



## Assicurazione malattie: fatti relativi a premi e prestazioni

curafutura illustra i principali fatti e meccanismi relativi al tema dei premi dell'assicurazione malattie, spiega come si arriva alla definizione dei premi, quali sono le disposizioni di legge a cui si fa riferimento e qual è la loro relazione con le prestazioni nel sistema sanitario.

### 1. ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

#### Solidarietà e responsabilità individuale

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) si basa sul principio della **solidarietà** tra **assicurati sani e malati**. Essa prevede dei premi unici, cosiddetti premi pro capite, che sono uguali per le donne e gli uomini di qualsiasi gruppo di età (art. 61 cpv. 1 LAMal). Un'eccezione è costituita dai premi ridotti per i figli fino ai 18 anni compiuti (art. 61 cpv. 3 LAMal).<sup>1</sup>

Anche il principio della **solidarietà** tra **assicurati con redditi bassi e redditi elevati** è fissato nella LAMal: le economie domestiche a basso reddito ricevono delle sovvenzioni dalla Confederazione e dai cantoni sotto forma di riduzioni dei premi (art. 65 LAMal) che vengono finanziate con delle entrate fiscali. Diversamente dai premi pro capite, le economie domestiche ad alto reddito versano in questo caso di più – in ragione dell'aliquota d'imposta progressiva – rispetto alle economie domestiche a basso reddito. Le riduzioni dei premi versate alle economie domestiche a basso reddito ammontano nel 2014 complessivamente a 4 miliardi di franchi.

Ogni persona assicurata può influenzare l'ammontare del proprio premio dell'assicurazione malattie, assumendosi una **maggiore responsabilità individuale**. Optando per un modello assicurativo con una scelta limitata di fornitori di prestazioni – p.es. medici o ospedali – si ottiene una riduzione del premio (art. 62 cpv. 1 LAMal). Inoltre vale il principio che maggiore è la franchigia minore è il premio annuo.

I modelli assicurativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni sono aumentati notevolmente negli ultimi anni: mentre nel 2004 appena il 10 per cento di tutti gli assicurati aveva scelto un tale modello, nel 2014 era già il 63 per cento. Oggi la maggior parte degli assicurati è quindi assicurata in un modello assicurativo con scelta limitata, con una predilezione per i modelli del medico di famiglia e HMO.

#### Le prestazioni diventano premi

---

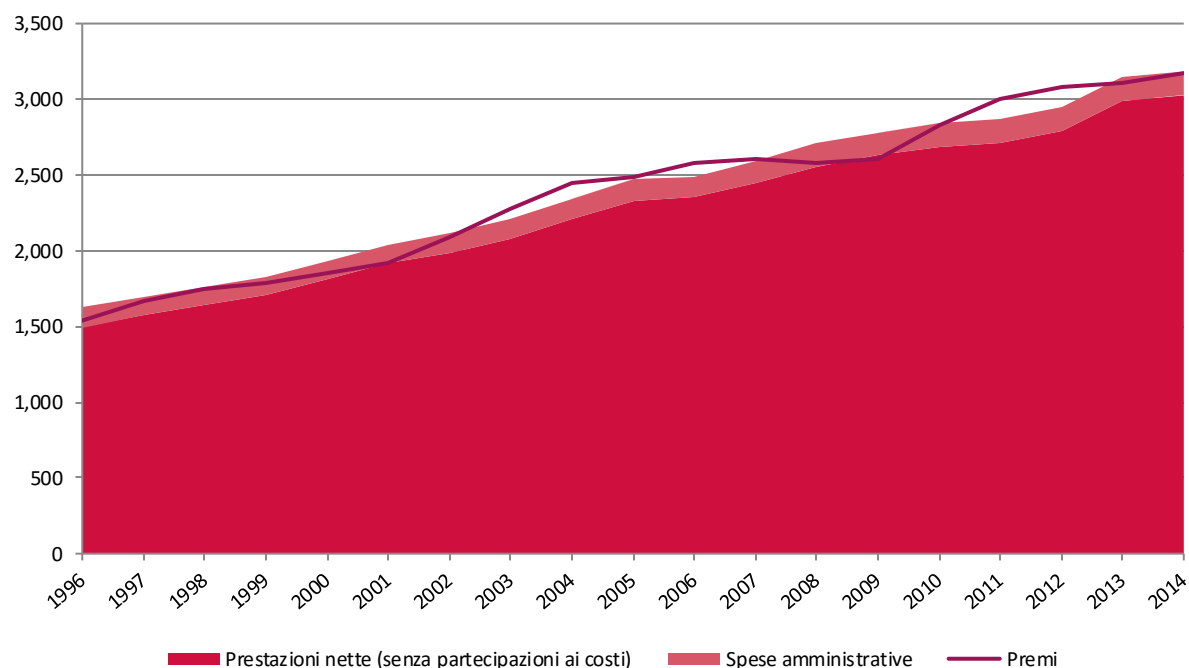
<sup>1</sup> Gli assicuratori possono fissare su base volontaria anche un premio inferiore per giovani adulti (fino al 25° anno di età).

