



Domande frequenti (FAQ) sul finanziamento uniforme (EFAS)¹

Stato: 8 marzo 2024

1. Che cos'è il «finanziamento uniforme» (EFAS)?

Oggi le prestazioni ambulatoriali sono finanziate esclusivamente dagli assicuratori-malattie, mentre quelle stazionarie (che richiedono un ricovero in ospedale di almeno una notte) sono finanziate congiuntamente dagli assicuratori e dai Cantoni. I Cantoni, ovvero i contribuenti, coprono il 55 per cento dei costi e gli assicuratori, ovvero gli assicurati, il 45 per cento restante.

Per le cure dispensate nelle case di cura e a domicilio, gli assicuratori e i pazienti pagano contributi limitati. L'importo dei contributi è stabilito dal Consiglio federale, mentre i Cantoni sono responsabili del finanziamento residuo.

Grazie al finanziamento uniforme, questi tre regimi di finanziamento sono sostituiti da uno solo. **Tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), siano esse stazionarie, ambulatoriali o di cura, saranno finanziate secondo la stessa chiave di ripartizione da Cantoni e assicuratori:** il 26,9 per cento dei costi netti (previa deduzione della franchigia e dell'aliquota percentuale degli assicurati) saranno assunti dai Cantoni e il 73,1 per cento dagli assicuratori.

In questo modo il finanziamento non dipenderà più dal tipo di prestazione fornita (ambulatoriale, stazionaria o di cura). Per le prestazioni di cura i pazienti continueranno a pagare un contributo limitato, stabilito come finora dal Consiglio federale.

2. Perché questa riforma?

L'obiettivo principale di questa riforma è promuovere un'assistenza coordinata lungo l'intera catena terapeutica e servizi ambulatoriali piuttosto che ospedalieri. Allo stesso tempo, i servizi sanitari devono diventare finanziariamente più sostenibili per coloro che pagano i premi ed eliminando diversi incentivi controproducenti legati all'eterogeneità del finanziamento.

1: Oggi l'eterogeneità del finanziamento porta i vari attori a considerare solamente i propri interessi e a non considerare il quadro d'insieme. Gli assicuratori, per esempio, sono reticenti a privilegiare le prestazioni ambulatoriali, anche se meno onerose da un punto di vista generale, perché i Cantoni assumono più della metà dei costi dei ricoveri ospedalieri. **Il finanziamento uniforme accelererà il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale, contribuendo a contenere i costi.**

2: Negli ultimi dieci anni, l'aumento percentuale dei costi a carico degli assicuratori, e dunque l'aumento dei premi, è stato nettamente più elevato di quello dei costi assunti dai Cantoni. Ciò è dovuto al fatto che il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale è avvenuto comunque e che il conseguente incremento delle prestazioni ambulatoriali è stato finanziato integralmente dall'AOMS. **Il finanziamento uniforme porrà fine al trasferimento dell'onere a scapito di coloro che pagano i premi.**

¹ Cfr. FF 2024 31.

3: L'assenza di coordinamento tra i fornitori di prestazioni genera prestazioni superflue (esami e trattamenti doppi, visite mediche inutili, trattamenti inappropriati) e dunque costi inutili. Poiché i costi del coordinamento sono maggiori nel settore ambulatoriale, ma i risparmi si realizzano spesso nel settore stazionario (evitando il ricovero) o delle prestazioni di cura (con l'entrata ritardata in casa di cura), con il regime di finanziamento attuale, gli assicuratori sono meno incentivati a promuovere il coordinamento e a remunerarlo in maniera più attrattiva per i fornitori di prestazioni. **Il finanziamento uniforme rafforzerà il coordinamento delle cure.** Il potenziale di risparmio che ne risulterebbe potrebbe raggiungere i 440 milioni di franchi all'anno.

