



Helsana

Impegnata per la vita.

Rapporto sui premi Helsana

20 anni di premi – Statistiche

Autore

Pius Gyger, Economista sanitario



Con la collaborazione di

Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Stefan Heini, Dragana Glavic (Helsana)

Layout: Eigelb – Atelier für Gestaltung

Foto: istockphoto

Traduzione: Transpose

Stampa: Stämpfli AG

Aprile 2018

Indice

Prefazione	2-3
Obiettivo	4-5
Metodologia	6
Analisi	
Premi dell'AOMS	
– Scelta delle varianti assicurative	10-15
– Volume dei premi	16-21
– Andamento dei premi	22-29
– Premi ripartiti per età e sesso	30-35
Partecipazione ai costi	37-39
Riduzione dei premi	
– Riduzione degli importi in Svizzera	40-43
– Struttura dei beneficiari	44-45
– Differenze cantonali	46-51
– Riduzione dei premi ripartiti per fasce di età	52-53
– Riduzione dei premi e assicurazione integrativa	54-55
Premi arretrati	
– Basi legali	56-57
– Inadempienze nei pagamenti	58-61
– Esecuzioni	62-65
Premi in proporzione al patrimonio e al reddito	66-67
Discussione	68-72
Conclusione	74-75

Prefazione

Ogni anno in autunno si scaldano gli animi quando vengono annunciati i nuovi premi. L'andamento dei premi va in un'unica direzione, ovviamente verso l'alto. L'argomento dell'aumento dei costi sanitari è sempre d'attualità e cresce la necessità di agire. Non c'è quindi da meravigliarsi se quattro iniziative popolari che riguardano l'aumento dei costi nel sistema sanitario sono attualmente oggetto di dibattito.

Tuttavia il dibattito sui premi nel nostro paese è spesso troppo limitato: si basa su poche variabili non rappresentative, come il premio medio nel modello standard con le relative caratteristiche cantonali o regionali. Una visione molto riduttiva. Questa nuova pubblicazione affronta l'argomento da diverse prospettive e mostra alcuni fatti sorprendenti sulla situazione dei premi in Svizzera.

Si avvale principalmente di fonti accessibili al pubblico. Per alcune analisi specifiche sono stati utilizzati i dati anonimi di oltre 1,2 milioni di assicurati Helsana. Questi dati ci permettono di mettere in risalto aspetti specifici del panorama dei premi in Svizzera.

Il rapporto si focalizza sull'evoluzione dei premi e effettua un'analisi per determinare a quanto ammonta l'onere reale dei premi sui gruppi della popolazione e degli assicurati. Negli ultimi vent'anni, il mercato delle assicurazioni è stato sottoposto a notevoli trasformazioni. La libertà di scelta nel mercato delle assicurazioni malattia e le misure di politica

di distribuzione hanno portato a un profondo cambiamento nei diversi aspetti della solidarietà nell'assistenza sanitaria.

Il presente rapporto è l'espressione dell'impegno di Helsana nel sistema sanitario. Vogliamo offrire il nostro contributo per una maggior trasparenza riguardo alle spese e ai premi e fornire proposte concrete di interventi sulle misure da adottare. Ci auguriamo che la presente pubblicazione possa diventare una fonte d'ispirazione per un dibattito e vi invitiamo a farci pervenire i vostri commenti e suggerimenti.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsabile Politica sanitaria

Obiettivo

I premi dell'assicurazione malattia danno spesso vita ad accese discussioni sia nella sfera privata che sui media, soprattutto in autunno. Le informazioni trasmesse dai media si concentrano di solito su pochi dati, come per esempio l'aumento del premio medio svizzero nel modello standard o i valori medi a livello cantonale o regionale. Questi dibattiti sono accompagnati da proposte di interventi politici che possono riguardare misure di politica di distribuzione, come lo sgravio per la classe media, l'aumento dei premi per la popolazione anziana a favore dei più giovani, lo sconto di franchigia o la modifica dei suoi livelli; possono riguardare anche misure relative alle spese, come la definizione di un piano finanziario globale, la riduzione delle tariffe o le misure di razionalizzazione.

L'obiettivo del presente rapporto è quello di arricchire questo dibattito con alcuni fatti specifici del settore dei premi. Questi fatti riguardano i diversi sviluppi nei cantoni, i vari modelli assicurativi, i comportamenti dei pagatori dei premi o l'onere reale dei premi sui gruppi della popolazione e degli assicurati.

Ci si chiede se la solidarietà è cambiata vent'anni dopo l'introduzione della legge sull'assicurazione malattia (LAMal). Si suppone di sì, dato che gli assicurati hanno molte libertà, come la scelta annuale dell'assicuratore o il grado di partecipazione finanziaria ai costi. Quando i premi cambiano, i diversi gruppi della popolazione, che siano giovani o anziani, poveri o ricchi, reagiscono utilizzando in maniera diversa la loro libertà per soddisfare la loro necessità di copertura del rischio finanziario in seguito a una malattia. A ciò si aggiunge il fatto che la LAMal regola l'assicurazione malattia a livello nazionale, ma i cantoni hanno un'importante voce in capitolo, non solo con la regolamentazione della riduzione dei premi. Pertanto, nel federalismo svizzero esiste un rapporto inscindibile tra la libertà di scelta globale nell'assicurazione malattia e le molteplici dimensioni della solidarietà.

Ci auguriamo che venga intrapresa una valutazione sulla situazione dei premi basata sui fatti e diversificata e che diminuiscano le supposizioni non sostenute dai dati. Alla fine lo scopo è un dibattito politico appropriato.