I premi dell'assicurazione malattie rappresentano i costi sanitari previsti nel settore AOMS. Per principio vale la seguente regola: **più prestazioni mediche = maggiori costi = premi più elevati.**

Le spese degli assicuratori per prestazioni mediche – cosiddette prestazioni nette<sup>2</sup> – e i premi per i singoli assicurati sono raddoppiati dal 1996 al 2014: le prestazioni nette da 1491 a 3026 franchi e i premi da 1539 a 3172 franchi (vedi grafico seguente). Ciò corrisponde a una crescita media di circa il 4 per cento all'anno.

Il seguente grafico riporta inoltre le spese amministrative degli assicuratori malattia. Rispetto alle prestazioni nette e ai premi, quest'ultime sono aumentate in misura solo modesta tra il 1996 e il 2014, da 133 a 158 franchi per ogni persona assicurata. La quota delle spese amministrative complessive sui costi AOMS è quindi diminuita dal 8,2 per cento del 1996 al 5,0 per cento nel 2014.

#### **Premi e prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie** 1996-2014, franchi per ogni persona assicurata



Fonte: UFSP – Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2006 e 2014 (T 1.01)

<sup>2</sup> Costi delle prestazioni mediche fornite meno la partecipazione ai costi delle persone assicurate

## 2. PREMI

### Copertura assicurativa

L'assicurazione malattie copre i rischi in caso di malattia e si fa carico delle spese di trattamento e di guarigione che in base al catalogo delle prestazioni sono coperte dall'assicurazione malattie. Il premio dell'assicurazione malattie è il compenso per questa protezione assicurativa. L'intero collettivo di un assicuratore paga dei premi, in modo che nel caso singolo una persona ammalata sia assicurata e non debba farsi carico da sola di tutte le spese di trattamento.

### Calcolo dei premi

L'ammontare del premio dell'assicurazione malattie si basa su una previsione delle probabili prestazioni. Con quest'ultime si intendono le spese complessive previste di un assicuratore malattia per prestazioni mediche nell'AOMS nell'anno successivo. Le partecipazioni ai costi (franchigie e aliquote percentuali) delle persone assicurate non sono comprese in questo calcolo.

### Fissazione e approvazione dei premi

Gli assicuratori malattia devono ridefinire ogni anno i premi per l'AOMS, di solito nel luglio di un anno per l'anno civile successivo. *Come base si ricorre a delle previsioni sui probabili costi dei trattamenti. Gli assicuratori malattia possono graduare l'ammontare dei premi se è provato che i costi differiscono secondo i cantoni e le regioni (art. 61 cpv. 2 e 2<sup>bis</sup> LAMal).*

Tutti i premi devono essere approvati dall'autorità di vigilanza sugli assicuratori malattie, ossia l'Ufficio federale della sanità pubblica (art. 16 cpv. 1 LVAMal). In questo modo viene assicurato che i premi proposti coprano effettivamente i costi e che sia garantita la sicurezza finanziaria degli assicuratori.

