



Sessione dei giovani 2017

9-12 novembre 2017

> Dossier

Sistema delle assicurazioni malattie

Indice

1	Introduzione	3
2	I retroscena delle assicurazioni malattie	4
2.1	Il passato delle assicurazioni malattie	4
2.2	Il presente e futuro delle assicurazioni malattie	4
3	Il sistema delle assicurazioni malattie	5
3.1	L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	5
3.1	I modelli delle assicurazioni malattie in Svizzera	5
4	I premi	6
4.1	Che cosa coprono i premi?.....	6
4.2	Perché aumentano i premi?	7
4.3	Come si calcolano i premi?.....	8
4.4	Quale metodo andrebbe scelto?	8
4.5	Differenze di premi cantonali	9
5	La compensazione del rischio	10
6	Temi attuali	11
6.1	L'adeguamento della franchigia allo sviluppo dei costi	11
6.2	L'aumento dei premi pronosticato	12
6.3	Sanità2020	12
7	Una breve visita oltre i confini	13
8	Il sistema delle assicurazioni malattie alla Sessione dei giovani	14
9	Indici vari e fonti	15
9.1	Indice delle tabelle.....	15
9.2	Indice dei diagrammi.....	15
9.3	Indice dei grafici	15
9.4	Fonti.....	15

1 Introduzione

La **sanità**, e di conseguenza il **sistema delle assicurazioni malattie**, rappresenta una tematica sempre attuale per la popolazione e la politica. Il dibattito è di grande importanza soprattutto per le giovani generazioni, dato che oggi possono influenzare il proprio futuro modello di assicurazioni malattie. Per potersi creare una propria opinione su questo dibattito, è importante conoscere i retroscena della discussione (processi politici, terminologia, numeri e fatti). Per introdurre il tema, questo dossier presenterà la storia delle assicurazioni malattie, i vari modelli di casse malati in Svizzera, la compensazione dei rischi ed il tanto discusso aumento dei premi delle assicurazioni malattie.

Si pagano dei premi per avere la sicurezza che in caso di malattia un'assicurazione si farà carico dei costi. Ciò dà il via a dibattiti molto accesi in politica, soprattutto visto che negli ultimi 20 ha avuto luogo un costante aumento dei premi. Insieme ai premi, si parla anche di soldi, discorso che porta automaticamente all'interrogativo sui giusti finanziamenti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS, assicurazione di base). Devono pagare tutti la stessa cifra? Il ricco deve pagare più del povero? Le persone gravemente malate devono pagare premi più alti delle persone sane?

I premi evidenziano anche altre questioni aperte. Quali fattori influenzano l'ammontare dei premi? Esistono delle alternative? In questo contesto, fanno discutere anche le differenze cantonali tra i premi.

2 I retroscena delle assicurazioni malattie

2.1 Il passato delle assicurazioni malattie

La nascita delle assicurazioni malattie in Svizzera risale al diciannovesimo secolo, quando vennero create delle casse di sostegno per i lavoratori dell'industria. Queste casse offrivano però solo una protezione minima dai rischi di malattia, invalidità e morte. Le casse si concentravano solamente su risarcimenti salariali in caso di malattia, lasciando le spese mediche di consultazione e i trattamenti a carico degli assicurati. Dalla moltitudine di piccole casse, con il passare degli anni si sono cristallizzate alcune grandi imprese. Queste casse non sono statali, ma sono organizzate privatamente. Il sistema delle assicurazioni malattie è stato ampliato negli anni e sono state migliorate alcune debolezze. Nel 1996 Lo stato ha introdotto l'assicurazione di base per garantire l'accesso a trattamenti e medicinali necessari ad ogni cittadino. Visto l'aumento della popolazione e la crescita del settore sanitario, la seconda parte del ventesimo secolo è stata contrassegnata da un aumento dei costi (Geschichte der sozialen Sicherheit, 2013).

2.2 Il presente e futuro delle assicurazioni malattie

Il sistema delle assicurazioni malattie non è un sistema saldamente ancorato, ma subisce frequenti mutamenti. Nel 1994 gli elettori hanno deciso di adottare la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e di conseguenza hanno accettato l'obbligo nazionale di assicurazione. Per ben quattro volte gli elettori si sono però espressi a sfavore di una cassa malati unica: nel 1994 con il 77%, nel 2003 con il 73%, nel 2007 con il 71% e nel 2014 con il 61.5% di voti contrari (se approvata, l'assicurazione di base sarebbe verrebbe gestita da un ente pubblico). Gli assicuratori privati esistenti avrebbero quindi potuto offrire solamente assicurazioni complementari. Nella tabella 1 sono presentati i vantaggi e gli svantaggi della cassa malati unica (Christoph Kilchenmann, UFSP, 2016).

