

Posizione

Modelli assicurativi alternativi (MAA): diversità, innovazione e premi più bassi nell'interesse degli assicurati

Di cosa si tratta

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede per gli adulti un modello standard con una franchigia di 300 franchi e un accesso illimitato ai fornitori di prestazioni che possono fatturare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Gli assicurati sono liberi di scegliere una partecipazione ai costi più elevata (franchigia opzionale) o di optare per un modello assicurativo alternativo (MAA) che, a fronte di determinate restrizioni (p. es. nella scelta dei fornitori di prestazioni), concede sconti sui premi.

I modelli assicurativi alternativi nella loro forma attuale sono stati introdotti con la LAMal il 1° gennaio 1996. Da allora, la loro importanza rispetto al modello standard è aumentata costantemente, tanto che dal 2011 la maggioranza della popolazione svizzera sceglie un modello assicurativo di questo tipo. Nel 2024 circa l'80% degli assicurati ha optato per un MAA.

I MAA si differenziano dal modello standard principalmente per il fatto che, in caso di problemi di salute, gli assicurati sono tenuti a consultare un primo punto di contatto definito che varia a seconda del modello (medico di famiglia, farmacia, telemedicina). Questo «triage» consente di ricorrere agli specialisti solo se necessario, di ridurre gli esami effettuati in doppio, di alleggerire i servizi di pronto soccorso e di sfruttare le sinergie. I MAA contribuiscono così ad aumentare l'efficienza del sistema sanitario e a contenere i costi. I risparmi ottenuti si traducono in uno sconto sui premi che varia a seconda del modello e che l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) autorizza su base annua.

I MAA promuovono la responsabilità individuale mettendo a disposizione offerte orientate ai bisogni e consentendo un accesso più mirato alle prestazioni. Migliorano la qualità delle cure e allo stesso tempo riducono i costi. Costituiscono la base per le cure coordinate (o integrate) che vanno oltre il semplice coordinamento delle prestazioni. Per questo motivo, i MAA vengono costantemente sviluppati e integrati in reti di assistenza in cui gli assicurati vengono accompagnati lungo l'intero percorso terapeutico. Con l'introduzione del finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie EFAS si schiudono nuove possibilità per sviluppare ulteriormente modelli nel settore stazionario o ambulatoriale ospedaliero o anche in quello delle cure infermieristiche. Si prefigurano ulteriori possibilità di innovazione nel campo della misurazione della qualità.

Attualmente esistono già diversi progetti pilota e modelli consolidati in cui gli assicuratori collaborano in modo mirato con i fornitori di prestazioni e i Cantoni. Questi modelli diversificati devono

continuare ad esistere. A tal fine, occorre rafforzare e ampliare ulteriormente il margine di manovra, evitando però di introdurre prescrizioni sulla loro impostazione e sul loro assetto, perché limiterebbero le possibilità di innovazione e ridurrebbero il valore aggiunto dei MAA per l'assistenza sanitaria. Solo così gli assicuratori potranno continuare a offrire modelli di qualità superiore.

Posizione di prio.swiss

Nel sistema attuale, caratterizzato dalla concorrenza tra assicuratori, i modelli assicurativi alternativi si sono progressivamente imposti sul modello standard. Un numero crescente di assicurati riconosce i vantaggi offerti da un accesso regolamentato al sistema sanitario. Per gli assicuratori, i MAA rappresentano uno strumento chiave per lo sviluppo di reti di cure integrate e, di conseguenza, per la trasformazione del sistema sanitario. Devono quindi continuare a essere i vettori centrali dell'innovazione e dell'evoluzione del sistema. I MAA permettono, per esempio, di promuovere l'ambulatorizzazione delle cure o di sviluppare modelli assistenziali specifici per accompagnare le persone affette da malattie croniche nella loro quotidianità. Il finanziamento uniforme contribuirà a stimolare ulteriori innovazioni in questo ambito. Piuttosto che introdurre nuovi incentivi finanziari o normative più severe, è fondamentale migliorare la qualità delle cure e informare efficacemente sui vantaggi offerti da questi modelli.

