

# POLICY BRIEF

## LA RIFORMA DEL FINANZIAMENTO UNIFORME DELLA SANITÀ SOTTO LA LENTE



## INTRODUZIONE

Il 24 novembre 2024 il popolo svizzero esprimerà il proprio voto in merito alla revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Tale riforma del finanziamento uniforme è stata descritta come una delle più importanti riforme del sistema sanitario svizzero dall'entrata in vigore della LAMal nel 1996. Viene ampiamente sostenuta dai vari partiti politici, dai rappresentanti del mondo della sanità e dalle assicurazioni malattia.

Rappresenta indubbiamente una riforma importante del nostro sistema di assicurazione malattia. È quindi importante che il pubblico venga informato nel modo più trasparente possibile in merito alla posta in gioco di tale riforma e alle argomentazioni addotte dai suoi sostenitori e detrattori.

Il presente contributo intende portare in modo fattuale e analitico trasparenza nei dibattiti, al fine di aiutare i cittadini a esprimere un voto informato.

## LA RIFORMA IN BREVE

La riforma del finanziamento uniforme, o secondo l'acronimo tedesco EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), contempla un cambiamento importante nelle modalità di finanziamento del sistema sanitario a carico delle assicurazioni obbligatorie delle cure medico-sanitarie (AOMS) e dei cantoni. La riforma in esame introduce due cambiamenti:

- la standardizzazione dei criteri di ripartizione dei finanziamenti tra assicuratori e cantoni nelle diverse aree di cure (ambulatoriale, stazionaria, a domicilio e presso gli stabilimenti medico-sociali (EMS));
- l'introduzione di un sistema di finanziamento monistico delle cure, il che significa che gli assicuratori provvederanno a rimborsare tutte le prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i cantoni verseranno il loro contributo finanziario direttamente agli assicuratori.

Tale riforma ha un duplice obiettivo: da un lato, correggere gli incentivi finanziari inadeguati che potrebbero rallentare il trasferimento dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali e, dall'altro, evitare che questo trasferimento verso le cure ambulatoriali pesi proporzionalmente più sui premi assicurativi che sulle imposte, come avviene attualmente.

Oltre a questi due effetti diretti, vi sono altre argomentazioni avanzate dai sostenitori e dai detrattori della riforma. Le argomentazioni addotte sono di diversa natura e si basano su presupposti e condizioni che, al fine di valutare oggettivamente la reale portata di questa riforma, vanno accuratamente presi in esame.

Per comprendere meglio la questione, è utile ripercorrere le origini della riforma, che possono essere fatte risalire all'introduzione della LAMal. Se si desidera approfondire tale aspetto, consultare pagina 10 nella sezione [intitolata «Breve storia della riforma del finanziamento uniforme»](#).

# ANALISI DELLE ARGOMENTAZIONI A FAVORE DELLA RIFORMA DEL FINANZIAMENTO UNIFORME

## 3.1. La riforma standardizza le quote di finanziamento alla sanità e introduce un sistema di finanziamento monistico. Qual è la situazione?

Attualmente la quota di finanziamento a carico dell'assicuratore malattia e del cantone varia a seconda del tipo di cura (ambulatoriale, stazionaria, a domicilio o presso stabilimenti medico-sociali) e ciascun finanziatore, assicuratore malattia o cantone versa a titolo di rimborso la propria quota al fornitore dei servizi sanitari su base contrattuale o giuridica.

La riforma mira a uniformare la quota di finanziamento a carico dell'assicurazione malattia (73,1%) e del cantone (26,9%) secondo un unico criterio di ripartizione. Inoltre prevede che il cantone versi il proprio contributo finanziario direttamente alle assicurazioni malattia. Saranno poi queste ultime a occuparsi del rimborso, in base agli accordi tariffari, completo del costo delle cure dei loro assicurati, siano esse ambulatoriali, stazionari, domiciliari o presso stabilimenti medico-sociali (sistema monistico).

La [Figura 1](#)<sup>1</sup> illustra tali cambiamenti nei flussi di finanziamento e l'impatto della riforma sugli importi presi in considerazione nell'ambito del calcolo dei contributi degli assicurati ai costi (franchigia e aliquota percentuale).



Figura 1: Il finanziamento delle prestazioni mediche prima e dopo la riforma

Di conseguenza, il rapporto finanziario diretto tra assicurazioni malattia e prestatori di cure sanitarie andrà a intensificarsi, mentre si ridurrà quello tra questi ultimi e i cantoni. Tuttavia, i cantoni continueranno a finanziare direttamente altri servizi, come ad esempio la formazione rivolta agli operatori sanitari.

Per maggiori informazioni sui flussi di finanziamento, si rimanda a pagina 12 alla sezione [«Il finanziamento delle prestazioni nell'ambito dell'AOMS prima e dopo la riforma»](#).

IN BREVE

Secondo quanto previsto dalla riforma, le assicurazioni malattia saranno responsabili di finanziare il 73,1% delle prestazioni, mentre i cantoni risponderanno per il 26,9%, indipendentemente dal tipo di cura (ambulatoriale, stazionaria o a lungo termine).

Le assicurazioni malattia provvederanno a rimborsare il 100% delle prestazioni sanitarie e i cantoni verseranno il proprio contributo direttamente agli assicuratori. Andrà dunque a rinforzarsi l'entità delle trattative finanziarie tra assicurazioni malattia e prestatori di cure sanitarie.

*La riforma consente quindi di uniformare le quote di finanziamento e di istituire un sistema di finanziamento monistico.*

### 3.2. Un finanziamento uniforme incoraggia il trasferimento verso le cure ambulatoriali?

Il passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali rappresenta un problema importante in termini di costi. Infatti, le cure ambulatoriali sono generalmente meno costose di quelle eseguite in regime stazionario, in quanto non comportano i costi di degenza e supervisione. Ma su cosa si basa la decisione di fornire una cura in regime stazionario piuttosto che ambulatoriale?

Ipotizzando che il finanziatore possa esprimersi sulla decisione di fornire delle cure mediche realizzando una presa in carico ambulatoriale piuttosto che in regime stazionario, quali sono gli incentivi finanziari che esistono ad oggi? Dato che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) copre il 100% dei costi ambulatoriali e solo il 45% dei costi ospedalieri di degenza, questa avrà interesse a favorire una presa in carico in regime di degenza. Tuttavia, se quest'ultima fornisce al paziente anche una copertura privata o semiprivata, l'incentivo finanziario si inverte, perché per l'assicuratore privato la cura ambulatoriale è molto più interessante dal punto di vista finanziario. Per il cantone, invece, che si fa carico del 55% del costo della degenza ospedaliera e non corrisponde nulla per una procedura ambulatoriale, vale l'esatto opposto: i cantoni hanno un chiaro interesse finanziario nell'incoraggiare il passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali.

Tuttavia, i finanziatori possono davvero influenzare la scelta del tipo di cura? La decisione non spetterebbe piuttosto al medico? E se la decisione viene presa principalmente dal medico, quali incentivi ha? I principali fattori che intervengono sono chiaramente la situazione medica e i desideri del paziente e della sua famiglia, così come la disponibilità di strutture tecniche, sia ospedaliere che ambulatoriali. Per quanto riguarda gli incentivi finanziari, sulla decisione del medico o dell'istituto di cura peserà maggiormente l'entità di rimborso del servizio, e quindi della sua redditività, piuttosto che chi lo eroga. Non bisogna poi dimenticare il ruolo che hanno eventuali onorari privati percepiti dal medico in caso di presa in carico ospedaliera di un paziente con assicurazione complementare.

Il passaggio alle cure ambulatoriali è quindi il risultato di una serie di fattori, tra cui molteplici incentivi finanziari che non vanno tutti nella stessa direzione.

Qual è lo stato attuale del passaggio alle cure ambulatoriali in Svizzera? La sezione [verso le cure ambulatoriali in Svizzera»](#) a pagina 13 fornisce un'analisi del passaggio verso le cure ambulatoriali in Svizzera e nei vari cantoni, nonché un confronto con la situazione a livello internazionale. La sopracitata analisi mostra che, sebbene il processo di trasferimento verso le cure ambulatoriali sia già ben avviato in Svizzera, il potenziale di crescita, rispetto agli standard internazionali, è elevato. La riforma del finanziamento uniforme contribuirà a sostenere tale crescita e la maniera migliore per favorirla consiste nel cambiare le strutture tariffarie e altre misure, come gli elenchi vincolanti di procedure da eseguire in regime ambulatoriale. È inoltre essenziale che questo cambiamento sia accompagnato da un adeguamento dei servizi ambulatoriali offerti e in particolare da un rafforzamento dell'assistenza sanitaria di prima linea. Tali trasferimenti di attività richiedono una maggiore disponibilità di medici ambulatoriali cittadini e altri servizi ambulatoriali, che sono chiamati a subentrare con maggiore tempestività. L'intera catena assistenziale deve quindi essere organizzata per consentire e supportare il trasferimento verso le cure ambulatoriali.

IN BREVE

**Il costo della chirurgia ambulatoriale è generalmente inferiore rispetto a quello in regime stazionario. Attualmente esistono diversi incentivi finanziari che ostacolano il ricorso alle cure ambulatoriali, come le tariffe, le tariffe supplementari legate alla presenza di un'assicurazione complementare privata o l'importo a carico del finanziatore.**

**Uniformando le quote versate dai vari finanziatori, la riforma consentirà di correggere quest'ultimo punto, in quanto l'assicurazione malattia non avrà più alcun interesse nel favorire le cure stazionarie piuttosto che quelle ambulatoriali, senza però aver alcun effetto sugli altri due incentivi sopra menzionati.**

***La riforma interviene correggendo un incentivo finanziario che risulta attualmente inadeguato, tuttavia il suo effetto sarà probabilmente moderato, dato che la scelta del tipo di regime dipende soprattutto da una decisione medica, a sua volta soggetta ad altri incentivi finanziari che non vengono toccati dalla riforma.***

### 3.3. Il finanziamento uniforme incoraggia il coordinamento delle cure?

Tra le argomentazioni a favore della riforma, c'è un risparmio annuo di 440 milioni di franchi svizzeri, di cui 309 milioni riconducibili a un miglioramento del coordinamento delle cure. In base a quali presupposti il finanziamento uniforme e l'introduzione di un sistema monistico potrebbero influenzare il coordinamento delle cure?