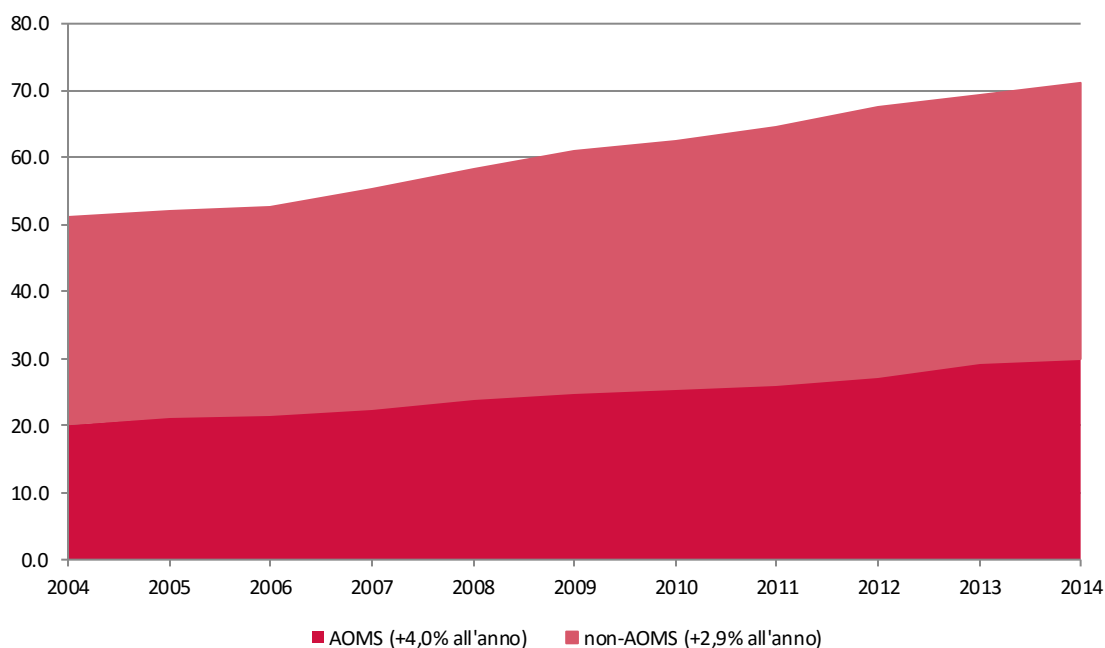
### Utilizzo dei premi

La legge prescrive agli assicuratori malattia di destinare i premi dell'AOMS ai soli scopi dell'assicurazione stessa (art. 2 cpv. 1 Legge sulla vigilanza dell'assicurazione malattie, LVAMal: «Le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano l'assicurazione sociale malattie conformemente alla LAMal. »). In altre parole questo significa che *è vietato agli assicuratori malattia distribuire un utile con le entrate dei premi dell'AOMS*. Ogni franco versato per i premi dell'AOMS deve essere utilizzato per legge per finanziare il sistema dell'assicurazione di base. *Eventuali eccedenze di premi di un determinato anno sono destinate di conseguenza alla copertura di futuri costi di trattamento dell'AOMS.*

### 3. PRESTAZIONI

Le spese sanitarie *complessive* in Svizzera sono cresciute tra il 2004 e il 2014 da 51,0 a 71,2 miliardi di franchi. Ciò corrisponde a un aumento del 39,5 per cento ossia a un aumento medio del 3,4 per cento all'anno. L'evoluzione dei costi dei settori parziali AOMS e non-AOMS (altre assicurazioni sociali, assicurazioni private, Stato ed economie domestiche) presenta un andamento simile, anche se il settore AOMS con in media 4,0 per cento all'anno è cresciuto maggiormente rispetto al settore non-AOMS (2,9 per cento).

**Finanziamento del sistema sanitario: AOMS (incluse partecipazioni ai costi) e non-AOMS**  
2004-2014, in miliardi di franchi



Fonte: UST – Finanziamento del sistema sanitario per regimi finanziari

Circa due quinti delle spese sanitarie sono destinati al settore AOMS e tre quinti al settore non-AOMS. La quota delle spese sanitarie complessive sul prodotto interno lordo ammonta in Svizzera nel 2014 all'11,1 per cento (dati provvisori). Tra i paesi OCSE gli USA raggiungono con oltre il 16 per cento un valore massimo.

