

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

1. Cassa unica (cantonale)

Il Popolo 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, fallita però 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. A causa dei crescenti costi della salute, 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. Nel 2025 si procederà alla raccolta delle firme. L'iniziativa prevede che ogni Cantone abbia una propria cassa malati pubblica, con la possibilità di creare casse intercantonali. I premi sarebbero legati alle risorse economiche e non potrebbero superare il 10% del reddito.

La CSS rifiuta l'idea di casse uniche, sia per tutta la Svizzera, sia 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.

I costi per la salute non aumentano a causa degli assicuratori malattie risp. dei loro costi amministrativi, che corrispondono solo al 5% dei costi. Il fattore più importante dell'incremento è rappresentato dai costi delle prestazioni, che determinano circa il 95% del totale e sui quali la cassa unica non avrebbe alcun influsso. Si deve inoltre partire dal presupposto che in una cassa detentrica 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 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 da anni grande importanza alla promozione delle cure integrate. Le cure integrate sono intese a disciplinare in maniera vincolante il pilotaggio delle pazienti 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 clienti e i clienti approfittano 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. Il finanziamento uniforme, accettato il 24 novembre 2024 dal Popolo svizzero, dà un nuovo impulso alle cure integrate (cfr. a tale riguardo la posizione «Attuazione del finanziamento uniforme»).

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'approccio del Consiglio federale, che mira a radicare nella LAMal le reti come nuovi fornitori di prestazioni, e quindi di regolamentarle maggiormente, è tuttavia controproducente e fa aumentare i costi. Si dovrebbe piuttosto mantenere l'attuale spazio d'azione per una strutturazione della collaborazione in partenariato tariffario e utilizzarlo ancora meglio. A questo scopo, la CSS vuole per esempio ampliare ulteriormente i suoi partenariati con reti di cure integrate, come l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). Allo stesso tempo devono essere resi ancora più interessanti i modelli di assicurazione alternativi (MAA), in particolare per le persone con malattie croniche.

Le persone assicurate approfittano già oggi di buoni contratti dei partner tariffali: oltre tre quarti hanno 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.

L'interconnessione digitale si è dimostrata un importante fattore di successo per le cure integrate: l'utilizzo di una cartella informatizzata del paziente da parte di tutti gli attori della rete garantisce lo scambio tra i fornitori di prestazioni ed evita doppie procedure. Un esempio concreto in tal senso è la piattaforma online WELL, che garantisce cure integrate con supporto digitale, come ad esempio nell'ambito della rete di assistenza sanitaria EHC.

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 di chi è ammalato 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.

L'attuale struttura della compensazione dei rischi si è dimostrata valida e ha contribuito a un consolidamento nel mercato delle assicurazioni malattie; un'ottimizzazione dell'indicatore di ospedalizzazioni sarebbe tuttavia un ulteriore possibile passo verso lo sviluppo ulteriore.

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. 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 introdotto nel 2012, il principio di rimborso dei costi è stato sostituito da una remunerazione orientata alle prestazioni. Da allora, le degenze ospedaliere vengono rimborsate mediante forfait basate sull'efficienza degli ospedali, anziché sui loro costi individuali. Nell'assegnazione dei mandati di prestazione, i Cantoni devono trattare allo stesso modo offerenti pubblici e privati. Le pazienti e i pazienti possono scegliere fra gli ospedali di tutta la Svizzera riportati negli elenchi, il che promuove la concorrenza. A lungo termine, dovranno imporsi fornitori di prestazioni efficienti e di qualità.

Secondo la Costituzione federale, la pianificazione ospedaliera spetta ai Cantoni; gli elenchi ospedalieri dovrebbero essere redatti e coordinati in funzione del fabbisogno, secondo i criteri LAMaL. L'obiettivo è quello di evitare l'eccedenza dell'offerta di assistenza medica («sovramedicalizzazione»), contenere i costi e garantire la qualità. La pianificazione deve coprire il fabbisogno e i cantoni sono tenuti al coordinamento intercantonale in materia. Tuttavia, la pianificazione rimane spesso limitata ai confini cantonali, perlopiù per motivi di politica regionale ed economica. Ciò provoca sovracapacità, distorsioni della concorrenza e costi crescenti, dato che i Cantoni spesso promuovono i propri ospedali (prestazioni di interesse economico generale, investimenti, definizione di tariffe di riferimento più basse per trattamenti extracantonali ecc.). I Cantoni non sono riusciti a utilizzare il loro ampio margine di azione nel determinare obiettivi di politica sanitaria generali. La responsabilità in tal senso ricade con tutta probabilità sul loro ruolo plurimo di gestori degli ospedali e autorità di vigilanza nonché preposta 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.