L'ipotesi di fondo è che il coordinamento delle cure sia principalmente una questione di competenza delle assicurazioni malattia, che si articola attraverso l'offerta di modelli assicurativi alternativi. Secondo questa ipotesi, il finanziamento uniforme consentirebbe agli assicuratori di trasferire quanto risparmiato per effetto della riduzione del ricorso alle cure stazionarie come sconto sui premi per modelli alternativi, il che dovrebbe incoraggiare un maggior numero di assicurati a scegliere questi modelli. Ma il coordinamento delle cure è deputato soprattutto ai prestatori di cure sanitarie che operano sul campo e si fonda su una cultura dell'interprofessionalità, la costruzione di una rete di persone e istituzioni che lavorano in uno spirito di fiducia reciproca e che danno importanza ai risultati delle cure piuttosto che al numero di interventi compiuti.

Se i prestatori di cure in una regione si organizzano in una rete, si coordinano meglio e questo si traduce in un minor numero di ricoveri ospedalieri, ciò andrà a vantaggio di tutti i pazienti, indipendentemente dai modelli assicurativi e dagli assicuratori. È quindi prevedibile che la differenza di premio tra il modello standard e quello alternativo diminuisca, dato che la legge sancisce che la differenza di premio nel caso di assicurazioni che comportano una scelta limitata di fornitori di prestazioni sanitarie rifletta esclusivamente «*le differenze di costi risultanti dalla scelta limitata dei fornitori di prestazioni come pure dal modo e dall'entità della remunerazione dei fornitori di prestazioni*» (tratto dall'art. 101, cpv. 2, OAMal).

La questione sta quindi nel comprendere se le circa 40 assicurazioni malattia che attraverso la loro gamma di prodotti assicurativi operano in regime di concorrenza, ognuna intervenendo a favore del proprio gruppo di assicurati su tutto il territorio svizzero, siano in grado di dare un contributo attivo e significativo allo sviluppo di queste reti di cure coordinate e organizzate a livello regionale. In caso affermativo, andrebbe garantito che i prestatori di cure modifichino le proprie pratiche in base all'assicuratore e al modello assicurativo del paziente, affinché tali modelli possano differenziarsi dagli altri grazie al loro premio allettante.

IN BREVE

Data la situazione attuale, mentre un migliore coordinamento delle cure può portare a risparmi nel settore ospedaliero, solo il 45% di questi risparmi può essere trasferito ai premi dell'assicurazione malattia, poiché il 55% dei costi ospedalieri è a carico dei cantoni.

Con la riforma, la quota di risparmi realizzati dalle assicurazioni malattia salirà al 73,1%, il che potrebbe incoraggiare queste ultime a stimolare il coordinamento delle cure. A tal fine, si prevede che le assicurazioni malattia sviluppino la loro offerta di modelli assicurativi alternativi.

*La riforma corregge un incentivo finanziario attualmente inadeguato che limita la possibilità di concedere sconti sui premi per i modelli assicurativi alternativi vincolanti se si realizzano risparmi nel settore ospedaliero. Ma la portata di questo cambiamento è limitata dagli altri ostacoli che attualmente si frappongono a un migliore coordinamento delle cure, dalla volontà dei prestatori di cure di organizzarsi in reti attraverso modelli assicurativi alternativi e dalla percentuale di assicurati disposti ad accettare condizioni restrittive in termini di utilizzo delle cure.*

### 3.4. La riforma ridurrà l'onere dei premi dell'assicurazione malattia?

La riforma promette di ridurre l'onere dei premi dell'assicurazione malattia, ma i referendisti e santésuisse temono un aumento. Qual è la situazione? Per rispondere a questa domanda, è importante distinguere tra due fasi diverse: l'impatto diretto al momento dell'entrata in vigore della riforma e l'impatto della riforma sull'andamento futuro dei costi sostenuti da assicuratori e cantoni.

Per quanto riguarda l'effetto della riforma al momento dell'entrata in vigore, il progetto prevede la neutralità finanziaria, vale a dire che gli importi totali finanziati da tutte le assicurazioni malattia da un lato e da tutti i cantoni dall'altro devono rimanere invariati. Basandosi sui costi medi sostenuti tra il 2016 e il 2019, è stato calcolato che suddividendo il finanziamento tra il 73,1% agli assicuratori e il 26,9% ai cantoni sarebbe possibile raggiungere la neutralità. Se il passaggio fosse avvenuto in tale periodo di riferimento, il premio per l'assicurato svizzero «medio» non sarebbe né aumentato né diminuito. Tuttavia, è importante tenere presente che la situazione è diversa per ogni cantone e, quindi, per ogni assicurato. Infatti, se in alcuni cantoni sarebbero aumentati i premi a fronte di una riduzione delle imposte, in altri sarebbe avvenuto il contrario. L'UFSP ha calcolato gli effetti della riforma per ciascun cantone e i dati vengono presentati a pagina 18 alla sezione [«Impatto della riforma sui premi e sulle imposte»](#).

A ogni modo, anche qualora la riforma abbia esito positivo, sarà necessario attendere l'anno 2028 per concretizzare il passaggio. A quel punto, la ripartizione tra le quote a carico degli assicuratori e dei cantoni sarà cambiata rispetto al periodo 2016–2019 e, pertanto, le percentuali previste dalla riforma, cioè 73,1%/26,9%, non garantiranno più l'esatta neutralità finanziaria. Dato che il ricorso a un maggior numero di cure ambulatoriali va a gravare sulla quota finanziata dai premi assicurativi e ad alleggerire quella finanziata dei cantoni attraverso le imposte, la quota a carico degli assicuratori tende ad aumentare nel tempo. L'UFSP prevede che, se attuata nel 2028, la riforma determinerà un netto trasferimento dagli assicurati verso i contribuenti. Nella nota informativa intitolata «Evoluzione del finanziamento tramite le imposte e i premi»<sup>2</sup> dell'8 ottobre 2024, l'UFSP ha presentato un grafico che simula la tendenza sopra descritta basandosi su ipotesi di andamento dei costi simili a quelle dello studio Infrass (2021). Sulla base di tali dati, si stima che il trasferimento di fondi a favore degli assicurati derivante dalla riforma sarà dell'ordine di un miliardo e mezzo<sup>3</sup>, a condizione, ovviamente, che le assicurazioni malattia provvedano ad adeguare perfettamente i premi. Per quanto riguarda i probabili aumenti delle imposte, è difficile prevedere cosa accadrà in ogni cantone. Il punto dunque non consiste nel ridurre i costi delle cure sanitarie, bensì nel trasferire l'onere dai premi assicurativi alle imposte.

Per quanto riguarda l'impatto della riforma sull'andamento futuro dei costi sostenuti per i premi, la riforma garantirà che il trasferimento dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali non si traduca in un onere proporzionalmente maggiore sui premi rispetto alle imposte, come avviene attualmente. Ma, nelle cure di lunga durata si sta verificando la tendenza esattamente opposta, vale a dire che la quota di finanziamento dei cantoni aumenta più rapidamente rispetto a quella delle assicurazioni malattia. In ultima analisi, l'impatto della riforma sull'andamento dei costi sanitari sostenuti dagli assicurati dipende principalmente da tre fattori: la velocità del passaggio alle cure ambulatoriali, l'entità del differenziale di costo tra le cure stazionarie e quelle ambulatoriali e l'andamento dei costi delle cure di lunga durata. Secondo le ipotesi formulate sull'evoluzione dei costi delle cure di lunga durata, la riforma potrebbe comportare un aumento dell'onere a carico di chi paga i premi. Almeno questo è quanto riportato da santésuisse nel maggio 2023<sup>4</sup>: *«Il verdetto è chiaro: l'integrazione delle cure provenienti dalla LAMal elimina l'effetto di riduzione dei costi di EFAS. Nello scenario di una «crescita elevata dei trattamenti a carico della LAMal» prevediamo che l'integrazione delle cure a carico della LAMal costerà ai pagatori dei premi 4,9 miliardi di franchi in più nel 2035 e fino a 9,6 miliardi di franchi nel 2040.»* Si noti che nel secondo scenario studiato da santésuisse, che considera una crescita moderata dei costi delle cure di lunga durata, l'introduzione della riforma riduce l'onere per i pagatori dei premi, ma il prezzo dei premi risulta superiore a quanto sarebbe stato previsto senza riforma a partire dal 2040.

IN BREVE

La riforma mira a raggiungere la neutralità finanziaria: l'entrata in vigore non dovrà quindi modificare l'importo totale a carico delle assicurazioni malattia e dei cantoni. Pertanto, la riforma non comporta un trasferimento diretto dei fondi, bensì mira ad alleggerire l'onere dei premi assicurativi aumentando la quota a carico delle imposte.

Tuttavia, l'uniformazione dei finanziamenti consente di evitare che eventuali risparmi derivanti dal passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali vadano a beneficio dei soli cantoni senza poter essere trasferiti ai premi delle assicurazioni malattia. Introducendo però le cure di lunga durata nella riforma, l'auspicata riduzione dell'aumento dei premi assicurativi si vede inficiata.

