

Glossario per capire l'assicurazione malattia



Il sistema sanitario svizzero
è tra i migliori al mondo,
ma anche tra i più onerosi.
Il nostro paese consacra il 12,1%
del suo prodotto interno lordo (PIL)
alla spesa sanitaria
(77,8 miliardi di franchi in tutto nel 2015).
Un buon terzo di tale importo (35,3%)
è coperto dall'assicurazione malattia
(assicurazione obbligatoria
delle cure medico-sanitarie – AOCMS),
un settore relativamente complesso
gestito dagli assicuratori malattia.
Il lavoro degli assicuratori non è molto conosciuto,
a volte frainteso.

**Questo glossario contiene una serie di definizioni
che vi aiuteranno a meglio cogliere i meccanismi
e il funzionamento del sistema.**

Indice

Assicurazione malattia obbligatoria (assicurazione sociale)	4
Assicurazioni complementari private	8
Assicuratori malattia	9
Fornitori di cure	13

Assicurazione malattia obbligatoria (assicurazione sociale)

Tutte le persone residenti in Svizzera devono essere assicurate.
L'assicurazione malattia, detta obbligatoria, è disciplinata dalla Legge
sull'assicurazione malattie (LAMal) del 1996.

LAMal

Legge sull'assicurazione malattie del 1996.

OAMal

Ordinanza d'applicazione della legge sull'assicurazione malattie.

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS)

Disciplinata dalla LAMal, detta anche assicurazione di base, offre a tutti una copertura medica di qualità e garantisce l'accesso a un'ampia gamma di prestazioni di cure.

LVAMal

Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie.

OVAMal

Ordinanza sulla vigilanza sull'assicurazione malattie.



OPre

Ordinanza d'applicazione sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Detta anche «catalogo delle prestazioni», definisce le prestazioni mediche assunte o meno dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

EMap

Elenco dei mezzi e degli apparecchi i cui costi sono obbligatoriamente assunti nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Modelli alternativi d'assicurazione (MAA) o modelli Managed Care

Modelli d'assicurazione in cui l'assicurato sceglie un interlocutore privilegiato

(medico, servizio di consulenza medica telefonica) per tutto ciò che riguarda la salute.

Accetta di limitare la propria scelta e, in cambio, può ottenere riduzioni di premio fino al 20%, in funzione di quanto si risparmia grazie al modello scelto e secondo quanto autorizzato dall'ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Modello di telemedicina

Modello alternativo che impone all'assicurato di chiamare un servizio di consulenza medica telefonica prima di consultare un medico. Il personale medico del servizio analizza la situazione ed emette raccomandazioni (automedicazione o visita del paziente dal medico o all'ospedale).

Modello del medico di famiglia

Modello alternativo in cui l'assicurato s'impegna a consultare in primo luogo il proprio medico di famiglia (medico di primo ricorso), che lo orienta poi, se necessario, verso altri fornitori di cure: specialisti, ospedale ecc.

Reti di cure, HMO (Health Maintenance Organization) o studi di gruppo

Modello alternativo di gruppi o reti regionali di medici che può riunire, in uno stesso luogo (es. pronto soccorso), diverse discipline mediche. L'obiettivo è di migliorare il coordinamento delle cure, per evitare inutili consultazioni o doppi esami. Il primo contatto del paziente avviene sempre con lo stesso medico, in genere il medico generico che, se necessario, fa appello a uno specialista.

Convenzione rete-assicuratore

Tali reti di cure firmano una convenzione con l'assicuratore malattia tramite la quale assumono, in genere, una responsabilità budgetaria. Questa prevede, in anticipo, un indennizzo sulla base di un forfait e in funzione di un budget predefinito. La rete è in questo modo incitata a offrire prestazioni al miglior rapporto qualità-prezzo.

Assicurazione d'indennità giornaliera

Facoltativa, questa assicurazione serve a prevenire i rischi legati alla perdita di salario o di guadagno a seguito di malattia o di infortunio. La copertura di questo rischio LAMal può anche essere completata con un'assicurazione complementare.