Il Consiglio federale ha uniformato le prescrizioni per la pianificazione di ospedali e case di cura con effetto al 1° gennaio 2022, al fine di aumentare la qualità e ridurre i costi. L'ordinanza disciplina in modo uniforme in tutta la Svizzera le verifiche dell'economicità e della qualità e promuove un maggiore coordinamento intercantonale. Gli ospedali riportati negli elenchi ospedalieri cantonali non possono più pagare bonus legati alla quantità, per evitare aumenti inutili delle prestazioni. In linea di principio, la CSS ha accolto con favore questi adeguamenti, in quanto possono contribuire a procedure cantonali più precise e uniformi, nonché a una concentrazione dell'offerta di prestazioni.

La CSS è favorevole al diritto di ricorso per le associazioni degli assicuratori malattie contro la pianificazione ospedaliera cantonale, in vigore dal 1° gennaio 2024.

Ulteriori informazioni sulla tematica della pianificazione ospedaliera e del federalismo sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 3/2020 und 1/2025.

6. Attuazione del finanziamento uniforme

Il 24 novembre 2024 il finanziamento uniforme è stato approvato dal Popolo svizzero con il 53,3% dei voti. La CSS è favorevole a questa importante riforma che promuove l'ambulatorizzazione, dà nuovo impulso alle cure integrate e si ripercuote positivamente sui costi della salute e sui premi. La modifica entrerà in vigore per l'ambito dei casi acuti il 1° gennaio 2028, per l'ambito delle cure il 1° gennaio 2032.

Con il finanziamento uniforme delle prestazioni sanitarie, in futuro gli assicuratori malattie rimborseranno al 100 per cento le prestazioni in entrambi gli ambiti e i Cantoni finanzieranno una parte dei costi complessivi del proprio Cantone (attualmente almeno il 26,9% dei costi totali). Questo denaro confluirà nuovamente nel sistema e andrà dunque a favore di chi paga i premi.

I prossimi anni saranno decisivi per sfruttare al massimo il potenziale del finanziamento uniforme. Tutti gli attori del sistema sanitario sono ora chiamati a fornire il loro contributo affinché l'attuazione abbia successo. I seguenti ambiti sono al centro dell'attenzione.

Promozione dell'ambulatorizzazione

I trattamenti ambulatoriali sono di norma più convenienti e spesso più sensati dal punto di vista medico di quelli stazionari. Tuttavia, al momento i costi sono coperti completamente dai premi, cosicché lo spostamento dall'ambito stazionario a quello ambulatoriale voluto a livello politico va unilateralmente a carico di chi paga i premi. Il finanziamento uniforme elimina questo incentivo errato e crea le basi per portare avanti l'ambulatorizzazione. Misure come per esempio la prescrizione di obiettivi di ambulatorizzazione nella pianificazione ospedaliera o informazioni mirate alle persone assicurate in merito ai vantaggi (di costo) di un trattamento ambulatoriale da parte degli assicuratori malattie possono supportare questo sviluppo. Una maggiore ambulatorizzazione non solo ha un effetto positivo sui costi, ma comporta anche vantaggi qualitativi per le pazienti e i pazienti, dato che di norma gli interventi ambulatoriali sono meno gravosi.

Rafforzamento delle cure integrate

Con un'assistenza medica ben coordinata, in particolare per le persone che soffrono di malattie croniche, è possibile evitare doppie procedure e trattamenti inutili, il che si ripercuote positivamente su qualità e costi. Tuttavia, le disparità nel finanziamento hanno finora limitato il potenziale delle cure integrate, poiché i costi per il coordinamento sorgono soprattutto nell'ambito ambulatoriale, finanziato mediante i premi, mentre i risparmi sono prevalentemente nell'ambito stazionario (ad es. evitando le degenze ospedaliere). Grazie al finanziamento uniforme, in futuro questo tipo di risparmi potrà essere trasferito in modo più diretto alle persone assicurate (p. es. sotto forma di ribassi maggiori per i modelli d'assicurazione alternativi), il che renderà l'assistenza medica coordinata più interessante per tutti.