Infatti, il previsto forte aumento dei costi delle cure di lunga durata, dovuto in particolare all'invecchiamento della popolazione, peserà maggiormente sui premi delle assicurazioni malattia dei cantoni più di quanto non avvenga nella situazione attuale.

*L'inclusione delle cure di lunga durata nel perimetro di applicazione della riforma va ad attenuare l'impatto della riforma sulla riduzione dei premi dell'assicurazione malattia e, a seconda dell'andamento della crescita dei costi, potrebbe nel lungo periodo addirittura avere un effetto opposto.*

### 3.5. Sarà possibile ottenere dei risparmi grazie alla riforma?

Sul sito web della Confederazione<sup>5</sup> si precisa che *«Il potenziale di risparmio associato alla riforma può essere stimato solo sommariamente: secondo uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica, potrebbe raggiungere i 440 milioni di franchi all'anno. La misura e la velocità di realizzazione dipendono dal comportamento degli attori, quindi possono essere stimate solo sommariamente».*

Il comunicato stampa dell'8 ottobre 2024<sup>6</sup> del Comitato «Avenir Santé Publique», responsabile della campagna a sostegno della riforma, è più esplicito nell'affermare: *«L'aumento dei trattamenti ambulatoriali ha il potenziale per far risparmiare miliardi di franchi nei prossimi anni. La sola riforma permetterà di risparmiare 440 milioni di franchi all'anno grazie a un miglior coordinamento e a un rafforzamento delle cure ambulatoriali».*

La cifra di 440 milioni di franchi risparmiati citata nella riforma del finanziamento uniforme è stata ricavata dallo studio condotto da Polynomics nel 2022<sup>7</sup> e commissionato dall'UFSP che si basa su un modello di impatto ed esamina due scenari, uno ottimistico e l'altro pessimistico, e conclude affermando che la riforma avrà principalmente tre impatti indiretti che potrebbero consentire al nostro sistema sanitario di risparmiare:

1. Lo sviluppo di modelli di cure coordinate, che potrebbe consentire un risparmio da 0 a 309 milioni di franchi all'anno.
2. Lo sviluppo di strutture tariffarie innovative, con risparmi che vanno da 0 a 3,3 milioni di franchi all'anno.
3. La riduzione delle inefficienze nell'erogazione di cure di lunga durata, con risparmi che vanno da 0 a 126 milioni di franchi.

In totale, il potenziale di risparmio stimato varia quindi da 0 (scenario pessimistico) a 438,3 milioni di franchi svizzeri (scenario ottimistico). Il rapporto sottolinea inoltre che *«Il potenziale di risparmio dell'EFAS deriva esclusivamente da effetti indiretti»* e che *«I risparmi non potranno essere realizzati immediatamente. Dato che tali risparmi dipendono principalmente dall'instaurarsi di cambiamenti nel comportamento degli attori coinvolti, la loro realizzazione richiede un certo periodo di tempo»*.

Se si afferma che la riforma farà risparmiare *«inizialmente»* 440 milioni di franchi svizzeri all'anno, avvalendosi dunque dei dati della sopracitata fonte, significa offrire una prospettiva particolarmente ottimista e accettare che tale periodo *«iniziale»* possa estendersi per diversi anni. Come sottolineano gli autori dello studio, i risparmi non deriveranno direttamente dalla riforma, bensì da un adattamento nel comportamento degli attori del sistema, che a sua volta dipenderà da fattori diversi e non meramente dal solo spostamento derivante dalla riforma del finanziamento uniforme.

IN BREVE

La Confederazione stima che la riforma del finanziamento uniforme possa portare a un risparmio potenziale di 440 milioni di franchi svizzeri. Il risparmio verrebbe generato dal miglioramento del coordinamento delle cure (309 milioni di franchi), dall'introduzione di tariffe innovative (3,3 milioni di franchi) e dalla riduzione delle inefficienze nell'erogazione delle cure di lunga durata (126 milioni di franchi).

Va sottolineato che il rapporto commissionato dall'UFSP calcola il potenziale risparmio complessivo in base a un range che va da 0 a 440 milioni di franchi. Il rapporto sottolinea inoltre che i potenziali risparmi della riforma derivano esclusivamente da effetti indiretti della stessa e sono determinati principalmente da cambiamenti nel comportamento degli attori coinvolti. Ciò significa che questi potenziali risparmi non potranno essere realizzati immediatamente.

*Il rapporto commissionato dall'UFSP conclude che il potenziale risparmio si attesta in un range che va da 0 a 440 milioni di franchi svizzeri. C'è notevole incertezza sul reale impatto che questa riforma avrà sull'andamento dei costi delle cure sanitarie.*

### 3.6. Il finanziamento delle cure realizzate in ambito di stabilimenti medico-sociali e cure a domicilio sarà più affidabile?

La riforma non ha di per sé un impatto diretto sulle strutture tariffarie. Tuttavia, di riflesso, la riforma dell'EFAS comporta l'introduzione di strutture tariffarie nazionali per le cure a domicilio e presso stabilimenti medico-sociali. Il finanziamento delle cure di lunga durata seguirà quindi la strada del finanziamento per le cure ospedaliere, entrato in vigore nel 2009. Con la riforma, entro il 2032, le statistiche sui costi e le contabilità analitiche verranno standardizzate, andando a costituire la base per la definizione di tariffe nazionali per le cure a domicilio e presso gli stabilimenti medico-sociali, che saranno negoziate tra le assicurazioni malattia, i cantoni e i prestatori di assistenza sanitaria.

Le negoziazioni delle risorse finanziarie destinate al settore delle cure di lunga durata, attualmente nelle mani dei singoli cantoni, verranno quindi trasferite ai gruppi tariffari delle assicurazioni malattia, come avviene attualmente per le tariffe ambulatoriali e ospedaliere. Il cantone rimarrà responsabile dell'approvazione delle tariffe negoziate appunto a livello cantonale.



L'UFSP<sup>8</sup> ritiene che questo sviluppo renderà il finanziamento più affidabile, dato che oggi, a suo avviso, il finanziamento residuo concesso dai cantoni è talvolta insufficiente. Sembra quindi probabile che l'introduzione di una tariffa nazionale per gli stabilimenti medico-sociali consentirà loro, in ultima analisi, di coprire i costi in modo più efficiente, incrementando così le risorse a loro disposizione. Questa argomentazione sembra però essere in contraddizione con quanto affermato per lo scenario ottimistico del rapporto Polynomics, cioè un guadagno di efficienza di 126 milioni di franchi svizzeri nel settore delle cure di lunga durata, che rientra nella cifra di 440 milioni di franchi svizzeri presentata per sostenere la riforma del finanziamento uniforme.

I referendisti, invece, ritengono che la riforma del finanziamento uniforme non sarà in grado di porre rimedio alla mancanza di fondi per il settore delle cure, sottolineando invece la pressione che sarà esercitata dalle assicurazioni malattia sul settore a livello di controllo dei costi e che peserà soprattutto sul personale. Dato che, a loro avviso, i cantoni ridurranno i finanziamenti destinati al settore sanitario, denunciano il rischio di non poter più contare sulle autorità pubbliche per il finanziamento dei servizi pubblici<sup>9</sup>. Tale ragionamento poggia sull'ipotesi per cui i risparmi promessi nel settore sanitario verranno realizzati a discapito del personale sanitario.

IN BREVE

**La riforma del finanziamento uniforme prevede l'implementazione di strutture tariffarie nazionali per le cure di lunga durata (cure a domicilio e stabilimenti medico-sociali). Le tariffe verranno negoziate tra assicuratori e prestatori di cure sanitarie per ogni cantone, in modo simile a quanto avviene per il finanziamento ospedaliero.**

**Ad oggi, nel settore sanitario esiste una tariffa nazionale uniforme per le assicurazioni malattia, mentre il contributo cantonale viene deciso in base al finanziamento residuo.**

**L'UFSP ritiene che questa standardizzazione delle strutture tariffarie renderà più affidabile il finanziamento delle cure e consentirà una migliore copertura dei costi. Allo stesso tempo, si prevede di realizzare un risparmio potenziale di 126 milioni di franchi svizzeri derivante dall'introduzione di strutture tariffarie nazionali, che dovrebbero contribuire a ridurre le inefficienze nel settore.**

***Non può invece essere previsto l'impatto della riforma sui metodi di finanziamento delle cure di lunga durata, poiché ciò dipende dalle strutture tariffarie che verranno attuate dagli attori e dall'esito della negoziazione delle tariffe. A ogni modo, la riforma avrà un impatto notevole sul finanziamento delle cure di lunga durata.***

## CONCLUSIONE

Se gli obiettivi diretti della riforma del finanziamento uniforme sono chiari, in quanto consistono nell'uniformare il criterio di ripartizione dei finanziamenti tra assicurazioni malattia e cantoni e nell'attribuire alle assicurazioni malattia la piena responsabilità del rimborso dei costi dell'AOMS, l'impatto di questa riforma è invece più difficile da stimare e prevedere.

Le conseguenze della riforma non sono infatti direttamente collegate ai cambiamenti contemplati dalla riforma stessa, bensì la loro valutazione varia in base alle ipotesi formulate e la loro portata dipende dalle altre condizioni e dagli incentivi prevalenti nel sistema sanitario.

È quindi difficile sostenere che questa riforma avrà davvero un impatto importante sul nostro sistema sanitario e sul suo sviluppo.

