili. Una definizione degli obiettivi su larga base esercita una pressione sui soggetti coinvolti (partner tariffali) affinché aumentino l'efficienza e la qualità, nonché per ridurre quantità e/o prezzi – p. es. per limitare prestazioni non necessarie o erogare in maniera più efficiente prestazioni con qualità immutata o migliore. Inoltre, essi consolidano il partenariato tariffale, in quanto aumentano la pressione sui partner tariffali a stipulare contratti che tengano in maggiore considerazione il principio di economicità e dunque contribuiscano a un contenimento della crescita dei costi.

Ulteriori informazioni sulla tematica delle misure di contenimento dei costi sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 3/2017 e 3/2018.

19. Provvigioni degli intermediari

La CSS punta fortemente sulla vendita propria nell'acquisizione di nuove clienti e nuovi clienti. Allo stesso tempo collabora però anche con intermediari. Per promuovere una consulenza di alto livello qualitativo ed efficiente in termini di costi, la CSS sostiene una maggiore collaborazione dell'intero settore delle assicurazioni malattie mediante un accordo settoriale che incrementi l'autoregolamentazione nell'assicurazione di base e complementare.

Dal 1° gennaio 2021, un nuovo accordo settoriale disciplina le chiamate pubblicitarie indesiderate nonché le provvigioni degli intermediari, che da anni danno adito a discussioni. Insieme alle associazioni mantello curafutura e santésuisse, la CSS si è prodigata per migliorare la qualità della consulenza grazie a standard unitari e per limitare gli indennizzi degli intermediari per l'acquisizione di clienti negli ambiti AOMS e LCA. La CSS sostiene chiaramente questo accordo settoriale e ha sostenuto anche la legge federale sul disciplinamento dell'attività degli intermediari assicurativi, che prevede l'obbligatorietà generale dell'accordo settoriale. Tuttavia, la CSS ritiene che la legge approvata sia eccessiva, in particolare per quanto concerne l'ampliamento dell'applicazione delle normative ai collaboratori interni e quindi l'equiparazione della vendita interna agli intermediari esterni, che la CSS rifiuta decisamente. Eccessi e chiamate telefoniche indesiderate sono problemi degli intermediari esterni e non dei collaboratori interni. Questi ultimi sono impiegati della CSS e dunque tenuti al rispetto dei massimi standard qualitativi. Ora, con la vendita interna si disciplina un settore nel quale non vi è un fallimento del mercato. curafutura e santésuisse hanno sviluppato ulteriormente l'accordo settoriale sugli intermediari nel contesto dell'ultima revisione della legge. Questo accordo settoriale sugli intermediari sottoposto a revisione soddisfa i nuovi requisiti determinati della legge federale sul disciplinamento dell'attività degli intermediari assicurativi, emanata dal Parlamento nel dicembre 2022. Grazie al nuovo accordo, entrato in vigore il 1° settembre 2023, è possibile richiedere la dichiarazione di impegno generale. La CSS applica il nuovo accordo settoriale.

20. Iniziative del 10% del PS e contro-progetto indiretto

I costi del settore sanitario per ogni persona assicurata aumentano in modo inarrestabile, di gran lunga oltre l'inflazione o lo sviluppo dei salari, nel 2023 e 2024 in misura ancora più marcata degli scorsi anni. Di pari passo crescono i premi degli assicuratori malattie, poiché devono sempre coprire i costi. La CSS è d'accordo con gli iniziativaisti sul fatto che questa tendenza stia mettendo in difficoltà finanziarie molte famiglie, specialmente quelle della classe media. Per la CSS si tratta di una situazione preoccupante.