Attuazione snella del doppio controllo delle fatture

Nell'ambito stazionario, il legislatore ha deciso di mantenere un doppio controllo delle fatture, da parte di assicuratori e Cantoni. Nel quadro dell'attuazione sarà importante garantire che tali controlli siano il più possibile snelli e non burocratici.

Trasparenza dei costi nel settore delle cure di lunga durata

Per quanto concerne le cure di lunga durata, i partner tariffali sono tenuti a creare entro il 2032 le condizioni per un'attuazione del finanziamento uniforme. Si tratta soprattutto di sviluppare nuove tariffe per le prestazioni di cura sulla base di dati risp. di costi trasparenti.

Maggiori informazioni sul progetto sono riportate [qui](#).

7. Tariffa medica ambulatoriale

L'obsoleta tariffa TARMED, in uso dal 2004, rappresenta con un volume di conteggi di 13 miliardi di franchi all'anno il tariffario più importante nell'ambito ambulatoriale. I lavori per redigere una nuova tariffa medica ambulatoriale si sono protratti per molti anni e sono stati accompagnati da intense discussioni politiche e tecniche. Nel quadro del primo pacchetto di misure per il contenimento dei costi, si è deciso l'introduzione di forfait nazionali e il radicamento nella legge di un'organizzazione tariffale nazionale.

Alla fine del 2023 i partner tariffali curafutura, SWICA e FMH hanno presentato al Consiglio federale, per l'approvazione, la tariffa per singola prestazione TARDOC, santésuisse e H+, invece, una struttura tariffale forfettaria ambulatoriale. L'obiettivo era quello di sostituire l'obsoleta tariffa TARMED con una nuova tariffa medica ambulatoriale. Il 19 giugno 2024 il Consiglio federale ha deciso di approvare parzialmente entrambe le strutture tariffali. Al tempo stesso, il Consiglio federale ha annunciato che la nuova tariffa medica ambulatoriale sostituirà il TARMED con effetto al 1° gennaio 2026. Per quanto riguarda le proposte presentate dai partner tariffali, il Consiglio federale ha richiesto a questi ultimi di effettuare adeguamenti entro il 1° novembre 2024, al fine di coordinare le due tariffe elaborate separatamente. L'OTMA SA ha diretto i lavori necessari e gestito il coordinamento tra i diversi attori. Alla fine di ottobre 2024 i partner tariffali hanno presentato un contratto di attuazione per l'armonizzazione delle strutture.

Per la CSS è decisivo che vi siano tariffe adeguate che garantiscano un'assistenza sanitaria efficiente e di qualità. Inoltre, occorre garantire che l'introduzione di nuove tariffe rispetti la neutralità dei costi prescritta dalla legge.

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

8. Finanziamento delle cure

La riforma del finanziamento uniforme, approvata il 24 novembre 2024 con una votazione popolare, introduce un nuovo orientamento di base del finanziamento delle cure in vigore dal 2011. È stata abolita l'attuale divisione dei sistemi di finanziamento delle prestazioni sanitarie. Il finanziamento uniforme crea la base per un finanziamento delle cure sostenibile e promuove un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo. Mira a uniformare il finanziamento, ottenere il contenimento dei costi e al tempo stesso garantire un'assistenza medica adeguata. I Cantoni si assumeranno ora una quota unitaria pari almeno al 26,9% dei costi in tutti gli ambiti. I costi delle cure saranno integrati completamente con un periodo transitorio di sette anni, vale a dire a partire dal 2032.

Le parti contrattuali sono tenute a presentare entro tale data tariffe per le prestazioni di cura fondate su una base di dati e costi uniforme e trasparente, per garantire che si proceda senza intoppi all'integrazione delle prestazioni di cura, in particolare delle cure di lunga durata, nel sistema di finanziamento uniforme.