3. Che cosa cambierà per gli assicurati e i pazienti?

Per i pazienti e gli assicurati non cambierà molto. I pazienti dovranno continuare a trasmettere le fatture dei fornitori di prestazioni agli assicuratori, che rimborseranno i costi dopo aver dedotto la partecipazione ai costi. Quest'ultima consisterà sempre nella franchigia scelta e nell'aliquota percentuale del 10 per cento, fino a un importo massimo di 700 franchi all'anno. La partecipazione ai costi massima rimarrà dunque invariata.

Con il miglioramento del coordinamento delle cure, i trattamenti proposti ai pazienti dovrebbero così rispondere meglio alle loro esigenze e il numero di ricoveri ospedalieri diminuire. Inoltre, con il finanziamento uniforme i premi dovrebbero essere inferiori rispetto al mantenimento del sistema attuale (v. risposta alla domanda 4).

4. Come evolveranno i premi?

Negli ultimi dieci anni, l'aumento percentuale dei costi a carico degli assicuratori, e dunque l'aumento dei premi, è stato nettamente più elevato di quello dei costi assunti dai Cantoni. Questo perché i Cantoni non partecipano ai costi delle prestazioni ambulatoriali (ad eccezione delle prestazioni di cura), in forte crescita, ma soltanto a quelli delle prestazioni stazionarie, che sono in leggero aumento. I costi sono quindi passati dall'essere finanziati tramite le imposte ad essere finanziati dai premi. Il finanziamento uniforme porrà fine al trasferimento dell'onere a scapito di coloro che pagano i premi. Grazie a questo nuovo regime di finanziamento, i premi saranno inferiori a quelli previsti in caso di mantenimento del sistema attuale.

Questo avverrà anche integrando le prestazioni di cura. L'aumento della partecipazione dell'AOMS ai costi di queste prestazioni, il cui volume è ben inferiore a quello delle altre prestazioni LAMal, sarà compensato dalla diminuzione della partecipazione ai costi delle prestazioni ambulatoriali.

5. Quali saranno i cambiamenti dal punto di vista dei Cantoni?

Le competenze dei Cantoni si estenderanno al settore ambulatoriale e resteranno invariate in quello stazionario.

Nel settore stazionario: i Cantoni conserveranno le loro competenze attuali. Continueranno a essere responsabili della pianificazione ospedaliera, dell'adozione di un budget complessivo se lo riterranno necessario, della ricezione delle fatture originali delle prestazioni stazionarie e dell'esame di tali fatture. Inoltre, resteranno esentati dal pagamento delle prestazioni degli ospedali convenzionati, ossia quelli che non hanno ricevuto un mandato di prestazione dal Cantone.

Nel settore ambulatoriale: i Cantoni avranno a disposizione diversi nuovi strumenti per gestire l'offerta e i costi in questo settore. Parteciperanno all'organizzazione tariffale per i trattamenti medici ambulatoriali e alla nuova organizzazione tariffale per le prestazioni di cura. Per quanto riguarda i fornitori di prestazioni ambulatoriali, i Cantoni potranno limitare le autorizzazioni a una determinata categoria se in quest'ultima l'aumento dei costi o il livello dei costi è superiore alla media svizzera.

I **contributi cantonali** saranno calcolati sulla base dei costi effettivamente assunti dagli assicuratori (al netto della franchigia e dell'aliquota percentuale) per le prestazioni dell'AOMS. I Cantoni verseranno i loro contributi a un nuovo comitato specializzato dell'Istituzione comune LAMal, al quale prenderanno parte. I contributi cantonali saranno poi distribuiti ai singoli assicuratori in base ai costi effettivi delle prestazioni. Rispetto al periodo 2016–2019, il passaggio a un finanziamento uniforme sarà neutrale sotto il profilo dei costi per l'insieme dei Cantoni.

6. Quali saranno i cambiamenti dal punto di vista degli assicuratori?

Con il finanziamento uniforme gli assicuratori si faranno carico dell'intera remunerazione dei fornitori di prestazioni, compresi i contributi cantonali. Riceveranno i sussidi cantonali in un secondo tempo tramite l'istituzione comune LAMal.

Rispetto al periodo 2016–2019, il passaggio a un finanziamento uniforme sarà neutrale sotto il profilo dei costi per l'insieme degli assicuratori.

Per le prestazioni di cura, gli assicuratori negozieranno le tariffe con i fornitori di prestazioni. Saranno maggiormente incentivati a investire nella creazione di modelli assicurativi che promuovono le cure coordinate e a favorire il trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale.

Per il resto, il ruolo degli assicuratori resterà perlopiù invariato. Il nuovo regime di finanziamento non prevede di accordare loro competenze supplementari. Dovranno continuare a garantire l'assunzione dei costi per le prestazioni definite a livello federale e rispettare i principi di efficacia, appropriatezza ed economicità (principi EAE). L'adeguamento della parte finanziata dagli assicuratori (aumento nei settori stazionario e delle cure e diminuzione nel settore ambulatoriale) non comporta alcun cambiamento alle loro competenze.

7. Quali saranno i cambiamenti dal punto di vista dei fornitori di prestazioni?

Per la maggior parte dei fornitori di prestazioni non cambierà molto: continueranno a erogare le prestazioni assicurate e saranno remunerati attraverso le tariffe negoziate con gli assicuratori. Inoltre, come avviene oggi, invieranno le loro fatture agli assicurati o direttamente agli assicuratori.

Tuttavia, il finanziamento uniforme porterà anche qualche cambiamento. Gli assicuratori saranno infatti maggiormente incentivati a promuovere la fornitura di prestazioni ambulatoriali e il coordinamento. Di questo potrebbero trarre vantaggio soprattutto il settore ospedaliero ambulatoriale, le reti di cure coordinate e i medici di famiglia. Inoltre, se grazie al trasferimento delle prestazioni al settore ambulatoriale e a un migliore coordinamento vengono evitati trattamenti stazionari o ritardate alcune ammissioni nelle case di cura, si potrebbe liberare personale infermieristico per le cure di lunga durata.

Nel settore delle cure di lunga durata, invece, i cambiamenti saranno più importanti, in cui gli attuali sussidi dell'AOMS e il finanziamento residuo determinato dai Cantoni sono sostituiti da tariffe negoziate congiuntamente dai partner tariffari (v. risposta alla domanda 8).

8. Chi si farà carico delle cure di lunga durata nelle case di cura nonché delle cure e dell'aiuto a domicilio?

Attualmente: le prestazioni di cura sono finanziate dall'AOMS (contributi limitati dell'AOMS stabiliti anche dal Consiglio federale), dai Cantoni (finanziamento residuo) e dagli assicurati stessi (contributi limitati dei pazienti per le prestazioni di cura stabiliti dal Consiglio federale). Ogni Cantone è responsabile del finanziamento residuo ed è libero di organizzarlo come desidera, ragion per cui vi sono grandi differenze tra i Cantoni. La revisione dell'attuale finanziamento delle cure ha mostrato che il finanziamento residuo è considerato insufficiente in alcuni casi.

Con il finanziamento uniforme: tra sette anni, anche le prestazioni di cura saranno finanziate in base alla nuova chiave di ripartizione. Una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera sarà elaborata al fine di remunerare le prestazioni di cura nelle case di cura e a domicilio. I fornitori di prestazioni, compresi gli infermieri liberi professionisti, sono rappresentati nell'organizzazione tariffaria responsabile della struttura tariffaria; i fornitori di prestazioni possono negoziare le tariffe con gli assicuratori e sottoporle all'approvazione della Confederazione o dei Cantoni, a seconda del campo di applicazione.

Le nuove tariffe per la remunerazione delle prestazioni di cura devono soddisfare i requisiti legali della LAMal. Le tariffe devono quindi orientarsi sui costi di una fornitura efficiente di prestazioni.

Il contributo dei pazienti ai costi delle prestazioni di cura sarà mantenuto. Il Consiglio federale continuerà ad avere la competenza di stabilire e adeguare l'importo di tale contributo. Tuttavia, l'importo attuale di quest'ultimo non potrà aumentare nei primi quattro anni successivi all'inclusione delle prestazioni di cura nel finanziamento uniforme.