Assicurazione senza scopo di lucro

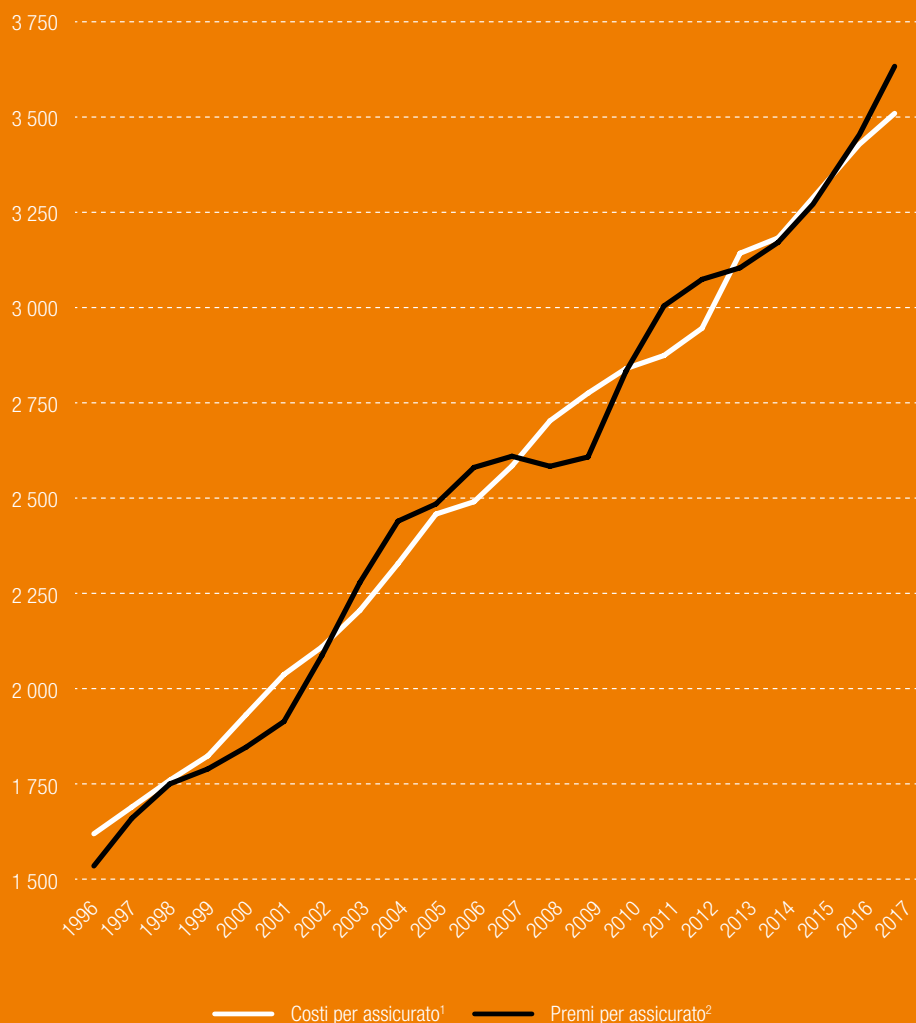
Il settore dell'assicurazione malattia obbligatoria è senza scopo di lucro. Le eventuali eccedenze sono versate su un conto di riserve grazie alle quali gli assicuratori garantiscono in qualsiasi circostanza l'erogazione delle prestazioni (vedere «riserve»).

CGA (condizioni generali d'assicurazione, secondo la LAMal)

Regole applicabili all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e all'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera.

Evoluzione dei premi medi e dei costi netti 1996-2017 in franchi per assicurato AOCMS (tutti gli assicuratori malattia, tutta la Svizzera)

Premi e costi per assicurato in franchi



¹ Costi per assicurato = costi netti delle prestazioni mediche + spese amministrative, l'anno

² Premi per assicurato = premi medi per assicurato, l'anno

Fonte: UFSP, statistica assicurazione malattia obbligatoria, tab. 1.01, Berna 2018.