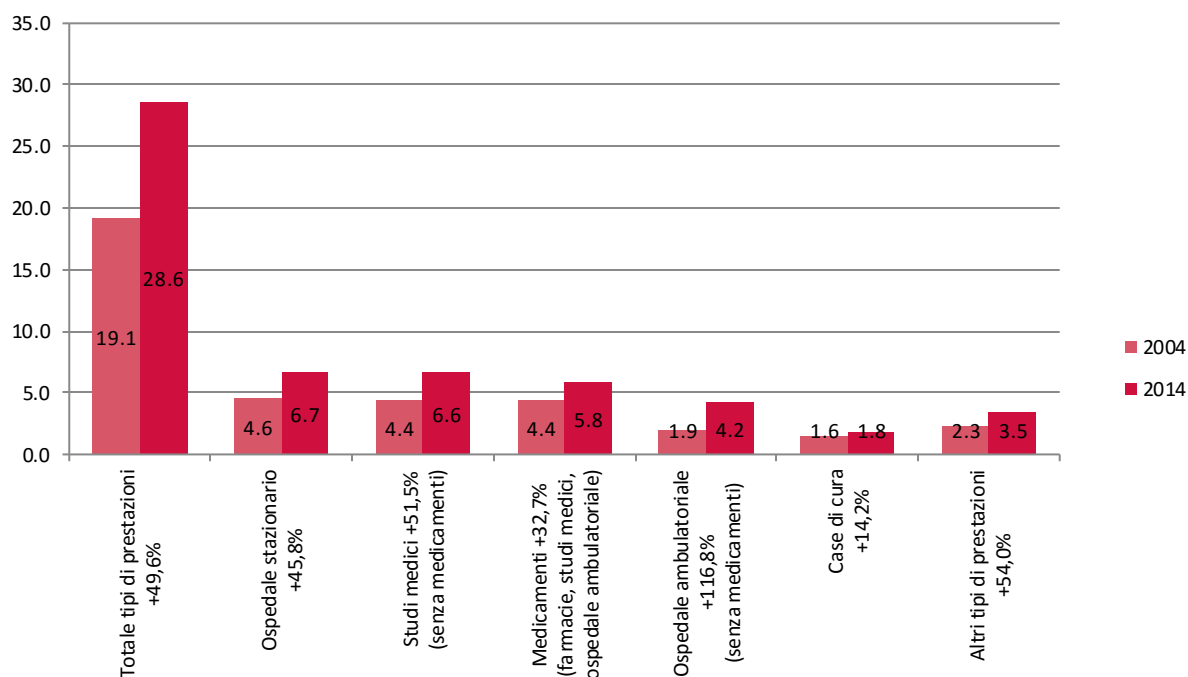
## Suddivisione dei costi sui settori di prestazione AOMS

I trattamenti ospedalieri stazionari e i trattamenti negli studi medici costituiscono con circa un quarto dei costi AOMS ciascuno la parte principale. Al terzo e quarto posto seguono le spese per medicinali e i trattamenti ospedalieri ambulatoriali. Circa un quinto dei costi AOMS viene utilizzato per prestazioni mediche in case di cura e altri settori di prestazione (laboratorio, fisioterapia, ecc.).

I costi delle prestazioni nell'AOMS sono cresciuti tra il 2004 e il 2014 da 19,1 a 28,6 miliardi di franchi, come mostra il grafico seguente. Ciò corrisponde a un aumento del 49,6 per cento nell'arco di un decennio. Si nota in particolare il forte aumento nelle prestazioni ospedaliere ambulatoriali che in questo arco di tempo sono più che raddoppiate, da 1,9 a 4,2 miliardi di franchi. Percentuali di crescita inferiori alla media si registrano invece nei settori di prestazione «medicamenti» e «case di cura». Quest'ultimi presentano con 32,7 e 14,2 per cento una crescita più contenuta rispetto agli altri settori.

## Evoluzione dei costi dei tipi di prestazione AOMS

2004-2014, in miliardi di franchi



Fonte: UFSP – Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2014 (T 2.16)

## **Motivi dell'evoluzione dei costi**

Diversi studi giungono alla conclusione che il progresso medico e il conseguente atteggiamento più esigente della popolazione siano fattori essenziali dell'aumento dei costi. Altri fattori come l'offerta di assistenza medica (densità di medici), la densità della popolazione o lo sviluppo demografico (modifica della struttura anagrafica) influenzano però anch'essi l'evoluzione dei costi nel sistema sanitario.

I prezzi o le tariffe per singola prestazione medica svolgono invece un ruolo secondario nell'evoluzione dei costi. Nel settore AOMS non sono cresciuti in passato più dell'indice nazionale dei prezzi al consumo (INPC). L'INPC è aumentato complessivamente del 5,0 per cento tra il 2004 e il 2014, mentre i costi complessivi delle prestazioni nell'AOMS sono cresciuti nello stesso periodo di tempo del 49,6 per cento. L'evoluzione dei costi è quindi da attribuire quasi esclusivamente all'evoluzione quantitativa delle prestazioni mediche che aumentano in maniera costante a causa dei fattori suddetti.

Berna, settembre 2016