# ALLEGATI

## 5.1. Breve storia della riforma EFAS

Con l'introduzione della LAMal nel 1996 si voleva conseguire principalmente un duplice obiettivo: consolidare la solidarietà tra soggetti giovani e anziani, malati e sani, ricchi e poveri nonché incoraggiare la concorrenza tra le assicurazioni malattia per un migliore contenimento dei costi. Sebbene l'introduzione della LAMal abbia chiaramente rafforzato la solidarietà nel campo dell'assicurazione malattia, solo qualche anno più tardi sono stati invece ampiamente messi in discussione i suoi effetti in termini di contenimento dei costi. Pertanto il desiderio di riformare la LAMal è stato forte fin dall'inizio e il 24 marzo 2000 è entrata in vigore una sua prima revisione parziale, che ha riguardato principalmente il meccanismo di sovvenzione dei premi. La seconda e più ambiziosa revisione parziale della LAMal, che comprendeva una riforma del finanziamento ospedaliero, non ha superato invece l'esame del Parlamento nel 2003, inducendo il Consiglio federale a dividere la riforma in pacchetti e a concentrarsi su quelli che avevano maggiori probabilità di ottenere un consenso politico.

Al contempo, il dibattito sul finanziamento monistico, nonostante ben avviato, non era riuscito a raggiungere una maggioranza di consensi, come dimostra il seguente estratto del messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000<sup>10</sup>:

*«Non si vuole tuttavia proporre un sistema di finanziamento monistico, in cui tutte le risorse finanziarie degli assicuratori vengono versate ai fornitori di prestazioni. Mancando le condizioni quadro e il consenso politico necessari al passaggio a un sistema monistico, il Consiglio federale ritiene che un sistema di remunerazione finanziato da un'unica fonte sia in ogni caso realizzabile soltanto a lungo termine».*

La riforma del finanziamento ospedaliero, inclusa nel secondo pacchetto di riforme respinte nel 2003, è stata rapidamente ripresa in esame dal Parlamento ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2009. Nonostante le precedenti discussioni sull'introduzione di un sistema di finanziamento monistico, questa riforma introduce nuove norme per il sistema di finanziamento duale in vigore (art. 49a LAMal).

Nel settembre 2009, la consigliera nazionale Ruth Humbel, sostenuta dai partiti di centro-destra, ha quindi sottoposto al Parlamento la proposta «Finanziamento monistico delle prestazioni della salute»<sup>11</sup>. Nella proposta si chiede l'introduzione di un sistema di finanziamento monistico e il rispetto dei seguenti tre punti (riportati direttamente dal testo della proposta) con l'obiettivo di consentire ai cantoni di mantenere il controllo sul finanziamento pubblico:

1. I fondi dell'ente pubblico vanno impiegati negli ambiti della formazione e del perfezionamento delle professioni sanitarie, della compensazione dei rischi, della sanità pubblica e delle prestazioni d'interesse pubblico nonché ai fini della riduzione dei premi.
2. La quota a carico dell'ente pubblico per il finanziamento delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base dev'essere garantita e adeguata all'incremento dei costi nel settore della salute.
3. Tutte le prestazioni stazionarie e ambulatoriali secondo la LAMal sono finanziate dagli assicuratori malattie.

La [Figura 2](#) illustra l'evoluzione e le tappe fondamentali della riforma, dalla presentazione alla sua attuazione.



Figura 2: Dalla presentazione dell'iniziativa alla sua attuazione

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità pubblica del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha approvato l'iniziativa il 18 febbraio 2011, seguita dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-E) il 15 novembre 2011. Tra il 2011 e il 2017, il Consiglio nazionale ha prorogato il termine per l'elaborazione dell'iniziativa per tre volte, principalmente per dare priorità ad altre questioni politiche e in attesa del rapporto di valutazione a seguito dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero nel 2012. Nel frattempo è stata istituita una sottocommissione «finanziamento monistico» della CSSS-N, incaricata di redigere una prima bozza che, prima di essere messa in consultazione, è stata approvata dalla CSSS-N il 19 aprile 2018.

Il 24 gennaio 2019, la CSSS-N ha deciso di presentare il postulato «Assistenza e finanziamento uniforme delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali»<sup>12</sup>, con il quale dà incarico al Consiglio federale di esaminare, insieme ai soggetti partner, se le cure di lunga durata debbano essere incluse nell'ambito della riforma. Tra il 2019 e il 2022 hanno avuto luogo numerose delibere in seno alle commissioni e alle camere e sono stati richiesti diversi rapporti aggiuntivi all'amministrazione federale. Prima della sua adozione il 22 dicembre 2023, la riforma viene discussa più volte nelle due camere, che faticano a trovare un accordo.

## 5.2. Il finanziamento delle prestazioni dell'AOMS prima e dopo la riforma

La riforma dell'EFAS mira a un impatto diretto sui flussi di finanziamento mediante una duplice azione: uniformando le quote di finanziamento a carico delle assicurazioni malattia e dei cantoni e introducendo un sistema di finanziamento monistico. La [Figura 1](#) a pagina 3 illustra i cambiamenti apportati ai flussi di finanziamento, evidenziando altresì un effetto collaterale che la riforma ha sull'importo preso in considerazione per il calcolo della partecipazione ai costi degli assicurati.

### Finanziamento di prestazioni mediche ambulatoriali e stazionarie

Attualmente le prestazioni mediche in regime stazionario sono finanziate sulla base di pagamenti forfettari corrisposti dai cantoni per almeno il 55% e dalle assicurazioni malattia per un massimo del 45%. Gli ospedali e le cliniche fatturano direttamente alle assicurazioni la propria quota di costo e ricevono l'importo dovuto dal cantone sotto forma di sussidio. La parte a carico dell'assicurazione riceve il contributo finanziario dell'assicurato (franchigia e partecipazione percentuale ai costi).

Il rimborso delle prestazioni mediche ambulatoriali si basa sulla struttura tariffale TARMED, che è un sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, vale a dire che ogni procedura medica viene pagata separatamente. Attualmente è coperto al 100% dalle assicurazioni malattia, così come i farmaci su base ambulatoriale. I cantoni non sono quindi direttamente coinvolti nel finanziamento delle prestazioni ambulatoriali. Di conseguenza, il contributo ai costi del soggetto assicurato viene calcolato sull'importo del costo totale della presa in carico ambulatoriale.

Con la riforma del finanziamento uniforme, le prestazioni mediche ospedaliere e ambulatoriali verranno finanziate per un massimo del 73,1% dalle assicurazioni malattia e per un minimo del 26,9% dai cantoni.

### Finanziamento delle cure di lunga durata

Attualmente il finanziamento delle prestazioni di assistenza a lungo termine è diviso in tre parti:

- L'importo finanziato dall'assicurazione malattia è fissato dalla legge federale (art. 7a, cpv. 3 OPre) ed è quindi uguale in tutta la Svizzera. Tale importo è soggetto al calcolo della partecipazione ai costi dell'assicurato (franchigia e aliquota percentuale).
- Il contributo giornaliero, a carico del paziente, non può superare il 20% dell'importo finanziato dall'assicurazione malattia (art. 25a, cpv. 5 LAMal), fatta salva la decisione del cantone di prendere in carico tale costo al posto del paziente.
- L'importo finanziato dal cantone è detto «finanziamento residuo» e deve coprire il costo residuo delle cure risultante dopo aver dedotto il contributo dell'assicurazione malattia e del paziente, qualora quest'ultimo sia soggetto al pagamento di un contributo giornaliero.

Attualmente, l'assistenza fornita dagli stabilimenti medico-sociali viene finanziata da una somma forfettaria determinata dalla classe di rischio, definita sulla base di uno strumento di valutazione clinica che può variare da un cantone all'altro. A fronte dell'assistenza prestata, gli stabilimenti medico-sociali ricevono quindi una somma forfettaria al giorno che dipende dalla categoria di rischio del residente. Dato che questo importo forfettario deriva dalla somma delle tre parti sopra descritte, esso varia da un cantone all'altro in base al variare dell'ammontare del finanziamento residuo.

L'attuale finanziamento delle cure a domicilio fornite da un infermiere o da un'organizzazione di cure a domicilio si basa sul tempo di assistenza, sia esso quello effettivo o quello richiesto per una determinata prestazione. Così come per il finanziamento dell'assistenza prestata dagli stabilimenti medico-sociali, l'importo totale all'ora ricevuto per finanziare le cure consiste nella somma delle tre parti sopra descritte e può quindi variare da un cantone all'altro.

Dato che il finanziamento residuo varia da un cantone all'altro, sia per il finanziamento delle cure degli stabilimenti medico-sociali che quelle a domicilio, in Svizzera la distribuzione del finanziamento delle cure di lunga durata tra gli assicuratori malattia e i cantoni non è omogenea.

Con la riforma del finanziamento uniforme, le prestazioni mediche verranno finanziate per un massimo del 73,1% dalle assicurazioni malattia e per un minimo del 26,9% dai cantoni (in modo uniforme in Svizzera). Ciò significa implementare una struttura tariffaria uniforme per le cure di lunga durata in Svizzera e negoziare una tariffa cantonale tra assicuratori e prestatori di cure, così come avviene per le prestazioni mediche ambulatoriali e ospedaliere.

Come illustrato nella [Figura 1](#) a pagina 3, la riforma ha un impatto sugli importi presi in considerazione per il calcolo della partecipazione ai costi degli assicurati. La riforma, introducendo il finanziamento monistico, fa confluire tutti gli importi di finanziamento nel calcolo della partecipazione ai costi dagli assicurati, mentre attualmente gli importi a carico del cantone ne restano esclusi.

È importante ricordare in questa sede che il contributo massimo per ciascun soggetto assicurato, stabilito dalla legge (art. 64 al.2 LAMal e artt. 93 e 103 OAMal), resta invariato: rimarrà infatti l'importo della franchigia e un massimo di 700 franchi per ciascun soggetto adulto assicurato. Dato che il contributo annuo massimo rimane invariato, solo i pazienti che non hanno raggiunto tale massimale e che hanno ricevuto cure ospedaliere, a domicilio o presso uno stabilimento medico-sociale saranno interessati da un aumento del loro contributo ai costi.