Evoluzione dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS), dei premi e delle riserve (1996-2017), in Svizzera

	1996	2005	2012	2015	2016	2017	Aumento medio annuo 1996-2017
Costi lordi globali (in milioni di franchi)	12'459	20'348	25'901	30'122	31'484	32'318	4.6%
Costi netti per assicurato (in franchi)	1'616	2'460	2'950	3'307	3'426	3'501	3.7%
Premio medio nazionale per assicurato (in franchi)	1'539	2'480	3'075	3'289	3'442	3'605	4.1%
Spese amministrative in % dei premi	8.15%	5.40%	5.16%	4.73%	4.75%	4.86%	N/A
Riserve globali (in milioni di franchi)	— ³	— ³	6'504	6'062	6'249	7'193	N/A
Riserve per assicurato (in franchi)	— ³	— ³	818	735	750	857	N/A

¹ Costi netti = prestazioni lorde rimborsate dagli assicuratori malattia meno le partecipazioni versate dagli assicurati, cui si aggiungono le spese amministrative.

² Premi medi fatturati dagli assicuratori malattia, di tutti i modelli d'assicurazione.

³ Metodo di calcolo per le riserve minime legali cambiato nel 2012. Ciò rende il paragone con gli anni precedenti impossibile.

Fonte: UFSP, statistica assicurazione malattia obbligatoria, tab. 1.01, Berna 2018

La progressione dei costi sanitari è da sempre una realtà. Negli ultimi 20 anni, tale crescita si è accentuata a causa dei progressi delle tecniche mediche e dell'innovazione, ma anche a causa dell'allungamento della speranza di vita e degli effetti dello squilibrio demografico: la percentuale di giovani è inferiore rispetto a quella, crescente, degli anziani.

La tabella soprastante illustra la situazione, vale a dire l'aumento medio annuo dei costi, dei premi e delle riserve. Nel tempo, i premi seguono la curva dei costi sanitari e permettono pertanto un equilibrio tra le entrate e le uscite ed evitano così dei deficit in uno dei settori più sensibili del nostro sistema sociale. La quota delle spese amministrative sui premi, in %, è stata quasi dimezzata dall'introduzione della LAMal nel 1996, per scendere sotto la soglia del 5%; il 95% dei premi serve a finanziare le prestazioni mediche per gli assicurati.

Le riserve servono a garantire la sicurezza finanziaria degli assicuratori malattia e permettono di assorbire eventuali deficit in caso di evoluzione inaspettata dei costi sanitari. Il loro ruolo è pertanto fondamentale per la stabilità del sistema. Nuove regole per il calcolo delle riserve sono entrate in vigore nel 2012.

Assicurazioni complementari private

Disciplinate dalla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

Assicurazioni private non obbligatorie (facoltative) che coprono le prestazioni complementari in ambito ospedaliero (reparti semiprivato, privato e ospedalizzazione nel reparto comune in tutta la Svizzera), delle cure (medicina alternativa, cure, medicinali fuori lista...) o varie assicurazioni (assicurazioni viaggio, protezione giuridica ecc.).

Quattro assicurati su cinque hanno sottoscritto delle assicurazioni complementari.

Reparto privato

Comfort della camera con un letto. Libera scelta del medico.

Reparto semiprivato

Comfort della camera con due letti. Libera scelta del medico.

Ospedalizzazione in tutta la Svizzera

Copertura d'ospedalizzazione nel reparto comune che permette agli assicurati di farsi curare in un centro di cure pubblico o privato in tutta la Svizzera. Tale copertura assume un'eventuale differenza di costi rispetto al cantone di domicilio.

CGC (condizioni generali per le assicurazioni complementari, secondo la LCA)

Regole applicabili alle assicurazioni complementari private.