Dalla sentenza del Tribunale federale del 2019, la CSS constata un forte aumento del numero delle organizzazioni Spitex che assumono familiari curanti. Da quanto è stata emessa la sentenza, la CSS si impegna con l'Associazione delle assicurazioni di base per creare condizioni quadro chiare e vincolanti per l'attuazione. Un obiettivo fondamentale è garantire che i familiari curanti ottengano sempre un contratto di lavoro, per garantire la loro protezione in termini di diritto sociale. Inoltre, devono essere stabiliti criteri nazionali per stabilire chi può essere assistito, quali offerte di sgravio sono disponibili e come regolamentare le dipendenze in modo trasparente e duraturo.

I Cantoni e la CDS devono poi unificare e collegare i loro criteri di autorizzazione per le organizzazioni Spitex a criteri di qualità. Queste condizioni d'autorizzazione dovranno essere regolarmente riesaminate e adeguate. È inoltre importante definire con maggiore chiarezza il catalogo delle prestazioni di cura, per esempio con un elenco esaustivo.

9. Prevenzione

La CSS, in qualità di partner per la salute, si impegna in favore di un comportamento responsabile di tutte le persone assicurate. In quest'ottica vanno considerati il comportamento e le misure preventive a vantaggio della salute. La CSS fornisce alle persone assicurate prestazioni e prodotti adeguati.

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 nella legge 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 CSS ritiene che nell'odierno sistema si debba attribuire una maggiore importanza alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute. Acquista un'importanza crescente l'aspetto dell'accompagnamento individuale per la prevenzione delle malattie nonché per il trattamento in caso di malattia. Gli assicuratori malattie dovrebbero essere legittimati a sostenere le persone assicurate nell'ambito della promozione individuale della salute, superando l'attuale quadro legale della prevenzione medica. La CSS accoglie quindi con favore la proposta discussa nel quadro del pacchetto 2 di misure, che dovrebbe permettere agli assicuratori malattie di informare in modo mirato le proprie assicurate e i propri assicurati in merito a misure di prevenzione, come visite di controllo in caso di malattia o mendiate forme assicurative appropriate, quali le reti di medici nella regione.

Dal punto di vista della CSS, i contributi per la prevenzione finanziati tramite i premi devono essere approvati solo a condizione che il beneficio di tali misure per le persone assicurate sia comprovabile e che 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.

10. Promozione della responsabilità individuale

Per frenare lo sviluppo dei costi della salute, la CSS ritiene che la promozione del senso di responsabilità personale delle pazienti e dei pazienti ricopra un ruolo importante. Nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vi sono due pilastri portanti: da un lato i modelli assicurativi alternativi (MAA), nei quali ci si impegna per esempio a consultare un determinato primo interlocutore (gatekeeper) e a seguire i percorsi di trattamento proposti. In questo modo, la persona assicurata è guidata in modo efficiente nel sistema sanitario e assistita in modo mirato, evitando così trattamenti superflui. D'altra parte, si può promuovere la responsabilità personale mediante incentivi nell'ambito della partecipazione ai costi. In particolare i vari livelli di franchigia riducono l'utilizzo delle prestazioni e creano pertanto uno stimolo al risparmio. L'aumento della franchigia minima, attualmente in discussione nel Parlamento, va anch'esso in questa direzione ed è sostenuto dalla CSS. Un'informazione mirata degli assicuratori malattie alle loro assicurate e ai loro assicurati sulle prestazioni più convenienti o sui modelli d'assistenza e d'assicurazione adeguati, attualmente in discussione anche al Parlamento come parte del secondo pacchetto di misure per il contenimento dei costi, può ricoprire un ruolo importante in questo contesto.

In qualità di partner per la salute, la CSS aiuta inoltre le sue assicurate e i suoi assicurati a comportarsi con senso di responsabilità personale in caso di 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. Se ciò non risulta necessario, il Symptom Checker fornisce suggerimenti su come trattare i disturbi.

Anche nell'ambito della prevenzione la CSS vuole promuovere il senso di responsabilità personale delle sue assicurate e dei suoi assicurati. Tuttavia, nell'assicurazione di base le possibilità sono limitate, 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. Inoltre, in questo setting deve essere disponibile a tutte le assicurate e tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro stato di salute e dalla loro età. Il comportamento consapevole del valore della salute non può essere ricompensato con ribassi supplementari sui premi o vantaggi pecuniari; solo determinate misure di prevenzione medica possono essere escluse dalla partecipazione ai costi. Dal punto di vista della CSS si pone quindi la domanda se questa limitazione sia ancora al passo con i tempi risp. se non si debbano prendere in esame nuovi approcci e stimoli per promuovere in modo ancora più mirato le attività di promozione della salute.