### 5.3. La svolta verso le cure ambulatoriali in Svizzera

Storicamente, tutti gli interventi chirurgici venivano eseguiti in regime stazionario. Ma grazie ai progressi tecnologici, sono sempre più gli interventi chirurgici che possono essere effettuati in regime ambulatoriale. Il passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali è auspicabile per diversi motivi:

- più comodo per i pazienti che possono tornare a casa il giorno stesso dell'intervento e con minori rischi associati alla degenza ospedaliera;
- ottimizzazione dell'uso dei posti letto e delle strutture tecniche ospedaliere;
- più economico in termini di costi per la comunità, in quanto un intervento ambulatoriale evita l'addebito di elevati costi di degenza all'assicurazione malattia.

#### Lo sviluppo della svolta verso le cure ambulatoriali in Svizzera

La svolta verso le cure ambulatoriali in Svizzera ha avuto luogo negli ultimi anni in modo eterogeneo da un cantone all'altro. Il canton Lucerna è stato il primo a forzare questa svolta stilando, nel 2017, una lista di procedure chirurgiche elettive da eseguirsi prioritariamente in regime ambulatoriale. Altri otto cantoni hanno seguito l'esempio nel 2018.

La promozione della svolta verso le cure ambulatoriali è stata poi sancita a livello federale con l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2019, di una modifica dell'OPre (art. 3c e appendice 1a), per cui il finanziamento da parte dell'AOMS è subordinato al trattamento ambulatoriale di sei gruppi di procedure chirurgiche, pur ammettendo giustificate eccezioni.

L'OBSAN controlla tali procedure a partire dal 2015 nell'ambito di un programma di monitoraggio nazionale. Le procedure monitorate riguardano: interventi sulle vene varicose degli arti inferiori, emorroidi, operazioni unilaterali dell'ernia, alcuni esami/interventi alla cervice o all'utero, artroscopie al ginocchio e interventi a tonsille e adenoidi.

La **Figura 3** mostra lo sviluppo della percentuale di procedure gestite in regime ambulatoriale per i sei gruppi di procedure monitorate dall'OBSAN. La linea indica la percentuale media di procedure gestite in regime ambulatoriale per i sei gruppi in questione, mentre l'area colorata indica la deviazione dalla media. Nel complesso, si osserva a un aumento della percentuale di procedure ambulatoriali, particolarmente marcato tra il 2017 e il 2019, periodo che coincide con l'introduzione nell'OPre di liste di procedure vincolanti. La situazione si è stabilizzata tra il 2020 e il 2022, con una percentuale superiore al 75%.

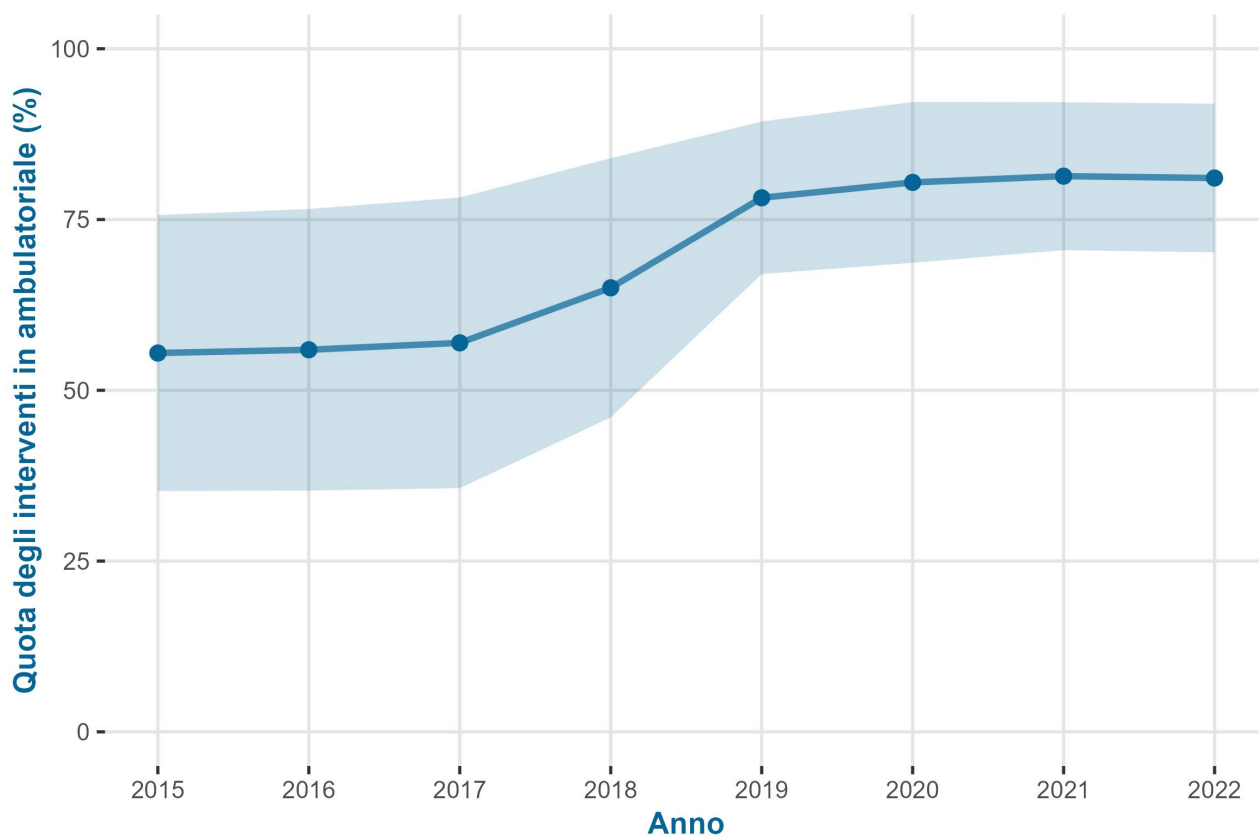


Figura3: Andamento della percentuale totale di procedure ambulatoriali in Svizzera, in base ai sei gruppi di procedure elencati nell'OPre. Fonte: OBSAN, indicatori AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/it/avos>

In seguito alle modifiche agli elenchi cantonali, il 1° gennaio 2023 la lista OPre è stata adattata e attualmente comprende 18 gruppi di procedure chirurgiche elettive a livello nazionale. Il prossimo rapporto di monitoraggio 2023 dell'OBSAN, che includerà questi nuovi interventi, dovrebbe venire pubblicato all'inizio del 2025.

## Passaggio alle cure ambulatoriali: differenze cantonali

La [Figura 4](#) propone un confronto tra le diverse percentuali di svolgimento ambulatoriale dei sei gruppi di procedure tra il 2015 e il 2022, per ciascun cantone. Si nota un chiaro incremento delle cure ambulatoriali tra il 2015 e il 2022 per tutti i cantoni (eccetto il Giura), sebbene con notevoli differenze. Alcuni cantoni, come il Canton Vaud, Vallese e Obvaldo, presentavano già un alto tasso di cure ambulatoriali, circa il 75% nel 2015. Un secondo gruppo di cantoni, tra cui il Canton Uri, Friburgo e Neuchâtel, si collocava a un livello intermedio, con una percentuale di interventi eseguiti in regime ambulatoriale compresa tra il 50% e il 75%. Infine, un terzo gruppo di cantoni, tra cui Canton Ticino, San Gallo e Berna, ha riportato una percentuale di interventi ambulatoriali per gli indicatori misurati inferiore al 50%. In sette anni è avvenuto un cambiamento significativo che ha ridotto notevolmente le differenze tra i cantoni. Nel 2022, per gli indicatori misurati, tutti i cantoni avevano una quota di pazienti ambulatoriali superiore al 75%.