Assicuratori malattia

Assicuratori che propongono l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Sono 51 (all'1.07.2018) a proporre i loro servizi in Svizzera.

Altri assicuratori malattia propongono le assicurazioni complementari private.

Alcuni di questi assicuratori fanno parte di gruppi che riuniscono sotto la propria egida diversi assicuratori malattia, come il Groupe Mutuel.

I dieci maggiori assicuratori AOCMS rappresentano quasi l'80% del mercato.

Tale pluralità garantisce all'assicurato la libera scelta dell'assicuratore.

Ne deriva una concorrenza tra assicuratori che permette di contenere le spese generali e di proporre agli assicurati premi quanto più ponderati possibile e un servizio di qualità.

Premi

Importo incassato dagli assicuratori per coprire le spese di cura. L'assicurazione malattia sociale è finanziata secondo il sistema di copertura dei bisogni. Ciò significa che le entrate di premi di un esercizio devono permettere di coprire le uscite per le cure dello stesso esercizio (articoli 12 e 16 capoverso 3 LVAMal).

Franchigie

Partecipazione ai costi a carico dell'assicurato. Tramite la franchigia, l'assicurato assume una parte dei costi che genera. Se sceglie una franchigia opzionale, usufruisce in cambio di una riduzione del premio.

Adulti Franchigia ordinaria	Fr. 300.– l'anno, importo minimo che tutti gli assicurati devono pagare di tasca propria. La franchigia ordinaria non dà diritto a una riduzione del premio.
Adulti Franchigie opzionali	Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.– Fr. 2'500.– l'anno.
Bambini Franchigia ordinaria	Fr. 0.–.
Bambini Franchigie opzionali	Fr. 100.–, Fr. 200.–, Fr. 300.–, Fr. 400.–, Fr. 500.–, Fr. 600.– l'anno.

Aliquota

Partecipazione del 10% ai costi delle cure che l'assicurato riceve veramente e che superano l'ammontare della franchigia. La legge fissa a Fr. 700.– per gli adulti, l'importo massimo annuo dell'aliquota. Per i bambini, l'aliquota massima è di Fr. 350.–.

Esempio (persona adulta)

Spese di trattamento:	Fr. 1'200.–
Franchigia:	Fr. 300.–
Aliquota:	Fr. 1'200.- - Fr. 300.- = Fr. 900.– / Fr. 900.– x 10% = Fr. 90.–
A carico dell'assicurato:	Fr. 300.– (franchigia) + Fr. 90.– (aliquota) = Fr. 390.–
A carico dell'assicuratore:	Fr. 1'200.– – Fr. 390.– = Fr. 810.–.

Economicità

Principio base della LAMal che esige che tutte le prestazioni dell'assicurazione malattia siano efficaci, appropriate ed economiche. Questi tre criteri sono cumulativi (art.32 LAMal).

Controllo dei costi

Il controllo dei costi è l'azione essenziale tramite cui gli assicuratori malattia controllano tutte le fatture che ricevono, in base ai tre criteri d'economicità sopra specificati. Questa attività di controllo permette di ridurre le spese annue di circa il 10% delle prestazioni coperte, vale a dire più di tre miliardi di franchi l'anno.

Le spese generali dell'assicurazione di base costituiscono una spesa annua di 1,5 miliardi di franchi; ne deriva pertanto una riduzione della spesa netta di circa 1,5 miliardi di franchi ogni anno. Tradotto in importo di premio, ciò rappresenta un alleggerimento del premio di circa il 5% ogni anno. Tale efficacia nel controllo delle fatture è il risultato della concorrenza tra assicuratori. È infatti nel loro interesse contenere i costi e le spese amministrative per poter proporre agli assicurati premi competitivi.

Riduzione dei premi (sussidi)

Aiuto finanziario per pagare i premi accordato dai cantoni agli assicurati di condizioni economiche modeste. I criteri di attribuzione di tali sussidi (reddito minimo, % d'assunzione ecc.) sono fissati dai cantoni.