Si sono schierati in favore di un'assicurazione malattia pubblica il PS, i verdi ed il PEV. Si sono espressi a sfavore della cassa malati unica l'UDC, i Verdi Liberali, il PLR, il PPD ed il PBD (SRF, 2014). I costi del sistema sanitario sono al centro del discorso sui vantaggi e sugli svantaggi. Quale potrebbe essere la soluzione, se sotto i riflettori ci fossero però proprio gli assicurati? Per il benessere della popolazione, è giusto accettare dei costi maggiori?

Tabella 1 – Vantaggi e svantaggi della cassa malati unica (Christoph Kilchenmann, UFSP, 2016).

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La concorrenza tra le assicurazioni porta a dei costi inutili (pubblicità, intermediari). ➤ Gli assicuratori in concorrenza vanno a caccia di rischi positivi, invece di impegnarsi per una buona copertura sanitaria degli assicurati. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gli assicuratori in concorrenza controllano le fatture di dottori e ospedali. Una cassa malati unica non incentiverebbe al controllo, ma rimanderebbe i costi agli assicurati. ➤ Una cassa malati unica è un monopolio. I monopoli sono lenti e inefficienti. La concorrenza abbassa i costi ed incentiva l'innovazione.

3 Il sistema delle assicurazioni malattie

3.1 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Gli assicuratori di malattia svizzeri offrono un'assicurazione di malattie base obbligatoria e identica per tutti gli abitanti e delle assicurazioni complementari volontarie. L'assicurazione di malattie base obbligatoria viene imposta dalla legge e viene regolata nella Legge federale sull'assicurazione malattie (SR 832.10 Legge federale sull'assicurazione malattie). Secondo la legge, ogni persona che ha la residenza in Svizzera è obbligata ad assicurarsi entro tre mesi dall'arrivo in Svizzera. L'obbligo di assicurazione può essere esteso anche a persone senza residenza in Svizzera (ad esempio a lavoratori attivi in Svizzera ma residenti all'estero). Per le persone obbligate ad assicurarsi vige la libera scelta dell'assicuratore. L'assicuratore scelto dal cliente è obbligato ad accettarlo. Rispettando un preavviso di tre mesi, ad ogni assicurato è consentito cambiare assicurazione annualmente.

L'assicurazione di base copre tutte le cure ambulatorie (malattia, maternità, incidente) presso la località di residenza o di impiego dell'assicurato e nelle sue vicinanze. Le cure stazionarie presso un ospedale che viene riportato su una lista di ospedali, vengono coperte insieme dall'assicurazione di base e dai cantoni di residenza. Le assicurazioni complementari consentono delle cure ambulatorie e stazionarie al di fuori di questo regolamento e l'accesso a terapie alternative (admin, 2017).

Vedi anche:

<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/201709010000/832.10.pdf>
Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (situazione al 15 aprile 2017)

3.1 I modelli delle assicurazioni malattie in Svizzera

L'assicurazione malattie di base, oltre al modello „standard” con libera scelta del medico curante e franchigia di 300 franchi, contiene diversi modelli assicurativi alternativi, tra i quali i clienti e le clienti possono scegliere liberamente. In base al

modello scelto, bisogna fare qualche rinuncia, approfittando in compenso di premi più bassi. A seconda della cassa malati scelta, si risparmia tra il 10 ed il 20 per cento.

Il modello con medico di famiglia

Chi sceglie un modello con medico di famiglia, rinuncia alla libera scelta del medico. Ciò significa che in caso di malattia, l'assicurato deve in primo luogo contattare lo studio medico precedentemente definito contrattualmente, che è stato scelto dalla persona assicurata da una lista di medici. Emergenze, consultazioni presso ginecologi o oculisti rappresentano delle eccezioni. Le prestazioni rimangono però le stesse del modello standard/base dell'assicurazione malattie base. Tra pazienti e medici curanti si viene a creare una collaborazione stretta, che mira ad evitare cure superflue. I trasferimenti in ospedale possono essere organizzati e coordinati meglio. Questo modello permette la trasparenza dei costi e assicura la qualità dei trattamenti.

La telemedicina

Questo modello prevede che l'assicurato contatti un centro di consulenza telefonico gestito da personale medico specializzato, prima di qualsiasi visita medica. Sarà il centro di consulenza a decidere se il paziente dovrà essere trasferito presso un medico, un ospedale o un terapeuta oppure no.

Health Maintenance Organisation (HMO)

Questa alternativa permette agli assicurati di recarsi in primo luogo presso il centro sanitario consigliato dall'assicurazione malattie. In questi centri si trovano ad esempio medici generali, terapisti, fisioterapisti e dietisti. Gli HMO o le reti di congregazioni di medici possono decidere un tetto massimo di costi per le cure di tutti i pazienti e le pazienti, insieme agli assicuratori. Il vantaggio di questo importo globale consiste nell'assenza di prescrizione di cure inutili, dato che sono a disposizione solamente mezzi finanziari limitati.