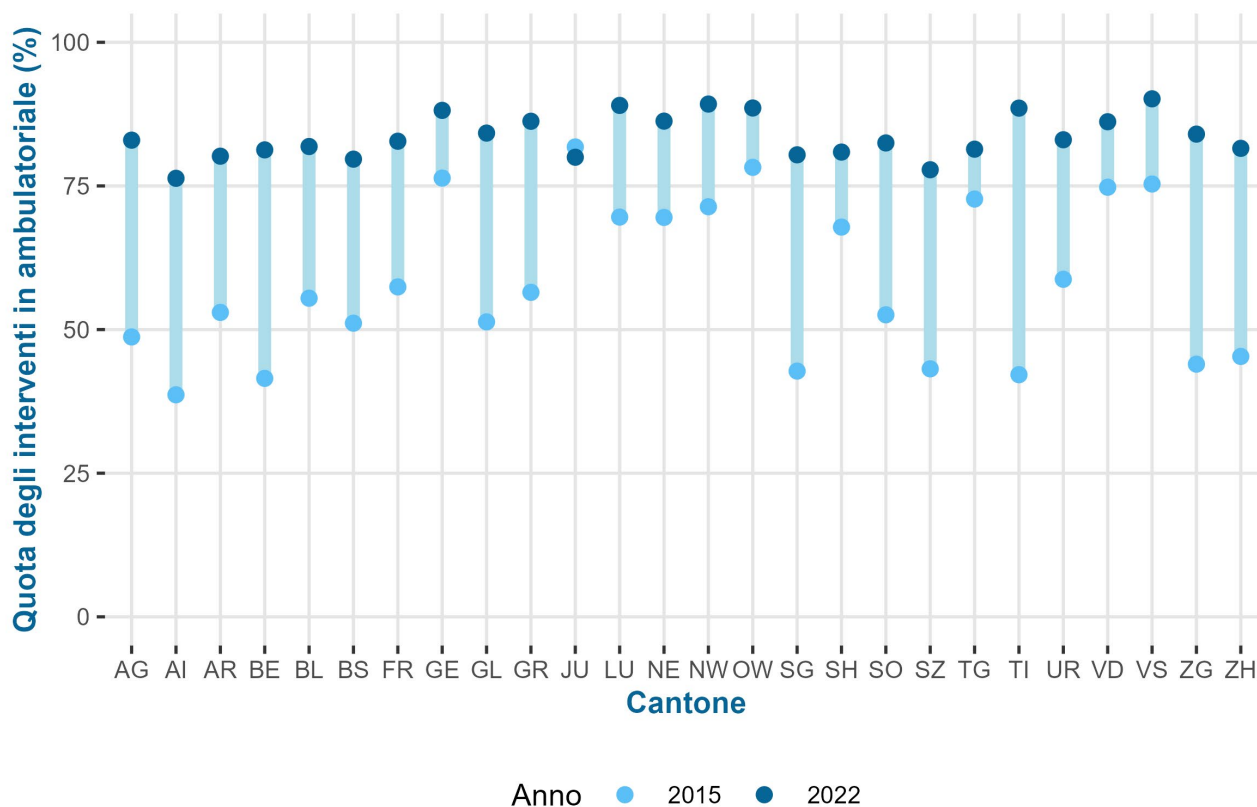


Figura 4: Confronto per cantone della percentuale di interventi totali eseguiti in regime ambulatoriale. Indicatori AvS tra il 2015 e il 2022. Fonte: OBSAN, indicatori AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/it/avos>

Il passaggio verso le cure ambulatoriali non è avvenuto in maniera uniforme in tutti i cantoni. Nel riquadro qui di seguito vengono presentati alcuni esempi. La [Figura 5](#) e la [Figura 6](#) illustrano le variazioni della percentuale di procedure ambulatoriali per gli indicatori in cinque cantoni. La linea verticale tratteggiata indica l'anno a partire dal quale è stata introdotta una lista obbligatoria nel cantone. Osservando questi dati si possono trarre tre conclusioni:

- La percentuale di procedure eseguite in regime ambulatoriale varia a seconda dei cantoni.
- Anche la tipologia di intervento rappresenta un fattore determinante: alcuni interventi vengono eseguiti più spesso in regime ambulatoriale (ad esempio cervice, emorroidi) rispetto ad altri (ad esempio ernia inguinale, artroscopia del ginocchio).
- Si nota come con l'introduzione di una lista obbligatoria si riducano le differenze. Questo è particolarmente vero per alcune procedure che prima della lista obbligatoria venivano in gran parte eseguite in regime stazionario. Questo aspetto, particolarmente marcato per gli interventi all'ernia inguinale, può essere riscontrato nei diversi cantoni illustrati nella [Figura 5](#) e nella [Figura 6](#).

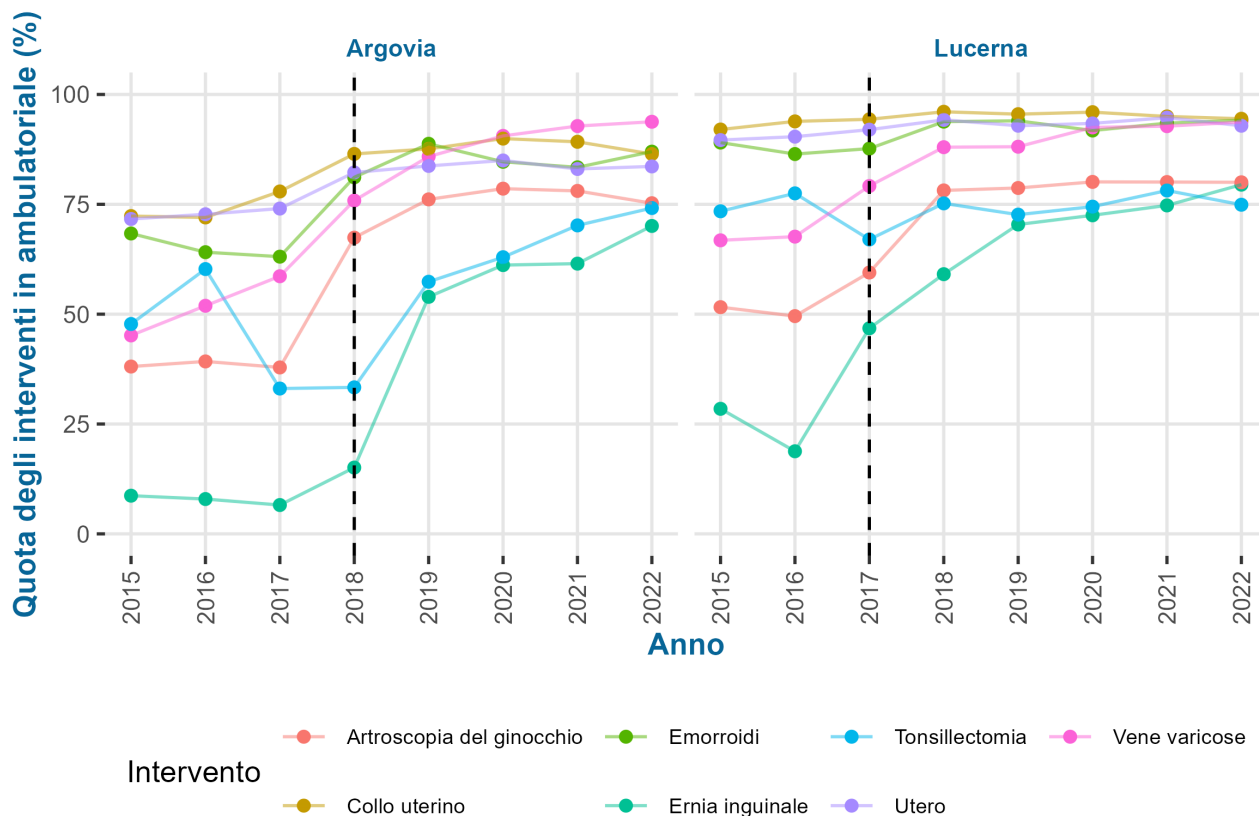


Figura 5: Andamento della percentuale di procedure eseguite in regime ambulatoriale per i cantoni di Argovia e Lucerna, in base agli indicatori AvS. Fonte: OBSAN, indicatori AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/it/avos>

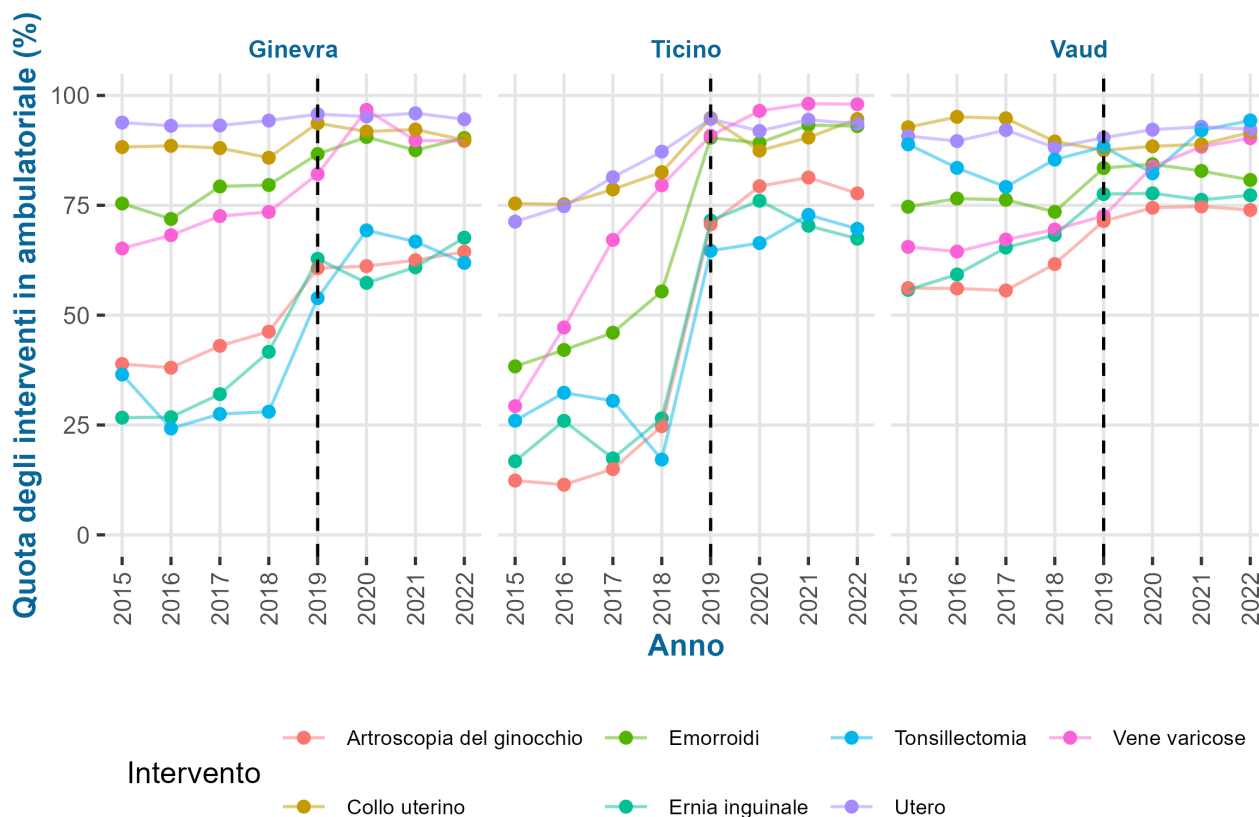


Figura 6: Andamento della percentuale di procedure eseguite in regime ambulatoriale per i cantoni di Ginevra, Vaud e Ticino, in base agli indicatori AvS. Fonte: OBSAN, indicatori AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/it/avos>



## Confronto a livello internazionale

Sebbene sembri che la Svizzera abbia incrementato in modo significativo il ricorso alle cure ambulatoriali per i sei gruppi di procedure monitorati dall'OBSAN, un confronto più ampio a livello internazionale con i paesi OCSE suggerisce che c'è notevole margine di miglioramento. A tale proposito, nella scheda informativa dell'8 ottobre 2024 l'UFSP ha pubblicato un grafico comparativo<sup>13</sup> che mostra che, in media, la percentuale di interventi chirurgici eseguiti in regime ambulatoriale in Svizzera nel 2022 è del 21% contro il 30% in Germania, il 36% in Austria, il 42% in Italia e il 54% in Francia.