L'iniziativa popolare mira a limitare l'onere dei premi al dieci percento del reddito disponibile e ad armonizzare il sistema della riduzione individuale dei premi (RIP). Tuttavia, dal punto di vista della CSS, l'iniziativa rappresenterebbe un modo costoso di combattere i sintomi. L'iniziativa non affronta infatti le cause della crescita dei costi. Da un lato, c'è da temere che gli sforzi urgentemente necessari per migliorare l'efficienza e la qualità saranno rallentati se l'aumento dei costi sarà nascosto da una massiccia espansione della RIP. Dall'altro, la RIP dovrebbe essere raddoppiata entro 20 anni per ottenere sempre lo stesso ammortizzamento. Di conseguenza, l'iniziativa manca di sostenibilità. Inoltre, a differenza del controprogetto indiretto, l'onere finanziario principale dovrebbe essere sostenuto dalla Confederazione e non dai Cantoni, anche se sono questi ultimi ad avere effettivamente un ruolo importante nella prevenzione dell'inefficienza e dell'eccesso di cure mediche. Inoltre, l'iniziativa indebolisce i modelli assicurativi alternativi: se fosse accettata l'iniziativa, le persone assicurate dovrebbero destinare al massimo il 10% del loro reddito per i premi, perciò, a seconda di come essa dovesse essere attuata, avrebbero meno stimoli a stipulare forme assicurative più convenienti.

Pertanto, la CSS sostiene il controprogetto indiretto. In base a quest'ultimo, il contributo cantonale alla riduzione dei premi sarebbe legato ai costi sanitari lordi del rispettivo Cantone. Il controprogetto prevede che i Cantoni dovrebbero destinare alla riduzione dei premi un importo minimo dal 3,5 al 7,5% dell'assicurazione di base obbligatoria. Il piano prevede inoltre che i Cantoni continuino ad avere la competenza per il calcolo dell'importo esatto della riduzione dei premi. Il compromesso raggiunto comporta per i Cantoni dei costi supplementari pari a circa 356 milioni di franchi. Con il controprogetto, i Cantoni con costi della salute più alti e maggiori premi per le economie domestiche pagherebbero nel complesso più dei Cantoni con costi inferiori. Inoltre, il controprogetto crea stimoli per adottare misure di contenimento dei costi sanitari (pianificazione ospedaliera, autorizzazione ecc.): I Cantoni procedono alla pianificazione ospedaliera, autorizzano o emanano tariffe e anche in futuro piloteranno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni ambulatoriali. Di conseguenza, essi sono responsabili anche per quanto concerne la riduzione dei premi e devono occuparsene. Il Parlamento respinge l'iniziativa del PS per l'alleggerimento dei premi della cassa malati, che sarà oggetto di votazione nel giugno 2024.

Rimangono necessarie riforme nel settore sanitario che abbiano ripercussioni non soltanto sul fronte dei finanziamenti, ma anche su quello dei costi. Sebbene la CSS sostenga l'orientamento strategico del controprogetto indiretto, è soprattutto importante contenere i costi della salute, al fine di alleggerire dal punto di vista finanziario gli assicurati, così come si auspica nelle attuali riforme.

21. Riserve

Con effetto al 1° giugno 2021 il Consiglio federale ha promulgato una modifica dell'ordinanza sulla sorveglianza degli assicuratori malattie (OVAMal) che prevede per gli assicuratori malattie una semplificazione delle condizioni per una riduzione facoltativa delle riserve. È stato abbassato il limite a partire dal quale è possibile una riduzione facoltativa delle riserve. Originariamente gli assicuratori dovevano disporre di riserve che ammontassero a più del 150% del livello minimo prescritto dall'ordinanza. La revisione riduce tale limite al livello minimo del 100%.

Il «cuscinetto finanziario» è destinato ad ammortizzare i costi supplementari imprevisti (p.es. i costi delle vaccinazioni) e a mantenere il più basso possibile l'onere dei premi per gli assicurati. La CSS è dell'opinione che un accumulo inutile di riserve non conduca all'obiettivo. In ultima istanza, le riserve appartengono agli assicurati. In linea di principio, l'orientamento strategico della revisione dell'OVAMal corrisponde alla posizione della CSS, secondo la quale i premi devono essere calcolati con la maggior precisione possibile e, in ultima analisi, non devono tradursi in riserve troppo elevate.

La CSS approva una riduzione delle riserve su base facoltativa, che rispetti la libertà imprenditoriale degli assicuratori malattia. Una riduzione obbligatoria o eccessiva delle riserve rischierebbe invece di mettere in

pericolo la stabilità finanziaria, proprio nel corso di una pandemia con numerosi imprevisti e fluttuazioni non prevedibili della solvibilità.

Ulteriori informazioni sulla tematica della responsabilità individuale sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 2/2022.