4 I premi

4.1 Che cosa coprono i premi?

Il premio assicurativo copre le prestazioni definite per legge (ad esempio i costi per le cure ospedaliere), che devono essere pagate dall'assicuratore, ed i costi amministrativi che risultano dall'attuazione stessa dell'assicurazione. Vengono pagati quindi anche i costi amministrativi (personale amministrativo, affitti e spese postali ecc.) dell'assicuratore. Questi costi sono chiaramente più bassi che in altri settori assicurativi e rappresentano circa il 5% del volume dei premi (Beck, 2013).

In caso di malattia, gli assicurati devono partecipare ai costi. La partecipazione ai costi è composta dalla franchigia e dall'aliquota percentuale del 10% sul totale dei costi della malattia. In caso di soggiorno ospedaliero fisso vi si aggiunge anche un contributo del costo ospedaliero. La partecipazione ai costi viene calcolata sempre per l'anno civile.

La franchigia base di un adulto corrisponde a 300 CHF. Può essere scelta una franchigia massima di 2500.- CHF. Una volta raggiunta la franchigia scelta, si

contribuisce solo con il 10% dei costi (aliquota percentuale). Quest'aliquota può raggiungere però solo un tetto massimo di 700.- CHF all'anno civile. Ne risulta l'ammontare massimo della franchigia per anno solare. Più bassa è però la franchigia scelta, più alto ne risulta il premio.

Tabella 2 – Visuale della partecipazione ai costi (Helsana, 2017).

Franchigia opzionale	Aliquota massima	Ammontare massimo per anno solare
CHF 300.-	CHF 700.-	CHF 1000.-
CHF 500.-	CHF 700.-	CHF 1200.-
CHF 1000.-	CHF 700.-	CHF 1700.-
CHF 1500.-	CHF 700.-	CHF 2200.-
CHF 2000.-	CHF 700.-	CHF 2700.-
CHF 2500.-	CHF 700.-	CHF 3200.-

Vedi anche:

<https://www.helsana.ch/it/privati/servizio-alla-clientela/parliamo-di-finanze/conteggio-delle-prestazioni/partecipazione-ai-costi> - Video di spiegazione della partecipazione ai costi

4.2 Perché aumentano i premi?

I premi aumentano a causa di diversi fattori, ad esempio a causa degli sviluppi nel settore medico e tecnico e rispettivamente di nuove scoperte mediche o nuove cure, che risultano ancora costose. I nuovi medicinali sono spesso più costosi dei medicinali già stabiliti sul mercato. Spesso l'efficacia di nuovi (e più costosi) medicinali è solo lievemente più alta dei medicinali sul mercato. Questi nuovi medicinali (ad esempio quelli contro il cancro) fanno lievitare notevolmente i costi sanitari. Di conseguenza si pone il quesito se il prezzo di questi medicinali sia giustificato o se ci siano delle alternative più economiche. Un ulteriore fattore che causa l'aumento dei premi sono i baby-boomers che vanno in pensione. Va quindi ad aumentare il numero di anziani che hanno bisogno delle prestazioni delle assicurazioni malattie.

Attualmente, è possibile portare davanti ad un tribunale i medici che non offrono delle cure adeguate ai loro pazienti. Nel caso di cure eccessive, gli assicuratori controllano se i medici lavorano in maniera più costosa dei loro colleghi. Esistono allo stesso tempo casi in cui vengono prescritte delle cure non necessarie e costose. La mancante trasparenza della qualità che si incontra attualmente in Svizzera, permette di prescrivere delle prestazioni che non hanno effetto e non sono necessarie. Di conseguenza, aumentano i costi e quindi i premi per gli assicurati.

“A far lievitare i costi contribuiscono anche le pretese di prestazioni da parte della popolazione: Sempre più persone fanno sempre più uso di prestazioni sempre più care (Visana, 2017)”. La popolazione si aspetta quindi sempre la cura migliore. Ne risultano costi e premi più alti.

4.3 Come si calcolano i premi?

Esistono diversi metodi per calcolare i premi. È importante conoscere i tre seguenti metodi.

IL Premio unico (o premio pro capite)

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene finanziata tramite un premio unico. La somma di tutte prestazioni viene divisa ugualmente tra tutti gli assicurati. Se ad esempio 480 assicurati consumano prestazioni per 48'000.- CHF, ne risulta un premio medio pro capite di 100.- CHF (che corrisponde al premio unico). Ciò significa che, indipendentemente dai costi causati dal singolo, ogni persona paga lo stesso premio. Tuttavia, le assicurazioni malattie hanno un incentivo ad assicurare solamente persone convenienti, per tenere bassi i costi dei premi, rimanendo attrattivi per i clienti. Un altro svantaggio di questo sistema, consiste nel fatto che il cliente perde l'incentivo alla parsimonia nel proprio consumo di prestazioni, dato che tutti pagano lo stesso premio (Beck, 2013).