## Impatto sui costi del passaggio verso le cure ambulatoriali

Uno degli argomenti a favore del passaggio verso le cure ambulatoriali è il potenziale risparmio che si può ottenere. Gli studi dell'OBSAN indicano che i risparmi generati sono significativi: una procedura ambulatoriale costa alla comunità meno di un ricovero ospedaliero.

Prendendo in esame i sei gruppi di interventi, nel 2018 l'OBSAN ha stimato un risparmio potenziale fino a 90 milioni di franchi svizzeri.<sup>14</sup> Tale risparmio, però, riguarda al momento soprattutto i cantoni, poiché questi contribuiscono unicamente al finanziamento delle prestazioni ospedaliere, in diminuzione per effetto del passaggio verso le cure ambulatoriali, e non al finanziamento delle prestazioni mediche ambulatoriali, che invece sono in aumento. Dal 2020 l'OBSAN monitora il ricorso alle cure ambulatoriali in questi sei gruppi di procedure, pubblicando regolarmente i relativi rapporti. Tali rapporti confermano le previsioni del 2018, vale a dire che il trasferimento verso l'ambulatoriale di alcune procedure precedentemente eseguite in regime stazionario ha permesso di ridurre i costi, ma che ciò ha avuto un impatto maggiore sui cantoni rispetto che sull'AOMS. Ad esempio, nel 2022 la spesa è scesa del 35% per i cantoni e aumentata del 6% per l'AOMS<sup>15</sup>.

È importante sottolineare che le analisi dell'OBSAN tengono conto solo dei costi generati dagli ospedali e dagli ambulatori medici e non includono i costi delle cure a domicilio o presso gli stabilimenti medico-sociali derivanti da una procedura ambulatoriale o da un ricovero ospedaliero.

Nel rapporto del 2015<sup>16</sup>, l'OBSAN segnala anche il rischio legato all'espansione dell'offerta per alcuni interventi. A seconda delle procedure chirurgiche analizzate, infatti, il passaggio alle cure ambulatoriali può talvolta portare a un aumento netto del numero di procedure, sia in regime stazionario che ambulatoriale, il che è sinonimo di un ampliamento della gamma di cure offerte e di un conseguente aumento dei costi. Questo vale in particolare per l'intervento di cataratta.

## 5.4. Impatto della riforma su premi e imposte

Il principio della neutralità finanziaria, che trova applicazione nella riforma del finanziamento uniforme, implica che mediamente in Svizzera la riforma non dovrebbe incidere né sui premi né sulle imposte da corrispondere. Tuttavia, dato che i premi e le imposte dipendono da ciascun cantone, la neutralità finanziaria a livello nazionale non implica una neutralità finanziaria a livello cantonale. A seguito della riforma, quindi, ogni cantone riscontrerà un impatto diverso in termini di imposte e premi dell'assicurazione malattia da corrispondere.

La ripartizione della quota a carico delle assicurazioni e dei cantoni per garantire la neutralità finanziaria a livello svizzero è stata calcolata sulla base dei costi medi per gli anni 2016–2019. La [Figura 7](#) mostra l'impatto previsto per ogni cantone se la riforma fosse stata introdotta in quel momento.

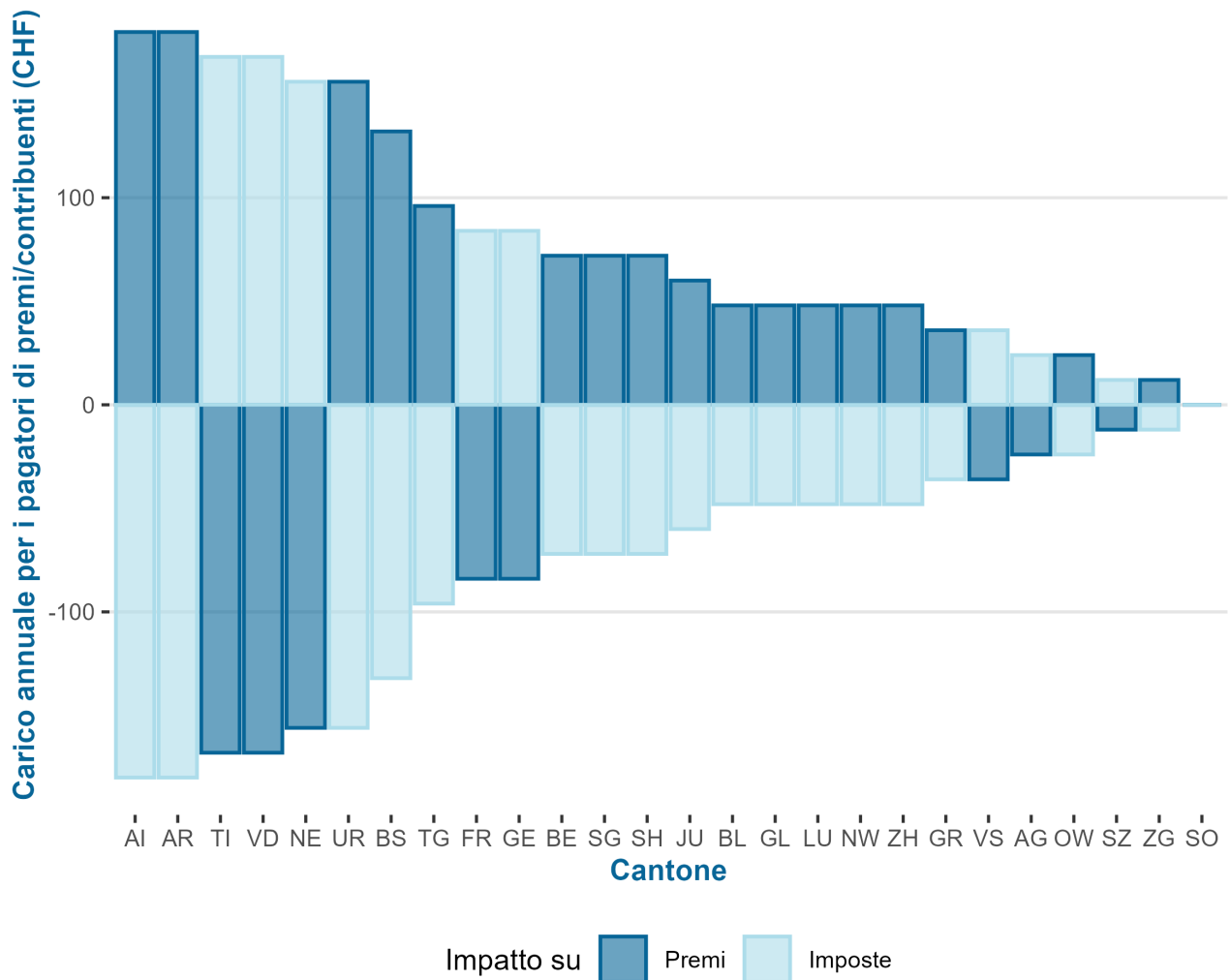


Figura 7: Impatto della riforma dell'EFAS sulle imposte e sui premi dell'AOMS per cantone e per anno secondo i dati pubblicati dall'UFSP<sup>17</sup>

Nei cantoni della Svizzera francese e in Ticino si assisterà probabilmente a un calo dei premi dell'AOMS a fronte di un aumento dell'onere fiscale destinato al finanziamento dei servizi di cura. Al contrario, in molti cantoni svizzero-tedeschi è probabile che si verifichi un aumento dei premi dell'AOMS e una riduzione delle imposte destinate al finanziamento dei servizi sanitari. Tre cantoni non risentirebbero di questo cambiamento: Lucerna, Obvaldo e Zugo, in quanto i flussi finanziari attuali coincidono alla media svizzera delle quote di finanziamento considerate dalla riforma.

Le differenze tra i cantoni sono dovute al diverso livello di attuazione del passaggio verso le cure ambulatoriali. Come visto in precedenza, esiste una certa eterogeneità in termini di maturità del passaggio verso le cure ambulatoriali tra i diversi cantoni. Nello specifico: maggiore è il trasferimento verso l'ambulatoriale in un dato cantone, più la riforma del finanziamento uniforme porterà una riduzione dei premi dell'AOMS a fronte di un aumento delle imposte e viceversa. La [Figura 8](#) mostra la correlazione tra il tasso di interventi ambulatoriali per le procedure di riferimento per le quali si dispongono di dati e l'impatto finanziario del passaggio sui premi dell'assicurazione malattia.