Nel 2017, 2,2 milioni di persone, vale a dire il 26.4% della popolazione, hanno usufruito di una riduzione del premio. L'importo globale di tali sovvenzioni erogate dalla Confederazione e dai cantoni ha raggiunto i 4.5 miliardi di franchi.

Compensazione dei rischi

È un meccanismo di compensazione finanziaria tra assicuratori. Gli assicuratori che hanno un numero di assicurati ad alto rischio (casi di malattia più numerosi e più frequenti) ottengono un sostegno finanziario da parte degli assicuratori il cui portafoglio ha meno assicurati con casi di malattia.

Criteri: la compensazione si effettua e si calcola in base a quattro criteri: l'età (giovani o persone anziane), il sesso, il soggiorno in un ospedale o in una casa di cura l'anno precedente, secondo le giornate d'ospedalizzazione a partire da una durata minima di tre giorni e, dal 1° gennaio 2017, i costi dei medicinali dell'anno precedente. Questi quattro criteri sono cumulativi.

L'ammontare della compensazione è calcolato ogni anno. Nel 2016, l'importo globale di compensazione scambiato tra assicuratori è stato pari a 1,7 miliardi di franchi.

Esempio: un assicuratore che ha nel proprio portafoglio più donne, persone anziane e persone che sono state ospedalizzate almeno tre giorni nel corso di un anno civile, otterrà una compensazione da parte degli assicuratori che hanno più uomini, più giovani e meno persone che sono state ospedalizzate almeno tre giorni.

Obbligo di contrarre

Obbligo imposto agli assicuratori malattia di rimborsare tutti i fornitori di cure abilitati a esercitare a carico della LAMal.

Libertà di contrarre

Possibilità che hanno gli assicuratori malattia o i fornitori di cure di decidere con quale partner stipulare una convenzione tariffaria.

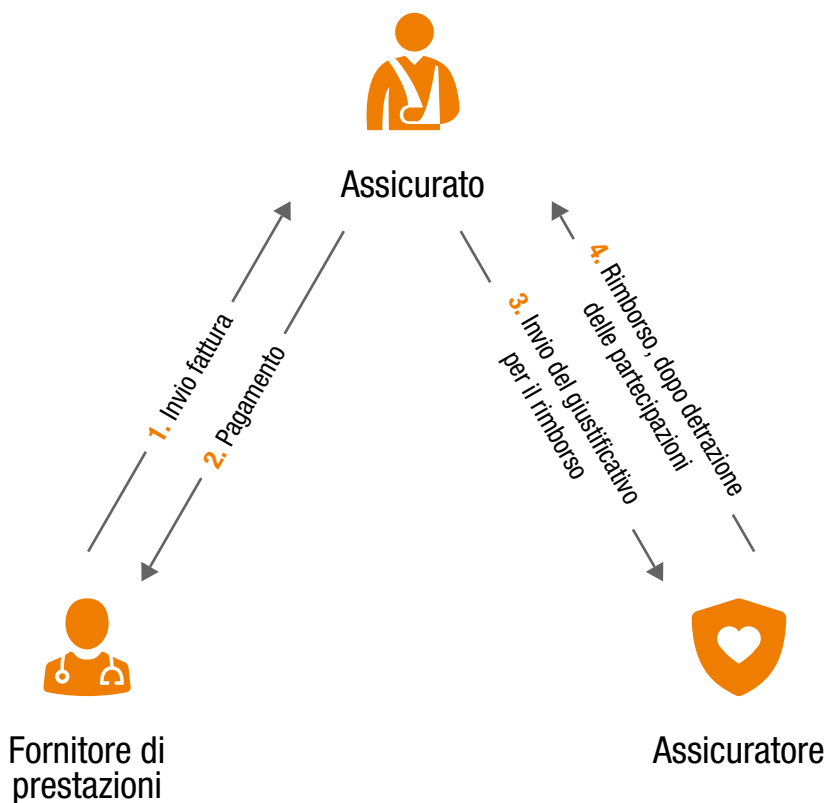
Libera scelta dell'assicuratore

Possibilità per l'assicurato di scegliere liberamente il proprio assicuratore malattia. Tale libera scelta è intrinseca nel sistema dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Libera scelta del medico