Il premio commisurato al rischio

Gli assicurati vengono classificati in classi di rischio (più alto il rischio, più alti i costi sostenuti). Successivamente, per ogni classe viene poi calcolato un proprio premio commisurato al rischio. Attraverso questo metodo, le persone in salute pagano un premio più basso delle persone malate. Vi è il pericolo che alla fine vengano create delle classi di rischio per ogni singola persona.

Il premio secondo l'età al momento dell'adesione

Per questo metodo è decisiva l'età dell'assicurato al momento della sua adesione alla cassa malati. In età giovane, viene calcolato un premio unico per tutte le generazioni (totale di tutti gli assicurati), il premio coincide quindi con il premio unico. Visto che con l'avanzare dell'età aumentano anche le prestazioni, in caso di adesione in età più adulta, viene richiesto un premio più alto (Beck, 2013).

4.4 Quale metodo andrebbe scelto?

Quale è quindi il metodo più equo? I premi commisurati al rischio sono onesti? Grazie ad un esperimento riflessivo del filosofo americano John Rawls possiamo rispondere a questa domanda. Con la sua "Teoria della giustizia" ci ha regalato un'opera di grande influenza, che può essere applicata anche alla gestione dei premi delle assicurazioni malattie.

L'esperimento: Prima della propria nascita, nessuna persona della società sa se vivrà da benestante (in salute) o da povera (in malattia). Questo velo d'incertezza costringe la società a trovare una soluzione che sia equa per entrambe le circostanze (malattia o salute). (SRF, 2016).

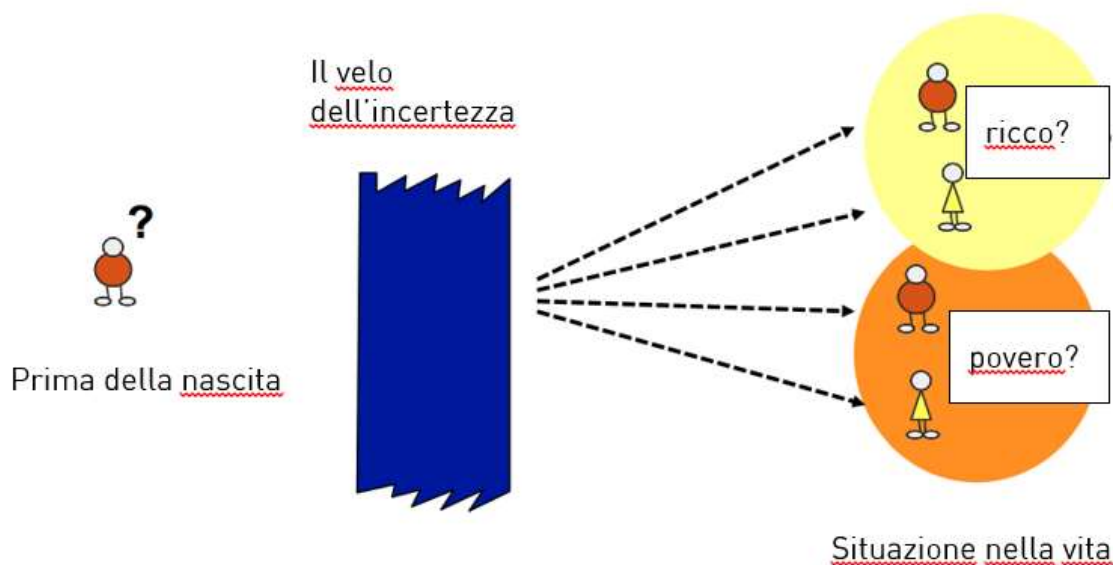


Grafico 1 – Rappresentazione del velo dell'incertezza (Beck, 2013).

Vedi anche:
<https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/philosophie/was-ist-gerecht-gedankenexperiment-schleier-des-nichtwissens> - Un breve video sul velo dell'incertezza di John Rawls.

Quale premio (unico, commisurato al rischio o secondo l'età dell'adesione) dovrebbe quindi scegliere una società, secondo questo esperimento riflessivo?

A secondo della mentalità delle persone, si hanno risultati diversi. Se le persone sono avverse al rischio e vogliono più sicurezza, sceglieranno il premio unico. Questo scenario descrive bene la società odierna. Una piccola parte si schiererebbe invece a favore del premio commisurato al rischio. Queste persone sono più propense al rischio e disposte ad accettare costi maggiori in caso di malattia e ad approfittare di premi più bassi in caso di salute. La Svizzera ha scelto la solidarietà tra malati e persone in salute, uomini e donne, giovani e anziani. Ciò significa che tutta la popolazione ha accesso alle assicurazioni malattie alle stesse condizioni.