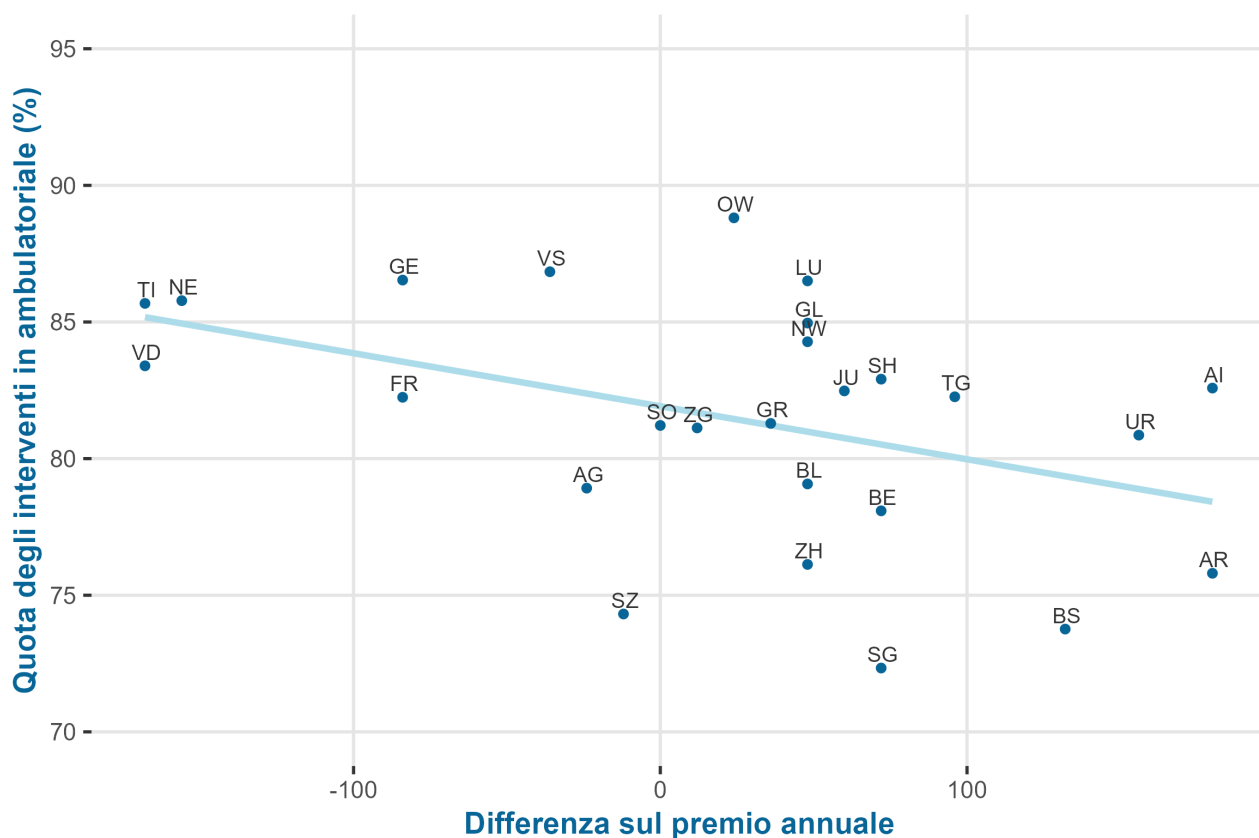


Figura 8: Correlazione tra il tasso di interventi ambulatoriali e l'impatto della riforma EFAS sul premio dell'AOMS

Ma dato che la riforma non entrerà in vigore prima del 2028, fatto salvo l'esito della votazione popolare, si consideri che per quell'anno la quota di finanziamento di assicurazione e cantone sarà cambiata rispetto agli anni presi come riferimento per i calcoli della riforma. Non sappiamo quindi con esattezza quale sarà l'impatto effettivo della riforma in ciascun cantone né saremo in grado di calcolarlo con precisione al momento del passaggio, dato che le cifre necessarie a tale scopo non saranno ancora disponibili.

Sorge dunque un punto di domanda in merito alla capacità delle assicurazioni e dell'UFSP di valutare correttamente l'impatto del passaggio in ciascun cantone e di garantire il corretto adeguamento dei premi, dato che, al momento dell'introduzione della riforma, si dovrà indubbiamente navigare a vista. Infatti andrebbe evitato uno scarto tra i premi e i costi effettivi rilevati l'anno successivo, affinché tali differenze non vengano assorbite dalle riserve degli assicuratori che sono gestite a livello nazionale.

## 5.5. Definizioni e acronimi

EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie)
LAMal	Legge sull'assicurazione malattie
OPre	Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
EMS	Casa di cura
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
OBSAN	Osservatorio svizzero della salute
CSSS-N	Commissione della sicurezza sociale e della sanità pubblica del Consiglio nazionale
CSSS-E	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati
Prestazione medica stazionaria	Degenza ospedaliera superiore alle 24 ore, sia in un ospedale per casi acuti, di riabilitazione o psichiatrico o in una clinica ostetrica
Prestazione medica ambulatoriale	Prestazione medica erogata al di fuori del ricovero ospedaliero, in genere presso uno studio medico, un'unità di emergenza o un ospedale
Procedura chirurgica elettiva	Procedura chirurgica programmata e quindi non eseguita nell'ambito di un intervento di emergenza
Cure di lunga durata	Prestazioni di cure fornite a domicilio, presso stabilimenti medico-sociali o in strutture intermedie (centri di accoglienza temporanea e soggiorni brevi)
Partecipazione ai costi degli assicurati	La partecipazione ai costi comprende la franchigia e un'aliquota percentuale del 10%. Per gli adulti, la franchigia minima è di 300 franchi e la massima di 2500 franchi. L'aliquota percentuale si applica fino a un contributo massimo dell'assicurato di 700 franchi per anno solare
Finanziamento monistico	Il rimborso delle prestazioni viene erogato da un unico finanziatore, indipendentemente dalla fonte di finanziamento
Finanziamento duale	Il rimborso delle prestazioni proviene da due diversi enti finanziatori, ciascuno dei quali rimborsa la quota a proprio carico
Compensazione dei rischi	Meccanismo introdotto nella LAMal e attuato dalle assicurazioni per correggere la distribuzione dei premi assicurativi riscossi dalle stesse in base al rischio del gruppo, sapendo che i premi assicurativi non possono riflettere il rischio dell'assicurato, per legge e per fini di solidarietà
Svolta verso le cure ambulatoriali	Aumentare il tasso di cure ambulatoriali rispetto a quelle stazionarie per le prestazioni che possono essere fornite su base ambulatoriale
Indicatori «AvS»	Indicatori «Ambulant vor Stationär»: indicatori utilizzati dall'OBSAN per monitorare lo sviluppo della svolta ambulatoriale in Svizzera, basati su sei gruppi di procedure chirurgiche elettive

## RIFERIMENTI

---

- <sup>1</sup> Infras, Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar, [Schlussbericht «Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung»](#), Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, ottobre 2021, tabella 6, pagina 37
- <sup>2</sup> UFSP, votazione popolare sulla modifica della LAMal (finanziamento uniforme delle prestazioni): [Scheda informativa 6: Evoluzione del finanziamento tramite le imposte e i premi](#), ottobre 2024, pagina 3
- <sup>3</sup> UFSP, votazione popolare sulla modifica della LAMal (finanziamento uniforme delle prestazioni): [Scheda informativa 6: Evoluzione del finanziamento tramite le imposte e i premi](#), pagina 3 e calcoli propri basati su questo grafico
- <sup>4</sup> santésuisse, [Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires : incidence sur les payeurs de primes](#), maggio 2023, pagina 4
- <sup>5</sup> UFSP, «Ripercussioni finanziarie della riforma», [votazione popolare sulla modifica della LAMal \(finanziamento uniforme delle prestazioni\)](#)
- <sup>6</sup> Associazione Avenir Santé Publique, [sito web «Sì al finanziamento uniforme»](#), ottobre 2024
- <sup>7</sup> Polynomics, Dr. Barbara Fischer, Dr. Beatrice Mäder, Dr. Harry Telser, [Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG](#), luglio 2022
- <sup>8</sup> UFSP, «Quali sono gli scopi della riforma per il finanziamento uniforme delle prestazioni», [Votazione popolare sulla modifica della LAMal \(finanziamento uniforme delle prestazioni\)](#)
- <sup>9</sup> SSP-VPOD, [EFAS: le ragioni del nostro referendum](#), pagina 4, punto 8
- <sup>10</sup> Parlamento svizzero, [Messaggio concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattia del 18 settembre 2000](#), Curavista FF 2001 693, pagina 694
- <sup>11</sup> Parlamento svizzero, [Iniziativa parlamentare «Finanziamento monistico delle prestazioni della salute»](#), Curavista, 09.528, dicembre 2009
- <sup>12</sup> Parlamento svizzero, [Postulato «Assistenza e finanziamento uniforme delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali»](#), Curavista 19.3002, gennaio 2019
- <sup>13</sup> UFSP, votazione popolare sulla modifica della LAMal (finanziamento uniforme delle prestazioni): [Scheda informativa 1: Trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale](#), ottobre 2024
- <sup>14</sup> OBSAN, Sacha Roth e Sonia Pellegrini, [Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire: Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales](#), studio su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), 2018
- <sup>15</sup> OBSAN, Sacha Roth et Sonia Pellegrini, [L'ambulatoire avant le stationnaire : Actualisation 2022 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire \(selon OPAS, art. 3c et annexe 1a\)](#), breve rapporto su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica, 2024
- <sup>16</sup> OBSAN, Sacha Roth et Sonia Pellegrini, [Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l'offre de soins ?](#), 2015
- <sup>17</sup> UFSP, [Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022 en complément du rapport du DFI du 30 novembre 2020](#), gennaio 2022, tabella 2, pagina 8