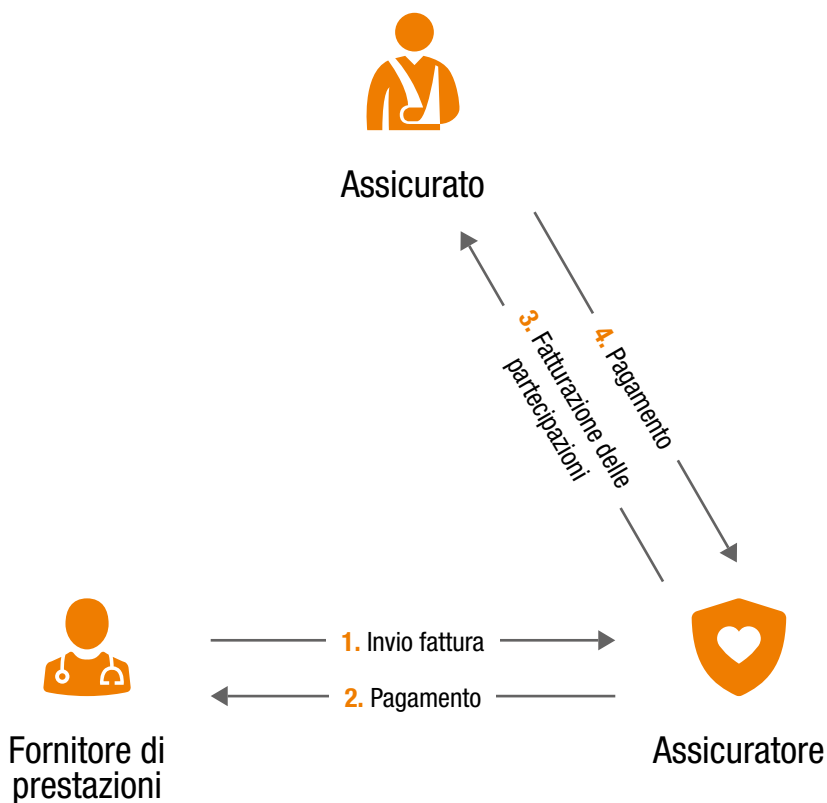
Possibilità per ogni paziente di farsi curare dal medico di propria scelta, generico o specialista, a condizione che la copertura d'assicurazione sottoscritta sia un modello standard. Se ha sottoscritto un modello d'assicurazione con condizioni particolari, l'assicurato deve riferirsi alla pagina 5 sui modelli alternativi d'assicurazione (MAA) o sui modelli Managed Care.





Terzo garante

Salvo convenzione, l'assicurato è debitore della remunerazione del fornitore di prestazioni. Deve pertanto pagare la fattura della cura e farsi poi rimborsare dall'assicuratore. È il sistema del «Terzo garante».



Terzo pagante

In questo sistema, una convenzione definisce che il debitore della fattura è l'assicuratore, il quale rimborsa direttamente il fornitore di cure e fattura poi la partecipazione ai costi (franchigia, aliquota) all'assicurato.



Terzo saldante

In questo sistema, il fornitore di cure invia una fattura insieme a una cessione di credito firmata dall'assicurato. Ciò autorizza l'assicuratore a pagare direttamente il fornitore di cure, previa detrazione delle partecipazioni legali dell'assicurato (franchigia e aliquota). Il fornitore può poi fatturare tale saldo al suo paziente.



Accantonamenti

Somme costituite per coprire le prestazioni di cura già fornite, ma non ancora fatturate e/o rimborsate. Tali somme rappresentano, in genere, tre mesi di prestazioni: permettono di rimborsare le fatture degli ultimi tre mesi dell'anno, che sono inviate all'assicuratore nel corso dei primi tre mesi dell'anno successivo.