4.5 Differenze di premi cantonali

I premi vengono definiti dai costi delle prestazioni mediche. Nei vari cantoni le prestazioni vengono usate in modo diverso. Nelle città, per recarsi all'ospedale o dal medico ci si mette meno, di conseguenza i residenti di una città consultano più spesso un medico di coloro che risiedono in periferia. Un maggior numero di visite mediche porta ad un aumento delle prestazioni e quindi dei costi. Tabella 3 mostra chiaramente questa dinamica. Nei cantoni Basilea-Città, Ginevra, Berna e nella città di Zurigo ci sono premi alti per adulti con franchigia di 300 CHF, mentre invece in cantoni di campagna come Uri, Nidvaldo o Appenzello interno, ci sono dei premi più bassi (santésuisse, 2016).

Tabella 3 – La tabella mostra le differenze cantonali dei premi (SRF, 2016).

Cantone	Premi (in CHF) 2017
Basilea-Città	567,34
Ginevra	553,53
Berna	466,10
Zurigo	442,14
Uri	369,18
Nidvaldo	360,86
Appenzello Interno	347,50
Media Svizzera	447,28

Vedi anche:

http://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Faktenblaetter_Kantone_2016_d.pdf - Fatti e dati sulle regioni dei premi

5 La compensazione del rischio

Lo scopo della compensazione del rischio, è di creare i presupposti per un mercato concorrenziale funzionante, in cui vi sono diversi assicuratori nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie medico-sanitarie. Si vuole quindi eliminare l'incentivo di assicurare solo casi di malattia convenienti per poter così offrire premi vantaggiosi. Secondo il modello del premio unico ogni persona paga lo stesso premio, indipendentemente dal suo stato di salute. Questo premio non corrisponde però al rischio effettivo di ammalarsi e di causare costi della persona assicurata. Nel calcolo della compensazione del rischio vengono presi in considerazione fattori come "età", "sesso", "permanenza in ospedali o cliniche nell'anno precedente", "costi di medicinali nell'anno precedente". Grazie a questi indicatori, gli assicurati possono essere classificati in gruppi di rischio. Per ogni categoria di rischio si calcolano dei costi medi. Se i costi sono al di sopra della media totale, l'assicurazione riceverà un importo pari alla differenza. In caso contrario, gli assicurati devono prestare un contributo se si tratta di una differenza negativa.

Nel diagramma 1 le barre verdi, blu e gialli mostrano la ridistribuzione all'interno di una classe.

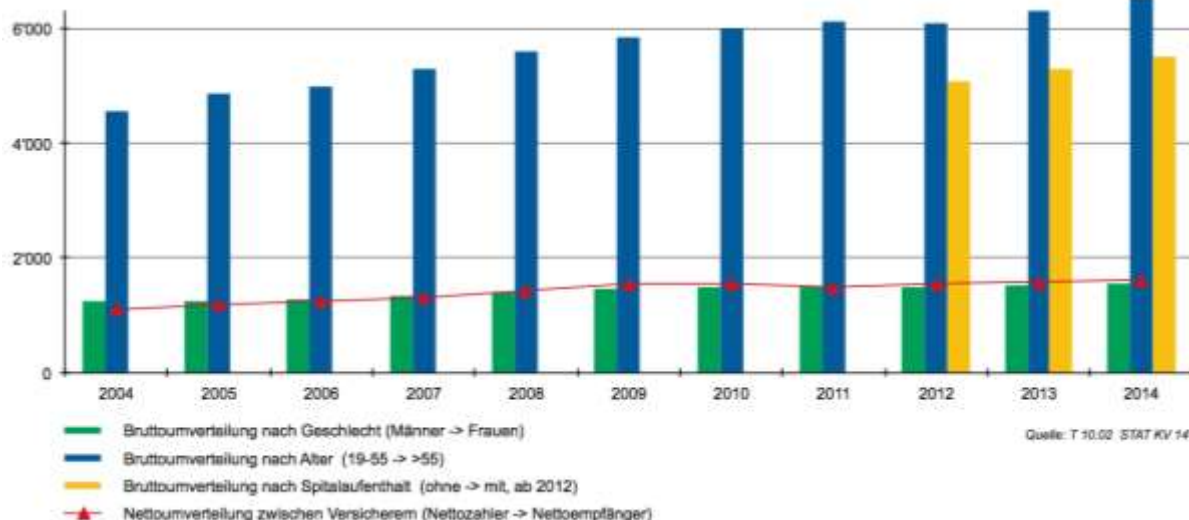
„Per la compensazione del rischio 2014 si può individuare una compensazione di 6,5 miliardi di franchi da parte dei 19enni fino ai 55enni verso i 56enni, e 1,6 miliardi dagli uomini alle donne (UFSP, 2016)“.