Dal punto di vista della CSS l'health literacy, la competenza in materia di salute, rappresenta una base essenziale per un modo di agire responsabile per quanto concerne le questioni riguardanti la salute. La competenza in materia di salute aiuta a muoversi con maggiore efficienza nel sistema sanitario, a prevenire meglio le malattie e a gestire con maggiore cura la propria salute. Pertanto, la CSS si impegna a diversi livelli per rafforzare queste competenze.

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

11. Strutture tariffali

La CSS si impegna per uno sviluppo attivo delle strutture tariffali. 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 nell'assistenza medica. Respinge tuttavia revisioni estranee alle questioni di fondo, aventi soltanto un movente finanziario. La CSS ritiene che l'autonomia tariffale e un partenariato tariffale funzionante siano elementi importanti nella concorrenza e sostiene tutti gli sforzi nel trovare soluzioni mediante trattative. Sostiene però anche interventi sussidiari del Consiglio federale qualora l'autonomia tariffale non dovesse condurre ad alcuna soluzione appropriata e accettabile per chi paga i premi.

12. 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 (art. 58 LAMal), la CSS s'impegna affinché la qualità della fornitura di prestazioni nel sistema sanitario svizzero sia analizzata e resa nota in modo trasparente. In quest'ottica, le regole sullo sviluppo della qualità e sulla trasparenza devono essere vincolanti e il loro mancato rispetto deve essere sanzionabile. L'attuazione della nuova legge sulla qualità (art. 58 LAMal) è tuttavia impegnativa, poiché le associazioni dei fornitori di prestazioni e quelle degli assicuratori malattie devono garantire la neutralità dei costi. La trasparenza sulla qualità ora richiesta deve permettere a

chi paga i premi di comparare le varie offerte dei fornitori di prestazioni e ai partner tariffali di sviluppare una concorrenza basata non solo sul prezzo, ma anche su criteri qualitativi.

13. Prezzi e margini dei medicinali

Attualmente ci sono vari incentivi distorti 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 riguardo ai prezzi da parte dell'industria.

Nei prossimi anni probabilmente saranno omologati molti nuovi medicinali ad alto costo. Ciò solleva questioni urgenti relative alla sostenibilità finanziaria e al contenimento dell'incremento dei costi nell'ambito dei medicinali. L'attuale quadro normativo non è orientato ad affrontare in modo adeguato i nuovi sviluppi come la medicina personalizzata, la gestione delle incertezze in caso di insufficiente evidenza o la valutazione di prodotti combinati.

Le future regole dei prezzi dovranno adattarsi a queste sfide.

- Flessibilizzazione delle regole dei prezzi: le normative vengono costantemente adattate alle esigenze attuali (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; è importante strutturarlo in modo che non abbia un effetto di spinta dei prezzi. 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 tramite l'Istituzione comune, non è un'opzione dal punto di vista delle persone assicurate e di chi paga i premi e non è neppure una buona governance: deve quindi essere respinta.
- Elaborazione e attuazione di un sistema differenziato per la fissazione dei prezzi: nel quadro di un tale sistema devono essere prese in considerazione la prevalenza e l'impatto sul budget. Ciò significa che se un prodotto è largamente utilizzato o la sua applicazione viene estesa, il prezzo deve diminuire. I modelli di ripercussione sui costi discussi nel quadro del secondo pacchetto di misure, che prevedono un ribasso quantitativo al raggiungimento di una determinata soglia di fatturato, rappresentano dal punto di vista della CSS un approccio sensato, che contribuisce al contenimento dei costi senza mettere in pericolo la sicurezza dell'assistenza medica.
- Verifica degli attuali meccanismi per la fissazione dei prezzi: i parametri utilizzati – VON, CTT, premio all'innovazione – sono obsoleti e tengono conto in misura insufficiente dei nuovi sviluppi come la personalizzazione della medicina, la mancanza di evidenza o le terapie combinate. Inoltre, i meccanismi attuali non sono adeguati per le terapie a lungo termine delle malattie croniche, che portano a un miglioramento della qualità della vita generando però costi molto elevati.
- Prodotti di life-style come le iniezioni per dimagrire evitano sì le malattie conseguenti e possono temporaneamente ridurre i costi in altri settori, ma con la tariffazione di costi evitabili creano nuovamente un nuovo punto di riferimento per quanto concerne il prezzo dei medicinali.