Motivazione

Vantaggi rispetto al modello standard

Gli MAA rafforzano la responsabilità individuale, aumentano la qualità delle cure e riducono i costi sanitari. Il migliore coordinamento tra gli attori coinvolti e le sinergie che ne derivano sono importanti in questo senso perché consentono di rispondere in modo più mirato alle esigenze dei pazienti. Alcuni studi mostrano che i programmi di presa in carico come quelli di gestione integrata delle malattie croniche, adatti per patologie specifiche come il diabete o le malattie cardiache, possono migliorare l'aderenza alla terapia (rispetto degli obiettivi terapeutici concordati) ed evitare costosi ricoveri ospedalieri. I MAA offrono ai fornitori di prestazioni (p. es. medici) e agli assicuratori il potenziale per sviluppare nuove forme di presa in carico e trovare soluzioni innovative. In questo modo possono far fronte alle crescenti sfide legate per esempio all'aumento dei malati cronici da un lato e alla carenza di personale qualificato dall'altro.

La varietà dei MAA riflette le diverse preferenze dei gruppi target: se è vero che le persone sane sono più sensibili al prezzo e tendono a scegliere soluzioni che offrono sconti, è altrettanto vero che quelle malate vogliono soprattutto ricevere le migliori cure possibili. Nel caso dei malati cronici è necessario potenziare il valore aggiunto delle cure coordinate, ma soprattutto bisogna rendere questo valore più chiaro e visibile. Con l'articolo 56a LAMal, che si spera entrerà presto in vigore, gli assicuratori potranno informare in modo mirato sul modello assicurativo più adatto alle esigenze dei loro assicurati. Si tratta di solito di modelli che si distinguono per l'elevata qualità dell'accompagnamento delle persone affette da malattie croniche.

Assistenza ottimale dalla prima consulenza alle cure integrate

In tutti i modelli assicurativi alternativi, un fornitore di prestazioni funge da primo punto di contatto. Può trattarsi di un servizio di telemedicina, una farmacia, un medico di famiglia o uno studio medico associato o una soluzione digitale. L'assicuratore può inoltre concordare con il fornitore di prestazioni una responsabilità budgetaria condivisa, che favorisce il coordinamento di attività supplementari e misurabili. Questo permette di proporre modelli assicurativi sempre più integrati lungo l'intero percorso terapeutico, dalle cure ambulatoriali a quelle stazionarie fino alla riabilitazione.

Nei modelli basati su un contratto tra assicuratori e fornitori di prestazioni, oltre alla responsabilità budgetaria condivisa possono essere concordate misure volte a promuovere la dispensazione di farmaci generici o l'applicazione di indicatori di qualità basati su misurazioni. I guadagni di efficienza e di qualità ottenuti vanno a vantaggio degli assicurati sotto forma di sconti sui premi e di una migliore qualità grazie al coordinamento. Il contratto prevede inoltre la condivisione del rischio attraverso un forfait pro capite per persona assicurata (in inglese «capitation»). Viene concordato un budget forfettario per l'assistenza di un determinato collettivo di assicurati, in modo da offrire ai fornitori di prestazioni un incentivo per garantire una qualità e un costo ottimali delle cure. Nei modelli basati su elenco, invece, agli assicurati viene fornito un elenco di fornitori (p. es. medico di famiglia) dal quale ne può scegliere uno per la prima consultazione. La libera concorrenza tra gli assicuratori offre la possibilità di scegliere tra modelli adeguati alla propria situazione di vita.

Secondo l'UFSP, i MAA permettono di risparmiare fino al 20% rispetto al modello standard con franchigia di 300 franchi. I MAA con la franchigia più alta, ossia 2500 franchi, sono quelli più diffusi soprattutto tra le persone giovani e in buona salute. Il modello standard più costoso, invece, è scelto tendenzialmente dalle persone anziane o affette da malattie croniche, insieme alla franchigia più bassa di 300 franchi. Questo indica che gli incentivi finanziari da soli non bastano. Per convincere questi assicurati a optare per un MAA non servono ulteriori sconti ma piuttosto un'informazione migliore, una qualità maggiore e un coordinamento più semplice.

Berna, giugno 2025