Con l'avanzare dell'età aumentano i costi e di conseguenza i giovani devono finanziare le generazioni più anziane. La stessa cosa riguarda le donne in età fertile, che vengono finanziate dagli uomini. Nel 2012 è stata introdotta anche una compensazione tra assicurati senza soggiorni ospedalieri verso gli assicurati che nell'anno precedente hanno trascorso un minimo tre giorni in ospedale. Ciò viene rappresentato dalle barre gialle. La più o meno costante curva rossa mostra la compensazione del rischio tra le stesse assicurazioni. Per gli anni 2017 fino a 2019 verranno presi in considerazioni

come indicatore i costi dei medicinali al di sopra dei 5000. - CHF. A partite dal 2020 la compensazione del rischio verrà affinata ulteriormente.

Dal 2004, con eccezione del 2012, si è potuto constatare un aumento dei pagamenti di compensazione, riconducibili all'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria medico-sanitaria.

Diagramma 1: Compensazione dei rischi: Ripartizione lorda all'interno delle casse e ripartizione netta tra le casse dal 2004-2014 (UFSP, 2014)



Vedi anche:
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

6 Temi attuali

6.1 L'adeguamento della franchigia allo sviluppo dei costi

Visto il costante aumento dei costi, il Parlamento e il Consiglio federale si vedono costretti ad agire. Le franchigie devono costantemente essere adeguate allo sviluppo dei costi. Ciò significa che se la crescita dei costi supera una certa soglia, le franchigie devono essere aumentate. Attraverso il possibile adeguamento della partecipazione ai costi, il Consiglio federale persegue due obiettivi:

- Si vuole evitare che per ogni piccozza ci si rechi dal dottore
- Le casse malati dovrebbero essere finanziate dalle persone che causano i costi (principio di causa). Gli assicurati che non usufruiscono di prestazioni, non dovrebbero pagare né franchigie, né altri costi.

Il Consiglio federale ha preparato e mandato in consultazione un disegno di legge commissionato dal Parlamento, che durerà fino al 19 ottobre 2017 (UFSP, 2017)

Vedi anche:

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-verordnung-festlegung-anpassung-tarifstrukturen-krankenversicherung.html> - Panoramica della consultazione con il rapporto esplicativo

6.2 L'aumento dei premi pronosticato

Nell'autunno 2017 il ministro della salute Alain Berset ha annunciato l'aumento dei premi delle assicurazioni malattie per il 2018. Secondo l'associazione delle assicurazioni malattie Santésuisse, nel 2016 l'assicurazione di base ha effettuato prestazioni per 31.6 miliardi. Inoltre, Santésuisse si aspetta un aumento dei costi del 4.1% per il 2017. Questo sviluppo influisce sui premi! A causa dei motivi già citati nel capitolo 4.2 e degli sviluppi dei costi della sanità, per il 2018 ci si aspetta un aumento dei premi del 4.5% (NZZ, Simon Hehli, 2017).

6.3 Sanità2020

Nel 2013 il Consiglio federale ha rilasciato la strategia sanità2020. Attraverso 36 provvedimenti, si vuole assicurare la qualità di vita, rafforzare le pari opportunità, aumentare la qualità di approvvigionamento e creare trasparenza (vedi tabella 4). Il sistema sanitario svizzero deve essere ottimizzato per le future sfide, in modo da essere qualitativamente al top anche in futuro, rimanere finanziabile ed accessibile a tutti. Alcune delle sfide sono:

- Il numero di persone anziane, e di conseguenza di coloro che hanno delle malattie croniche è destinato ad aumentare
- Il sistema attuale è troppo focalizzato sul presente e sul approvvigionamento acuto
- I costi della sanità aumenteranno attraverso i progressi medici e tecnologici
- I premi delle assicurazioni malattie rappresentano già oggi un peso finanziario opprimente per tanti cittadini

L'essere umano ed il suo benessere si trovano al centro dei provvedimenti. La strategia sanità2020 verrà messa in atto con quattro aree di azione (UFSP, 2013).

Tabella 4 – Campi d'azione della strategia sanità2020 (UFSP, 2013).