Attualmente, soltanto la ditta proponente può ricorrere contro la decisione riguardante l'omologazione e la fissazione del prezzo da parte dell'UFSP. Gli assicuratori malattie, in veste di istanze che sostengono i costi, non possono quindi reagire in favore della loro clientela qualora un medicinale venga introdotto nel catalogo delle prestazioni nonostante criteri EAE contestabili o una limitazione discutibile, oppure abbia un prezzo considerato troppo alto o non giustificabile. La CSS ritiene quindi che al momento dell'omologazione

e della fissazione del prezzo di un medicamento debba essere introdotto un diritto di ricorso per gli stakeholder interessati (assicuratori, consumatori, pazienti).

Sono soddisfacenti i progressi compiuti nella promozione di generici e biosimilari. Nel 2023 il Consiglio federale ha adottato due riforme, entrate in vigore nel 2024, per promuovere l'utilizzo di medicinali sostituibili: prevedono maggiori differenze di prezzo tra generici e preparati originali nonché una strutturazione dei prezzi dei biosimilari dipendente dal mercato. Inoltre, l'aliquota percentuale differenziata per i preparati originali più costosi è stata aumentata dal 20 al 40%. Con l'adeguamento del margine di distribuzione si vogliono ridurre gli incentivi errati per quanto concerne la dispensazione di preparati originali. Con l'introduzione di un margine di distribuzione unitario per i medicinali con gli stessi principi attivi si vuole garantire che le farmacie e i medici vengano remunerati in egual misura, indipendentemente dal fatto che dispensino preparati originali o generici o medicinali biosimilari. Sinora, il margine di distribuzione era nettamente maggiore per i medicinali più costosi, motivo per cui vi era l'incentivo a dispensare questi ultimi.

La CSS accoglie con favore questi sviluppi, tuttavia vede ancora un potenziale di miglioramento: mediante misure mirate come un indennizzo specifico al canale per studi medici, farmacie e ospedali, si potrebbero rimborsare meglio le effettive spese economiche aziendali dei fornitori di prestazioni (p. es. costi di stoccaggio o di trasporto), ridurre gli incentivi errati e contemporaneamente diminuire i costi. Occorrerebbe continuare a lavorare per chiarire i parametri della strutturazione dei margini in termini di calcolo economico, al fine di ottenere ulteriori risparmi.

Ulteriori informazioni sulla tematica dei medicinali sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 1/2016, 3/2022 e 1/2024.

14. Rimborso dei singoli casi ai sensi degli articoli 71a-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. Con la revisione dell'OPre/OAMal, entrata in vigore il 1° gennaio 2024, si è mirato a ridurre gli oneri amministrativi, a un'attuazione più uniforme e di conseguenza a una maggiore equità di accesso. Dall'inizio del 2024 le richieste di rimborso sono notevolmente aumentate. Finora, l'effetto di ottimizzazione a livello amministrativo non è stato raggiunto. Agli assicuratori malattie è stato tolto il potere contrattuale per le terapie, che è stato sostituito da riduzioni fisse. Tuttavia, ci sono sempre più rifiuti poiché alcuni produttori si rifiutano di accettare tali riduzioni fisse. Secondo le attuali valutazioni, l'obiettivo di far sì che i produttori inseriscano più celermente nell'ES dei medicinali costosi è raggiunto solo in parte, a causa delle notevoli riduzioni.

Per dare nuovamente un carattere più marcatamente eccezionale alla valutazione dei singoli casi, la CSS richiede quanto segue

- 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 e c OAMal 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.
- Inoltre, la CSS richiede un rapporto sull'efficacia sotto forma di controlling dell'attuazione e una corrispondente valutazione dei costi da parte della Confederazione.