Riserve

Fondi propri di cui gli assicuratori devono disporre per garantire in qualsiasi momento e in qualunque circostanza il rimborso delle fatture di prestazioni di cure. Per questo, le riserve devono raggiungere un limite minimo fissato per legge.

Dal 1° gennaio 2012, le riserve necessarie sono determinate in funzione dei rischi cui l'assicuratore è esposto. Si tratta in particolare del rischio attuariale, del rischio di mercato e del rischio di credito, tutti e tre presi in considerazione nel test di solvibilità della LAMal. La capacità degli assicuratori di sostenere tali rischi è valutata in funzione del loro tasso di solvibilità, che illustra il rapporto tra le riserve disponibili e le riserve minime richieste.

Tali riserve svolgono un ruolo importante per l'equilibrio del sistema. Quando i costi sono superiori ai premi incassati, l'assicuratore può attingere alle riserve per continuare a pagare i fornitori di cure. Se le entrate superano le uscite, l'eccedenza è versata sul conto delle riserve, che sono prese in considerazione nel calcolo dei premi per attenuarne l'aumento.

Vigilanza

Le attività degli assicuratori malattia sono sorvegliate dalle autorità federali competenti. Per il settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal (assicurazione sociale), l'autorità di sorveglianza è l'Ufficio federale della sanità pubblica. Una legge specifica, la Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie – LVAMal - è entrata in vigore il 1° gennaio 2016. Per il settore delle assicurazioni complementari private secondo la LCA, l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) sorveglia le attività degli assicuratori in questo campo.

Fornitori di cure

Professionisti delle cure e organismi abilitati a esercitare a carico dell'assicurazione malattia. Sono: i medici, i farmacisti, gli ospedali, le case di cura, i centri di cura, i centri per i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici, i laboratori, i chiropratici, le levatrici, i soggiorni per parto in case per partorienti, le persone che prodigano cure dietro prescrizione o mandato medico (fisioterapisti ecc.) e un contributo alle spese di trasporto necessario dal punto di vista medico e alle spese di salvataggio (art. 24 a 31 LAMal).

Prestazioni

Tutti gli importi che gli assicuratori malattia rimborsano agli assicurati o pagano ai fornitori di cure.

TARMED

Tariffario medico che riunisce la remunerazione di tutte le prestazioni ambulatoriali fornite da un medico. La nomenclatura degli atti medici – dettagliata in 4'600 posizioni tariffarie – è uniformata a livello svizzero, mentre il valore del punto TARMED varia secondo i cantoni (vedere anche: www.tarmedsuisse.ch).

DRG

Abbreviazione della sigla inglese «Diagnosis Related Groups», tradotta con «forfait per caso». Questo sistema tariffario cataloga le degenze ospedaliere in gruppi di patologie. Il rimborso delle prestazioni è effettuato sulla base di un forfait. Tale sistema di fatturazione sostituisce il vecchio, basato sul principio del forfait giornaliero (giornata di malattia).

Convenzioni tariffarie

Accordi tra assicuratori malattia e fornitori di cure volti a disciplinare i rapporti tra i partner e a fissare le tariffe (protezione tariffaria).

Convenzione LAMal: accordo tra partner in relazione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS). In caso di litigio, l'autorità di ricorso è il cantone, che decide. In ultima istanza, si può adire il Tribunale federale che emette una sentenza definitiva.

Convenzione LCA: accordo in relazione all'assicurazione complementare negoziato direttamente tra assicuratori malattia e fornitori, in privato.

Ospedali

Degenze: soggiorno di oltre un giorno all'ospedale o che include una notte. Nel 2012, è stato introdotto un nuovo sistema di finanziamento che definisce la percentuale di ripartizione del finanziamento delle prestazioni: il 55% a carico dei cantoni e il 45% a carico dell'assicurazione malattia. La tariffa si fonda sul DRG.