Area di azione	Scopo
Assicurare la qualità di vita	La salute contribuisce alla qualità di vita. Attraverso l'identificazione precoce e la prevenzione delle malattie, la popolazione può vivere una vita più sana.
Rafforzare le pari opportunità	Tutti i gruppi della popolazione devono avere le stesse chance per una vita sana e per una buona aspettativa di vita. L'attenzione viene posta in particolar modo su bambini e giovani, persone con reddito ed istruzione bassi, persone anziane e migranti. L'assicurazione obbligatorie per le cure medico-sanitarie dà accesso a questi servizi a tutti, ma i gruppi socialmente più deboli non sfruttano queste opportunità in modo efficiente. Il sistema sanitario dovrebbe essere economicamente sostenibile ed accessibile per tutti.
Assicurare la qualità d'approvvigionamento	La qualità dell'approvvigionamento influisce positivamente sullo sviluppo dei costi. Si mira così ad evitare prestazioni non necessarie o senza effetto.
Creare trasparenza	Anche se il sistema sanitario in Svizzera è molto buono, vi sono delle carenze nella trasparenza delle prestazioni, nella loro efficacia e nei loro costi. Migliorando la qualità dei dati, si potrà gestire il sistema sanitario al meglio. A causa dei molteplici servizi, il sistema delle assicurazioni malattie è diventato estremamente complesso e meno trasparente. Semplificando il sistema (per esempio migliorando la supervisione degli assicuratori o riducendo le 287'000 proposte di premi), si dovrebbe poter porre rimedio a queste mancanze.
È consigliato l'approfondimento della Strategia Sanità2020 . Consultate il seguente link: https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html	

7 Una breve visita oltre i confini

Anche a livello internazionale, il sistema sanitario Svizzero si classifica molto bene, raggiungendo un solido terzo posto. Nemmeno il Canada, caratterizzato da un sistema sanitario finanziato dai contribuenti, riesce a stare al passo con la Svizzera. Francia ed Austria hanno entrambe introdotto una cassa malati unica e possiedono un sistema sanitario molto buono con un'elevata aspettativa di vita. Tuttavia, le casse di entrambi i paesi sono altamente indebitate e si prevedono degli aumenti di premio per il futuro (NZZ, 2013). In Giappone si trova l'aspettativa di vita più alta al mondo. Il Qatar introdurrà a breve una cassa malati unica. Il sistema sanitario svizzero si trova al top grazie alle buone aspettative di vita e alla soddisfazione della popolazione riguardo al sistema stesso, nonostante si tratti di uno dei sistemi più costosi. Fatto riconducibile anche al prezzo dei medicinali, che varia di paese in paese, ed in Svizzera i prezzi sono molto alti (bilanz, 2017).

8 Il sistema delle assicurazioni malattie alla Sessione dei giovani

Fino ad oggi, il tema dei costi sanitari è stato trattato solo superficialmente alla Sessione dei giovani. In seguito, vengono riportate una petizione ed una consultazione che trattano il tema della sanità (Sessione dei giovani, 2017).

Petizione della Sessione dei giovani 2004: Costi sanitari

Contenuto:

Chiediamo all'assemblea federale, la creazione di un programma che offra la possibilità di impieghi complementari a persone emarginate dal mondo del lavoro, all'interno di istituzioni sociali pubbliche, dove il contatto umano è insoddisfacente. È importante che i beneficiari e le beneficiarie dell'Al vengano impiegati nel rispetto delle loro capacità, con le stesse chance e senza prendere in considerazione la componente prestazionale. Il loro impiego verrà retribuito finanziariamente. Non potranno però essere messi a rischio posti di lavoro già esistenti.

Consultazione 2004: Dichiarazione dei giovani all'OMS

Contenuto:

La nostra salute non è trattabile. Essa rappresenta una condizione necessaria per il nostro sviluppo personale e per la nostra felicità personale. Nessuno dovrebbe arricchirsi sulla salute altrui. Abbiamo bisogno e ci meritiamo un diritto umano fondamentale per un ambiente pulito e promotore della salute. Abbiamo anche bisogno di informazione e istruzione, per poterci prendere cura in modo efficace della nostra salute.

Siamo consapevoli che lo sviluppo dei meccanismi per la protezione e la promozione dell'ambiente e della salute richiedono degli investimenti adeguati. Crediamo quindi che le persone debbano acquisire più consapevolezza del fatto che i mancati investimenti odierni, faranno in futuro lievitare notevolmente i costi umani, finanziari e ambientali. Bisogna anche considerare che il nostro ambiente non finisce alla frontiera della Svizzera.

