



Groupe Mutuel

Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

Swiss Power Group.

INFORMAZIONE

Marzo 2012

COME FUNZIONA IL SISTEMA SANITARIO?

L'ABC dell'assicurazione malattia

COME FUNZIONA IL SISTEMA SANITARIO?

L'ABC dell'assicurazione malattia

Il sistema sanitario svizzero è tra i migliori al mondo, ma anche tra i più onerosi. Il nostro paese consacra l'11,4% del suo PIL alla spesa sanitaria (61 miliardi di franchi in tutto nel 2009). La metà di tale importo (30 miliardi) è coperto dall'assicurazione malattia, un settore relativamente complesso gestito dagli assicuratori malattia. Il lavoro degli assicuratori è mal conosciuto, a volte incompreso. Il presente dossier dà una serie di definizioni che vi aiuteranno a meglio cogliere i meccanismi e il funzionamento del sistema.

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.

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

Modelli d'assicurazione tramite i quali l'assicurato sceglie un interlocutore privilegiato (medico, centralino 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 (dal 5 al 20%) il cui livello, in percentuale, è fissato per legge.

Modello di telemedicina

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

Modello del medico di famiglia

Modello che impone all'assicurato di consultare in primo luogo il proprio medico di famiglia (medico di primo ricorso), che lo orienta poi, se necessario, nella catena delle cure: specialisti, ospedale, ecc.

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

Gruppo o rete regionale 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 consultazioni o esami già effettuati. 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 malat-

tia 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 di 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 (v. «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.

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI PRIVATE

Assicurazione complementare

Disciplinata dalla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA). Assicurazione privata non obbligatoria (facoltativa) che copre prestazioni complementari nell'ambito degli ospedali (reparti semiprivato, privato e ospedalizzazione nel reparto comune in tutta la Svizzera), delle cure (medicina alternativa, cure, medicinali fuori lista...) o di assicurazioni diverse (assicurazione viaggi, protezione giuridica, ecc.).

Quattro assicurati su cinque hanno sottoscritto delle assicurazioni complementari.

Reparto privato

Comfort della camera con un letto singolo. 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 ente pubblico o privato in tutta la Svizzera.

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

Regole applicabili alle assicurazioni complementari private.

ASSICURATORI MALATTIA

Assicuratori che offrono l'assicurazione obbligatoria delle cure e possono anche proporre le assicurazioni complementari. Sono 70, in Svizzera, gli assicuratori che offrono i loro servizi. Alcuni di questi assicuratori fanno parte di gruppi che riuniscono sotto la propria egida diverse casse malati, come il Groupe Mutuel. I dieci maggiori assicuratori 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 gran qualità. Tutto ciò scomparirebbe con l'instaurazione di una cassa unica.

Premi

Importo incassato dagli assicuratori per coprire le spese di cura. L'assicurazione malattia sociale è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Ciò significa che le entrate di premi di un esercizio devono permettere di coprire le uscite per le cure dello stesso esercizio. Poiché è possibile che un anno le spese sanitarie siano superiori o inferiori ai premi incassati, gli assicuratori sono tenuti a garantire l'equilibrio tra entrate e

uscite per un periodo di finanziamento di due anni (art. 78 OAMal).

Franchigie

Partecipazione ai costi a carico dell'assicurato. Tramite la franchigia, l'assicurato è d'accordo di assumere 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. 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.-.

Esempi:

Spese di cura: Fr. 1'200.- (adulto)

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 debbano essere 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 del 10% delle prestazioni coperte, vale a dire di due miliardi di franchi l'anno.

Le spese generali dell'assicurazione di base costituiscono una spesa annua di un miliardo di franchi; ne deriva pertanto una riduzione della spesa netta di un miliardo di franchi ogni anno.

Tradotto in importo di premio, ciò rappresenta un alleggerimento del premio del 5% ogni anno.