Ambulatorio: qualsiasi soggiorno di una sola giornata all'ospedale o che non include una notte. Finanziamento interamente a carico degli assicuratori malattia secondo il tariffario TARMED.

Medici (studi medici)

Consultazione per cure mediche. Finanziamento secondo TARMED.

Cure di lunga durata

Case di cura: centri destinati alle persone anziane o ai disabili.

Cure a domicilio: dette anche Spitex (dal tedesco), cure prodigate a casa dell'assicurato. Le cure a domicilio fanno parte del catalogo delle prestazioni LAMal.

Medicina alternativa o medicina dolce

Riunisce tutte le terapie di medicina detta alternativa o complementare (naturopatia, omeopatia, aromaterapia, riflessologia, sofrologia ecc.). Esistono più di 200 terapie diverse di medicina alternativa praticate da circa 25'000 terapeuti.

Assicurazioni complementari: cure generalmente rimborsate dalle assicurazioni complementari per i terapeuti membri di associazioni riconosciute dall'assicuratore, quali la Fondazione svizzera per le medicine complementari (ASCA) e il Registro di Medicina Empirica (RME).

Assicurazione di base: dal 1° agosto 2017, l'assicurazione di base rimborsa oltre all'agopuntura, quattro terapie di medicina alternativa, vale a dire l'omeopatia, l'antroposofia, la fitoterapia e la medicina tradizionale cinese.

Sono assunte esclusivamente le cure prodigate da medici che hanno seguito una specifica formazione.



Managed Care (cure gestite)

Case management (dall'inglese, gestione dei casi): monitoraggio dei casi di pazienti che hanno una situazione medica complessa – pazienti che soffrono di patologie polmonari e cardiache, ad esempio – durante tutta la catena di cure, allo scopo di prodigare le migliori cure, nel miglior posto e al miglior prezzo.

Disease management (dall'inglese, gestione delle malattie): assistenza nell'assunzione di malattie croniche (diabete, insufficienza cardiaca ecc.) tramite il coordinamento degli atti dei vari protagonisti della catena di cure e la responsabilità del paziente.

Medicinali

Elenco dei medicinali con tariffa (EMT) ed elenco delle specialità (ES): elenchi completi di preparati e sostanze attive utilizzate per la preparazione magistrale di medicinali, con i prezzi rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS). Tali elenchi sono stilati dall'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). Il rimborso avviene esclusivamente dietro ricetta medica (www.listedesspecialites.ch).

Medicinali fuori lista: medicinali disponibili sul mercato che non figurano nell'elenco delle specialità (ES) e non sono quindi assunti dall'assicurazione di base. Possono essere parzialmente rimborsati dalle assicurazioni complementari.

Medicinali LPPA: lista di preparati farmaceutici a carico degli assicurati (nessun rimborso possibile né tramite l'AOCMS né tramite le assicurazioni complementari).

Generici: copia di un medicinale originale il cui brevetto a tutela della produzione è scaduto. Questo medicinale contiene le stesse sostanze attive e ha le stesse proprietà (efficacia, indicazioni, posologia...) del medicinale d'origine. Non dovendo coprire i costi di ricerca, il prezzo di questo medicinale è inferiore (fino al 70%) rispetto al preparato originale.



Groupe Mutuel

Salute® Vita® Patrimonio® Impresa®

Groupe Mutuel

Rue des Cèdres 5 – Casella postale – CH-1919 Martigny



Avenir Assicurazione Malattia SA – Easy Sana Assicurazione Malattia SA – Mutuel Assicurazione Malattia SA – Philos Assicurazione Malattia SA – SUPRA-1846 SA

AMB Assicurazioni SA – Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA – Mutuel Assicurazioni SA – Groupe Mutuel Vita GMV SA

Fondazioni amministrate dal Groupe Mutuel: Groupe Mutuel Previdenza-GMP – Mutuelle Valaisanne de Prévoyance – Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia