curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Le cure integrate come strumento per frenare l'impennata dei costi sanitari

Céline Antonini, Responsabile per la Svizzera italiana, curafutura
Piattaforma annuale di discussione dell'eccellenza e della sostenibilità sanitaria, 17 novembre 2022

Programma

1. MAA: quadro normativo attuale
2. MAA: a che punto siamo in Svizzera?
3. Novità normative a livello federale
4. Progetto EFAS
5. Conclusione

1. MAA: quadro normativo attuale

Con l'entrata in vigore della LAMal il 1 gennaio 1996, è stata introdotta la possibilità per i partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori), in aggiunta al modello standard con una franchigia di 300 franchi (Art. 103 cpv. 1 OAMal), di **sviluppare e proporre modelli assicurativi alternativi (MAA)**:

- **Art. 41 cpv. 4 LAMal**: D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3 LAMal). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il cpv. 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.

- **Art. 62 cpv. 1 LAMal**: L'assicuratore può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni.

- **Art. 93 OAMal**: Al posto del modello standard gli assicurati possono scegliere una franchigia più alta.

2. MAA: a che punto siamo in Svizzera

In generale

- Le cure integrate contribuiscono a ridurre i costi e a migliorare la qualità nel trattamento di malati cronici. Si tratta di un elemento particolarmente importante alla luce dell'invecchiamento della popolazione e l'aumento di malati cronici/polimorbidi. Questo gruppo di pazienti rappresenta circa l'80% dei costi sanitari [1].

- Circa il 76,2 % della popolazione svizzera ha optato per un MAA (franchigia opzionale, modello Telmed, modello medico di famiglia, HMO)[2].

- In Ticino 78,8 % della popolazione dispone di un MAA[3].

- Ogni assicuratore offre dei modelli di cure integrate che permettono di migliorare la qualità delle cure e mantenere più bassi i premi assicurativi (fino al 20% circa), questo perché si osserva che gli assicurati nei modelli in questione registrano dei costi più bassi. I premi vengono approvati dall'UFSP.

[1] Cfr. Polynomics & Helsana (2015). *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit – Schlussbericht.*
Cfr. Huber, C. A., O. Reich, et al. (2016). «Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland.» International Journal of Integrated Care, 16(1): 1-18.
[2] Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2021, UFSP (Dati: 16.08.2022).
[3] Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2021, UFSP (Dati: 16.08.2022).

2. MAA: a che punto siamo in Svizzera?

Esempio di Helsana – Suddivisione degli assicurati tra le tipologie di modelli (2022)

3. Novità normative a livello federale

Articolo sperimentale

- **LAMal – Misure di contenimento dei costi – pacchetto 1a**
  Articolo sperimentale (approvato dal Parlamento il 18 giugno 2021, non ancora entrato in vigore)

Art. 59b

1 Allo scopo di sperimentare nuovi modelli di contenimento dell'aumento dei costi, di sviluppo delle esigenze di qualità o di promozione della digitalizzazione, il DFI può, dopo aver consultato le cerchie interessate, autorizzare progetti pilota.

2 I progetti pilota che concernono uno degli ambiti qui appresso possono derogare alle disposizioni della presente legge, fatto salvo l'articolo 1:

a. fornitura di prestazioni per incarico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (principio della prestazione in natura) invece della remunerazione delle prestazioni;

b. assunzione dei costi di prestazioni fornite all'estero al di fuori della cooperazione transfrontaliera di cui all'articolo 34 capoverso 2;

c. limitazione della scelta del fornitore di prestazioni;

d. finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie;

e. promozione delle cure coordinate e integrate;

f. sviluppo delle esigenze di qualità;

g. promozione della digitalizzazione.

3 Il Consiglio federale può prevedere che possano essere autorizzati progetti pilota relativi ad altri ambiti, sempreché perseguano gli obiettivi di cui al capoverso 1 e non deroghino alla presente legge.

4 I progetti pilota sono limitati quanto al contenuto, alla durata e all'applicazione territoriale.

5 Il DFI disciplina mediante ordinanza le deroghe alla presente legge e alle relative disposizioni di esecuzione, nonché i diritti e gli obblighi dei partecipanti ai progetti pilota.

6 I progetti pilota assicurano che la partecipazione agli stessi non leda i diritti degli assicurati garantiti dalla presente legge e avvenga su base volontaria. Il Consiglio federale disciplina le relative condizioni d'autorizzazione. Disciplina inoltre i requisiti minimi che deve soddisfare la valutazione dei progetti pilota da parte dei partner ai progetti.

7 Al termine del progetto pilota, il Consiglio federale può prorogare la validità delle disposizioni di cui al capoverso 5 che derogano alla presente legge o che stabiliscono relativi diritti e obblighi, se la valutazione mostra che il relativo modello permette di contenere efficacemente l'aumento dei costi, di sviluppare la qualità o di promuovere la digitalizzazione. Le disposizioni cessano di avere effetto un anno dopo tale proroga, salvo che entro tale termine il Consiglio federale sottoponga all'Assemblea federale un disegno di base legale. Cessano inoltre di avere effetto nel momento in cui l'Assemblea federale respinge il disegno del Consiglio federale o la base legale entra in vigore.

3. Novità normative a livello federale

Articolo sperimentale

Punto di vista di curafutura:

- In generale: l’esistenza di un articolo sperimentale è positivo.
- La sua attuazione deve però essere la meno burocratica possibile e basarsi sul partenariato tariffale (*bottom-up* vs. *top-down*).
- La partecipazione deve rimanere volontaria.
- La relativa ordinanza è stata posta in consultazione durante la primavera. La versione definitiva dell’ordinanza è attesa a breve, con una possibile entrata in vigore il 1° gennaio 2023.

3. Novità normative a livello federale

2° pacchetto di misure di contenimento dei costi

LAMal – Misure di contenimento dei costi – 2° pacchetto

Promozione delle reti di cure integrate (messaggio del CF licenziato)

Art. 35 cpv. 2 lett. o

[2] Sono fornitori di prestazioni:

o. le reti di cure coordinate.

Art. 36 Medici e altri fornitori di prestazioni: principio

I fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere a–g, m, n e o possono esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo se autorizzati dal Cantone sul cui territorio è esercitata l'attività.

Art. 36a cpv. 1, primo periodo

[1] Il Consiglio federale disciplina le condizioni d'autorizzazione che i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere a–g, m, n e o devono soddisfare. …

Art. 37a Reti di cure coordinate: condizioni particolari

[1] Le reti di cure coordinate devono soddisfare le seguenti condizioni:

a. sono dirette da un medico che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 37 capoverso 1;
b. forniscono prestazioni di cui agli articoli 25–31 in modo ambulatoriale e coordinato;
c. hanno limitato il proprio raggio d'attività in termini di tempo e spazio degli interventi, di prestazioni fornite nonché dei pazienti a cui esse sono destinate;
d. dispongono di un numero sufficiente di medici che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 37 capoverso 1;
e. dispongono del personale specializzato necessario;
f. assicurano il coordinamento con gli altri fornitori di prestazioni lungo tutta la catena delle cure;
g. sono affiliate a una comunità o comunità di riferimento certificata ai sensi della legge federale del 19 giugno 2015[4] sulla cartella informatizzata del paziente;
h. dispongono di un mandato di prestazioni cantonale.

[2] Con altri fornitori di prestazioni le reti di cure coordinate stipulano contratti che disciplinano segnatamente la collaborazione, lo scambio di dati, la garanzia della qualità e il coordinamento. Il Consiglio federale può stabilire i requisiti minimi contrattuali.

[3] Nel mandato di prestazioni di cui al capoverso 1 lettera h il Cantone stabilisce in particolare le prestazioni che la rete dovrà fornire nonché il suo raggio d'attività in termini di tempo e spazio. Qualora il raggio d'attività della rete si estenda su più Cantoni, questi si accorderanno per stabilire un mandato di prestazioni comune.

3. Novità normative a livello federale

2° pacchetto di misure di contenimento dei costi

- L'ammissione delle reti di cure coordinate richiederà un mandato di prestazioni cantonale in cui sono specificati per esempio le prestazioni da fornire e il raggio d'attività in termini di spazio e tempo.

- Punto di vista di curafutura:
  - le misure proposte dal Consiglio federale potrebbero risultare controproducenti, in quanto creerebbero ostacoli allo sviluppo delle reti di cure integrate.
  - si tratta di un settore in cui c'è molta innovazione da parte dei partner tariffali. Una regolamentazione eccessiva rischia di frenare le iniziative dei partner tariffali.

3. Novità normative a livello federale

2° pacchetto di misure di contenimento dei costi

- Comunicato stampa della CSSS-N del 10/11 novembre 2022

Venerdì, 11 novembre 2022 15h40

COMUNICATO STAMPA

RETI DI CURE COORDINATE: TROVARE UNA SOLUZIONE SOSTENIBILE IN CONSULTAZIONE CON I DIVERSI ATTORI DEL SISTEMA SANITARIO

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) è unanime sulla necessità di promuovere maggiormente le cure coordinate. Poiché l'approccio proposto dal Consiglio federale è fortemente contestato dagli attori interessati, la Commissione ha incaricato l'amministrazione di organizzare tavole rotonde miranti a esaminare una soluzione che apporti un valore aggiunto al sistema sanitario.

AUTORE

CSSS-N
Segreteria delle commissioni della sicurezza sociale e della sanità
CH-3003 Berna
www.parlament.ch
sgk.csss@parl.admin.ch

4. Progetto EFAS

In generale

- Il progetto EFAS (finanziamento unitario delle cure ambulatoriali e stazionarie), che nasce da un atto parlamentare del 2009, dopo un'approvazione da parte del Consiglio nazionale nel settembre 2019, è attualmente in discussione al Consiglio degli Stati.

- Con EFAS le prestazioni ambulatoriali e stazionarie verranno finanziate in modo uniforme da Cantoni e assicuratori.

- Si stima che con il progetto EFAS si risparmieranno tra i **2 e i 3 miliardi di franchi all'anno**[1]

- La sua approvazione permetterà di spingere ulteriormente le cure integrate e rendere questi modelli ancora più attrattivi per gli assicurati (circa **6 punti percentuali di risparmi in più**) [2]

- Più informazioni su https://www.pro-efas.ch/it/

[1] Polynomics (su incarico di CSS, Helsana e Swica), 2018
[2] Ibid.

4. Progetto EFAS

Finanziamento non uniforme: indebolimento dell'approccio integrato

4. Progetto EFAS

Finanziamento non uniforme: ostacoli a sconti aggiuntivi sui modelli assicurativi con cure integrate

- Le cure integrate permettono di evitare trattamenti inutili, tra cui anche trattamenti ospedalieri non necessari*, ciò che ha un impatto positivo sui costi.
- Oggi a beneficiare dei risparmi sono in primo luogo i Cantoni.
- Nel contesto attuale risulta difficile aumentare l'attrattività sul mercato dei modelli assicurativi incentrati sulle cure integrate.
- La concorrenza (che migliora la qualità), l'aumento della qualità delle cure e l'economicità risultano così ostacolati.

* Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland, Journal: International Journal of Integrated Care, 16(1): 1-18.
→ **dall'8 al 13% di ricoveri ospedalieri in meno per diabetici e cardiopatici.**

4. Progetto EFAS

Un nuovo slancio alle cure integrate

Finanziamento uniforme: effetto dinamico sulle cure integrate*

- Gli sconti sui premi per i modelli con cure integrate possono essere aumentati.
- Di conseguenza l'attrattività sul mercato dei modelli con cure integrate migliora.
- Il numero di assicurati nei modelli con cure integrate aumenta.
- La concorrenza sul mercato delle cure integrate aumenta.
- La qualità dei modelli con cure integrate aumenta.
- L'innovazione nell'ambito dei modelli di cure integrate aumenta.

→ Sul mercato si affermeranno i modelli più efficienti che offrono gli sconti maggiori.

* Cfr. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Effizienzsteigernde Auswirkungen «einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS)»: Wirkungsmodell (2016).

4. Progetto EFAS

Filmato EFAS/cure integrate

5. Conclusione

- Gli assicuratori sviluppano continuamente nuovi MAA che permettono di migliorare la qualità delle cure e contemporaneamente tenere sotto controllo i costi.
- Questi modelli assicurativi sono particolarmente importanti per malati cronici/polimorbidi, che sono all'origine dell' 80% dei costi.
- L'attuale sistema di finanziamento è però un freno all'ulteriore sviluppo delle cure integrate. Con l'approvazione del progetto EFAS si potrà dare una spinta decisiva alle cure integrate.
- Un'ulteriore regolamentazione da parte dello Stato, seppur con l'obiettivo di promuovere questi modelli, potrebbe essere controproducente. I modelli di cure integrate funzionano già bene oggi, devono soprattutto essere ulteriormente incentivati grazie a una modifica del sistema di finanziamento.

Grazie per l’attenzione

curafutura - Gli assicuratori-malattia innovativi
Céline Antonini
Gutenbergstrasse 14
3011 Berna

Telefono: 031 310 01 80
E-mail: celine.antonini@curafutura.ch
Internet: www.curafutura.ch