Tale efficacia nel controllo delle fatture è il risultato della concorrenza tra assicuratori. È infatti nel loro interesse contenere i costi per poter proporre agli assicurati premi competitivi.

Riduzione dei premi (sovvenzioni)

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 2009, un terzo della popolazione svizzera (2,4 milioni di persone), vale a dire quasi la metà delle famiglie, ha usufruito di una riduzione del premio. L'importo globale di tali sovvenzioni erogate dalla confederazione e dai cantoni ha raggiunto i 3,5 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 tre criteri: l'età (giovani o persone anziane), il sesso e, dal 1° gennaio 2012, secondo le giornate d'ospedalizzazione, a partire da una durata minima di tre giorni, in ospedale o in casa di cura. I tre criteri sono cumulativi. L'ammontare della compensazione è calcolato ogni anno. Nel 2010, l'importo globale di compensazione scambiato tra assicuratori è stato pari a 1,5 miliardi di franchi. I 15 più grandi contribuenti, – tra cui il Groupe Mutuel – coprono da soli circa il 90% dell'importo della compensazione totale. I 15 più grandi beneficiari ottengono, da soli, il 99% dell'importo totale.

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 concludere una convenzione tariffaria.

Libera scelta dell'assicuratore

Possibilità per l'assicurato di scegliere liberamente il proprio assicuratore malattia. Tale libera scelta, che è alla base della concorrenza tra assicuratori, scomparirebbe con il sistema della cassa unica.

Libera scelta del medico

Possibilità per ogni paziente di farsi curare dal medico di sua scelta, generico o specialista. Tale libera scelta è garantita anche per i farmacisti o i fisioterapisti, sulla base di una prescrizione medica.

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.

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, in percentuale del volume dei premi.

Percentuali minime fissate per legge:

- ▶ 10% per gli assicuratori con più di 150'000 assicurati.
- ▶ 15% per gli assicuratori che hanno tra 50'000 e 150'000 assicurati.
- ▶ 20% per gli assicuratori con meno di 50'000 assicurati.

Dal 2012, le riserve dovranno essere valutate sulla base di un nuovo sistema che tiene conto dei rischi effettivi.

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.

Importi limitati: nel 2010, l'importo delle riserve corrisponde a Fr. 400.– per assicurato, vale a dire meno di due mesi d'incasso dei premi. A paragone, il fondo AVS ammonta a 12 mesi di spese, sebbene la gestione delle rendite sia molto più semplice da realizzare, rispetto agli 80 milioni di casi di rimborso trattati dall'assicurazione malattia.

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.

FORNITORI DI CURE

Professionisti delle cure ed organismi abilitati ad 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, le persone che prodigano cure dietro prescrizione o mandato medico (fisioterapisti, ecc.). L'AOCMS assume altresì le degenze in caso di parto in una casa per partorienti e dà 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 negli studi medici, a casa del paziente e in ambito ambulatoriale negli ospedali. 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 e 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'assicura-

zione 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 Spitem (dal tedesco), cure prodigate a casa dell'assicurato, che 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 20'000 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: dall'inizio di quest'anno, l'assicurazione di base rimborsa cinque medicine alternative, vale a dire l'omeopatia, l'antroposofia, la terapia neurale, la fitoterapia e la medicina cinese – per un periodo provvisorio fino al 2017. Saranno assunte esclusivamente le cure prodigate da medici che hanno seguito una specifica formazione.

Managed Care (Cure gestite)

Case Management (dall'inglese, gestione dei casi): trattamento 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 responsabilizzazione del paziente.

Medicinali

Elenco dei medicinali con tariffa (EMT) ed elenco delle specialità (ES):

elenchi completi di preparati farmaceutici e 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.

Medicinali fuori lista: medicinali disponibili sul mercato, che non sono 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 ed 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 60%) rispetto al preparato originale.