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

15. Digitalizzazione e utilizzo dei dati

La digitalizzazione e l'utilizzo dei dati ricopriranno un ruolo fondamentale nell'organizzazione del sistema sanitario del futuro. Sebbene in linea di principio vi sia consenso sulla necessità di digitalizzare il sistema sanitario, l'attuazione procede a rilento. In particolare, la revisione della cartella informatizzata del paziente (CIP) si fa attendere. Dal punto di vista della CSS, un rapido sviluppo della CIP è indispensabile come fulcro per la trasformazione digitale del settore sanitario. L'attuale CIP offre troppo pochi benefici a pazienti e fornitori di prestazioni e quindi viene poco utilizzata.

Per colmare le lacune esistenti e aumentare il grado di digitalizzazione nel sistema sanitario svizzero, la CSS si impegna con proprie soluzioni innovative in favore di un'assistenza sanitaria adeguata a quel che ci si prospetta in futuro. La CSS ha perciò 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.). Con l'aiuto di dispositivi mobili, grazie a Well chi soffre di malattie croniche può ad esempio sorvegliare il decorso della sua malattia ed essere sempre in contatto con specialiste e specialisti. Nell'ambito della rete di assistenza medica EHC, con la quale la CSS collabora, tramite Well si possono inoltre garantire cure integrate con supporto digitale.

Con la digitalizzazione non solo aumenta la trasparenza per le persone assicurate, ma, grazie alle analisi di dati delle istituzioni, anche quella concernente le prestazioni erogate, il che può promuovere la qualità e contenere i costi. Inoltre, la digitalizzazione permette di soddisfare meglio le esigenze della clientela. Con Well la CSS offre infatti alla sua clientela una consulenza medica personalizzata, disponibile 24 ore su 24.

Inoltre, le persone assicurate possono assumersi responsabilità personale per ciò che concerne la loro salute nell'ambito di programmi quali «active365». Il programma trasmette conoscenze riguardo allo stile di vita sano e premia attività negli ambiti alimentazione, movimento, consapevolezza e salute mentale.

Affinché i vantaggi della digitalizzazione possano produrre maggiori effetti, è necessario coordinare e armonizzare tutti i partner nel quadro delle loro competenze. Strutture e contenuti dei dati standardizzati sono il presupposto fondamentale affinché i sistemi possano collaborare e siano interoperabili senza interruzioni. 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 rappresentino un freno al potenziale della digitalizzazione. 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. Questo potrebbe essere un approccio sensato anche per la Svizzera.

Mediante la tecnologia e la regolamentazione, è necessario creare un ecosistema che permetta un utilizzo affidabile dei dati e una collaborazione senza lacune fra gli attori, garantendo alle pazienti e ai pazienti la sovranità sui dati. Oltre a una regolamentazione appropriata, un ecosistema digitale richiede in primo luogo infrastrutture tecniche, applicazioni e dati di buona qualità e interoperabili. Il programma «DigiSanté», lanciato dal Consiglio federale nel novembre 2023, accoglie gran parte delle richieste politiche. Nel 2024 il Parlamento ha approvato un corrispondente credito d'impegno di oltre 392 milioni di franchi, correlato a un incarico per stabilire le priorità e a un rapporto annuale al Parlamento. La CSS sostiene questi sforzi con l'obiettivo di creare finalmente la base per un sistema sanitario basato sui dati.

Ulteriori informazioni sulla tematica dei dati e della digitalizzazione sono riportate nella nostra pubblicazione di politica sanitaria «im dialog/place au dialogue» 2/2016, 1/2020, 1/2022 e 1/2024.

16. Obiettivi di costi e 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, facendo così aumentare il numero di persone assicurate in difficoltà nel riuscire a pagare i premi mensili. Contemporaneamente, per motivi di risparmio diversi Cantoni accordano sempre meno le riduzioni dei premi.

Per questo la CSS vede con favore la discussione lanciata già da alcuni anni, e ora condotta con maggiore intensità, concernente le adeguate misure di contenimento dei costi all'interno dell'AOMS. In quest'ottica, in primo luogo la CSS ha sostenuto in modo costruttivo l'introduzione di un finanziamento uniforme, la revisione di strutture tariffarie centralizzate 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 da parte degli assicuratori malattie nell'ambito della pianificazione ospedaliera (pacchetto di misure 1) oppure nuove aliquote dei prezzi dei medicinali (pacchetto di misure 2). Ulteriori misure di contenimento dei costi rimangono però necessarie in altri settori, come per esempio una migliore gestione del catalogo delle prestazioni AOMS o un'applicazione più coerente dei criteri EAE.