9 Indici vari e fonti

9.1 Indice delle tabelle

Tabella 1 – Vantaggi e svantaggi della cassa malati unica (Christoph Kilchenmann, UFSP, 2016).	5
Tabella 2 – Visuale della partecipazione ai costi (Helsana, 2017).	7
Tabella 3 – La tabella mostra le differenze cantonali dei premi (SRF, 2016).	10
Tabella 4 – Campi d'azione della strategia sanità2020 (UFSP, 2013).	13

9.2 Indice dei diagrammi

Diagramma 1: Compensazione dei rischi: Ripartizione lorda all'interno delle casse e ripartizione netta tra le casse dal 2004-2014 (UFSP, 2014)	11
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

9.3 Indice dei grafici

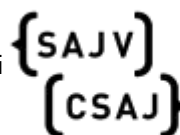
Grafico 1 – Rappresentazione del velo dell'incertezza (Beck, 2013).	9
---------------------------------------------------------------------------	---

9.4 Fonti

- Admin, admin: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201704150000/832.10.pdf> (11.07.2017).
- UFSP, Ufficio federale della sanità pubblica: Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen.
https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html?_organization=317&_pageIndex=0 (15.07.2017).
- UFSP, Ufficio federale della sanità pubblica: Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen.
https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html?_organization=317&_pageIndex=0 (11.7.2017).
- UFSP, Ufficio federale della sanità pubblica: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung.
https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicher-revisionsprojekte/anpassung-franchisen-an-kostenentwicklung-vn.html?_organization=317 (11.7.2017).
- UFSP, Ufficio federale della sanità pubblica: Aktuelle Revisionen im Risikoausgleich (VORA).
https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aktuelle-revisionen-risikoausgleich.html?_organization=317 (05.06.2017).
- UFSP, Ufficio federale della sanità pubblica: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html> (05.06.2017).
- Beck, K., Risiko Krankenversicherung, 3., teilweise überarbeitete Auflage, *Haupt Verlag*, Bern, 2013.

- Bilanz: Diese Länder haben die besten Gesundheitssysteme.
<http://www.bilanz.ch/management/diese-laender-haben-die-besten-gesundheitssysteme-814250> (15.07.2017).
- Geschichte der sozialen Sicherheit: Krankenkassen.
<http://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/krankenkassen> (03.07.2017).
- Grundversicherung, Grundversicherung: Krankenversicherung in der Schweiz – Versicherungsmodelle der Grundversicherung.
<http://www.grundversicherung.net/grundversicherung/versicherungsmodelle.ch/de/private/kundenservice/rund-um-die-finanzen/leistungsabrechnung/kostenbeteiligung> (05.06.2017).
- Sessione dei giovani: Forderungen.
<http://forderungen.jugendsession.ch/de/demand/?page=25> (15.07.2017).
- Krankenkasse: Diese Krankenkassen-Modelle gibt es.
<http://krankenkasse.ch/welche-krankenkassen-modelle-gibt-es-zur-Auswahl/> (11.7.2017).
- NZZ, Neue Zürcher Zeitung AG: Mehr Kosten als Einsparungen durch Kassenmonopol. <https://www.nzz.ch/schweiz/mehr-kosten-als-einsparungen-durch-krankenkassenmonopol-1.18196639> (15.07.2017).
- NZZ, Neue Zürcher Zeitung AG: Gesundheitskosten steigen ungebremst.
<https://www.nzz.ch/schweiz/das-31-milliarden-business-gesundheitskosten-steigen-ungebremst-weiter-ld.1305615> (13.07.2017).
- Santésuisse: Einheitskasse. <https://www.santesuisse.ch/de/poiltik-medien/themen/einheitskasse/> (11.07.2017).
- Santésuisse: Prämien 2017: je nach Kanton sind grosse Unterschiede in der Prämienhöhung feststellbar.
http://www.santesuisse.ch/de/details/content/praemien_2017_je_nach_kanton_sind_grosse_unterschiede_in_der_praemienerhoehung_feststellbar/ (13.07.2017).
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen: Was ist gerecht? Gedankenexperiment: Schleier des Nichtwissens. <https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/filosofix/was-ist-gerecht-gedankenexperiment-schleier-des-nichtwissens> (05.06.2017).
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen: Parolenspiegel zur Initiative über die Einheitskasse.
<https://www.srf.ch/news/schweiz/abstimmungen/abstimmungen/einheitskasse/parolenspiegel-zur-initiative-ueber-die-einheitskasse> (11.07.2017).
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen: Krankenkassen-Prämie: Das verändert sich in den Kantonen. <https://www.srf.ch/news/schweiz/krankenkassen-praemien-das-veraendert-sich-in-den-kantonen> (13.07.2017).
- Visana, Visana Services AG: Erläuterung zu den Prämien 2017.
<https://www.visana.ch/de/privatkunden/services/praemien2017> (05.06.2015).

FSAG | Direzione del progetto Sessione dei giovani
projektleitung@jugendsession.ch
www.jugendsession.ch/it



Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände
Conseil Suisse des Activités de Jeunesse
Federazione Svizzera delle Associazioni Giovanili
Federaziun Svizra da las Uniuns da Giuventetgna

Questo tema è stato elaborato con il sostegno dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e di santésuisse