Evoluzione dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure (AOCMS), dei premi e delle riserve (1996-2010), in Svizzera

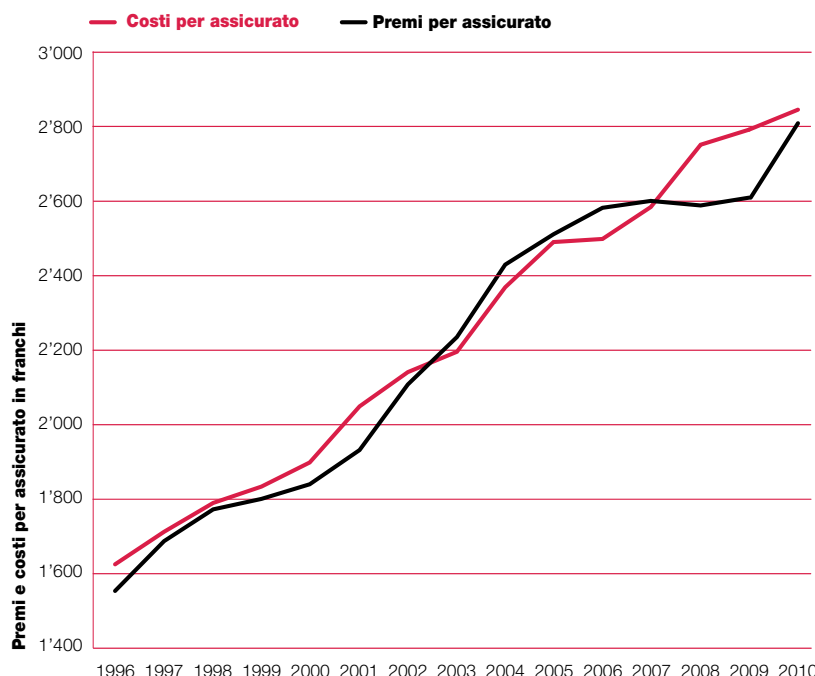
	1996	2000	2005	2007	2008	2009	2010	aumento medio annuale 1996-2010
Costi lordi globali (in milioni di franchi)	12'459	15'478	20'348	21'579	22'722	23'656	24'292	4.9%
Costi netti per assicurato ¹ (in franchi)	1'624	1'935	2'468	2'586	2'705	2'777	2'842	4.1%
Premio medio nazionale per assicurato ² (in franchi)	1'539	1'850	2'487	2'612	2'586	2'611	2'834	4.4%
Riserve globali (in milioni di franchi)	2'856	2'832	3'184	3'970	3'252	2'863	3'115	0.6%
Riserve per assicurato (in franchi)	395	390	428	527	427	371	400	0.1%
Riserve (in % del volume dei premi)	25.7%	21.1%	17.2%	20.2%	16.5%	14.2%	14.1%	

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, ma anche, più recentemente, 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. L'ammontare di tali riserve dimostra che gli assicuratori non hanno accumulato risorse, poiché l'importo è rimasto stabile nel 2010 (Fr. 400.- per assicurato) rispetto al 2000 (Fr. 390.- per assicurato). Ciò esprime l'adeguamento dei premi fatturati rispetto alle prestazioni erogate dagli assicuratori in questo periodo. In altre parole, è dimostrato che, sul lungo periodo, i premi seguono la curva dei costi sanitari e permettono in questo modo un equilibrio tra entrate e uscite, evitando dei deficit in uno dei settori più sensibili del nostro sistema sociale.

¹ Costi netti: prestazioni lorde rimborsate dagli assicuratori malattia meno le partecipazioni versate dagli assicurati, più le spese amministrative.
² Premi medi fatturati dagli assicuratori malattia, per tutti i modelli d'assicurazione.

Fonte: UFSP

Evoluzione dei premi medi e dei costi netti, in franchi, per assicurato, dell'assicurazione obbligatoria delle cure (1996-2010), in Svizzera



Fonte: UFSP