A titolo integrativo, la CSS sostiene l'introduzione di obiettivi di costi e qualità nel sistema sanitario, come previsto dal controprogetto all'iniziativa per un freno ai costi. Pertanto, il Consiglio federale stabilirà ogni quattro anni prescrizioni per lo sviluppo dei costi delle prestazioni AOMS. Una commissione sorveglierà l'evoluzione dei costi e rilascerà raccomandazioni sulle misure correttive adeguate. Nel 2025 è fissata la procedura di consultazione per l'attuazione del controprogetto.

Alla fine del 2024 il Consiglio federale ha lanciato una tavola rotonda sul tema del contenimento dei costi, alla quale parteciperanno diversi attori del sistema sanitario. L'obiettivo di questo incontro, che avrà luogo due volte l'anno, è sviluppare insieme misure concrete per il contenimento dei costi. Nel corso del primo meeting gli attori hanno concordato l'obiettivo di risparmiare circa 300 milioni di franchi all'anno a partire dal 2026. La CSS approva l'intento dell'iniziativa di individuare misure di contenimento dei costi su larga base ed efficaci.

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

17. 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 accordo settoriale facoltativo (ASI) disciplina le chiamate pubblicitarie indesiderate nonché le provvigioni degli intermediari, che da anni danno adito a discussioni. La CSS applica l'ASI sin dall'inizio. Insieme alle associazioni mantello curafutura e santésuisse, la CSS si è prodigata affinché l'ASI venisse dichiarato di obbligatorietà generale dal Consiglio federale, al fine di garantire le medesime condizioni per tutti gli assicuratori. Il 14 agosto 2024 il Consiglio federale ha dichiarato l'obbligatorietà generale dell'accordo settoriale intermediari 3.0, con effetto al 1° settembre 2024. In quest'ottica, è basilare che tutti gli assicuratori si attengano alle nuove regole. La CSS si attende dalle autorità (UFSP per la LAMal e FINMA per l'ambito LCA) che venga controllato il rispetto delle regole.

18. Iniziativa del 10% e controprogetto indiretto

I costi del settore sanitario per ogni persona assicurata aumentano costantemente di gran lunga oltre l'inflazione o l'evoluzione dei salari. Di pari passo crescono i premi degli assicuratori malattie, poiché devono coprire i costi. Questo sviluppo mette in difficoltà finanziarie molte economie domestiche, soprattutto quelle del ceto medio, il che è preoccupante dal punto di vista della CSS.

L'iniziativa per premi meno onerosi (iniziativa del 10%), rifiutata dal Popolo svizzero il 9 giugno 2024, mirava a limitare l'onere dei premi al 10% del reddito disponibile e ad armonizzare il sistema della riduzione individuale dei premi (RIP). Tuttavia, dal punto di vista della CSS, l'iniziativa rappresentava un modo costoso di combattere i sintomi, in quanto non affrontava le cause della crescita dei costi. La CSS sosteneva invece il controprogetto indiretto che ora entrerà in vigore. Secondo quest'ultimo, i Cantoni destineranno alla riduzione dei premi un importo minimo fissato fra il 3,5 e il 7,5% dei costi dell'assicurazione di base obbligatoria. I Cantoni con costi della salute maggiori e premi più alti per le economie domestiche dovranno quindi pagare nel complesso di più di quelli con costi inferiori, il che crea stimoli per loro ad adottare misure di contenimento dei costi (p. es. pianificazione ospedaliera, autorizzazione di tariffe o di fornitori di prestazioni ambulatoriali). La procedura di consultazione per l'attuazione del controprogetto è stata avviata nel dicembre 2024.

Rimangono necessarie riforme nel settore sanitario che abbiano ripercussioni non soltanto sul fronte dei finanziamenti, ma anche su quello dei costi. Oltre all'attuazione del controprogetto indiretto, per uno sgravio finanziario delle persone assicurate è quindi importante soprattutto contenere i costi della salute, come si mira a fare nelle attuali riforme (p. es. attuazione di un finanziamento uniforme, tariffa medica ambulatoriale, prezzi dei medicinali).

19. 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. Poiché lo sviluppo delle riserve dipende da molti fattori, possono talvolta essere soggette a fluttuazioni maggiori.

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