Metodologia

La maggior parte delle presenti informazioni si basano su dati accessibili al pubblico, la stragrande maggioranza sulla Statistica dell'assicurazione malattie 2015 e 2016 (fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Statistica sull'assicurazione malattia obbligatoria). In seguito, quando sono impiegati questi dati, la fonte statistica non viene indicata.

Ulteriori fonti sono la statistica Economie domestiche secondo le unità geografiche istituzionali e la taglia dell'economia domestica, la Statistica federale delle esecuzioni, l'indagine sul budget delle economie domestiche dell'Ufficio federale di statistica (UST), la Statistica sul patrimonio delle persone fisiche dell'amministrazione federale delle contribuzioni, i Conti nazionali dell'UST, la Statistica dello stato annuale della popolazione (ESPOP) 1995-2009, la Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP) 2010-2015 e la Tabella dei premi dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Infine per alcune analisi specifiche abbiamo fatto ricorso ai dati di Helsana.

Analisi

Premi dell'AOMS

Nella panoramica dei premi 2018 dell'UFSP dell'ottobre 2017 sono disponibili tutti i premi di tutti i modelli assicurativi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in Svizzera. Ci sono in tutto 244 696 premi diversi. Si ottiene una cifra così elevata perché il numero degli assicuratori, i modelli assicurativi, i livelli di franchigia e l'inclusione o l'esclusione degli infortuni, le categorie di età e le regioni di premi si moltiplicano tra di loro.

Tuttavia, per i singoli assicurati questa complessità è percepita solo in parte. In fin dei conti scelgono solo tra i seguenti parametri: assicuratore, modello assicurativo e livello di franchigia. Gli altri parametri come l'età o le regioni di premi sono prestabiliti.

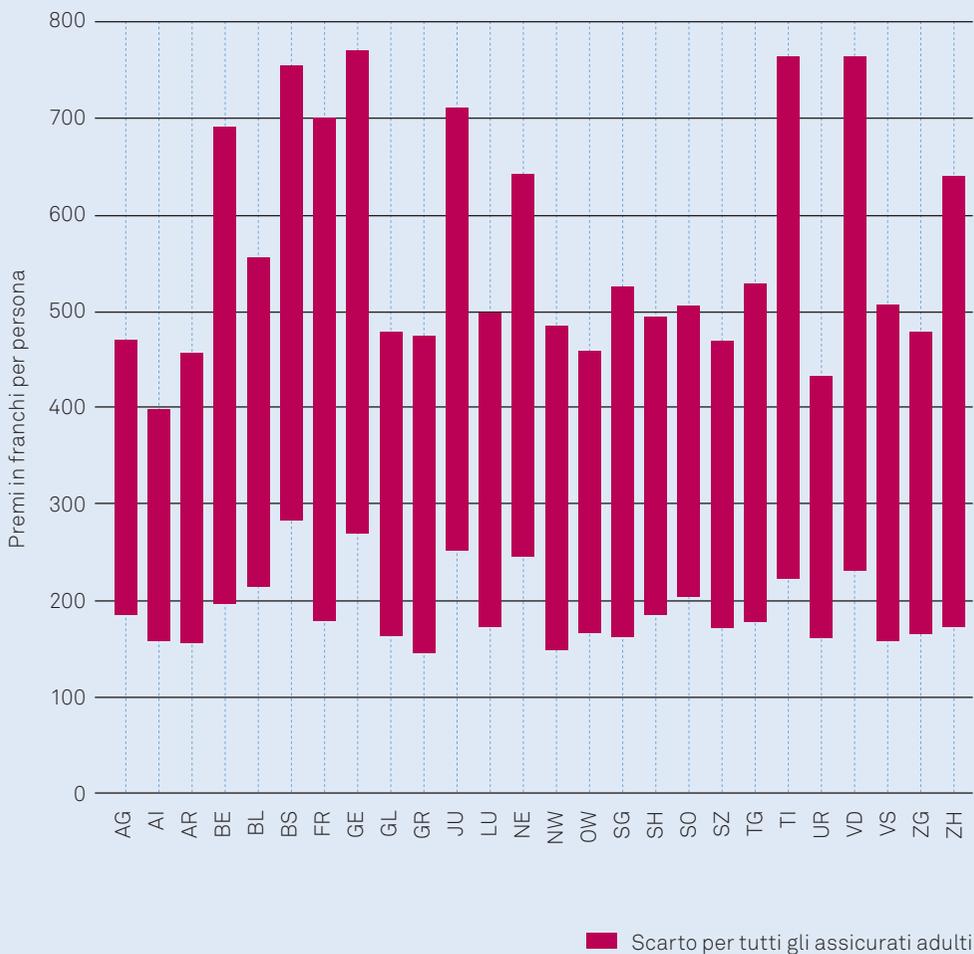
Il livello di premi è stabilito fondamentalmente attraverso i costi delle prestazioni. Le differenze di premi nei cantoni oscillano per un adulto dal fattore 1 fino al fattore 2,5 circa. Questo scarto si spiega con la differenziazione delle offerte, le differenze nella ripartizione delle varianti di scelta, la variazione di ponderazione delle diverse regioni di premi, ecc.

La comunicazione dei premi si basa sempre su un dato ricorrente: l'aumento medio dei premi. Considerando il gran numero di premi e l'enorme scarto, quest'analisi non corrisponde alla situazione reale per la maggior parte degli assicurati. Nessuno paga il premio medio, nessuno è direttamente interessato dall'aumento medio dei premi. La visione del premio medio svizzero o cantonale deve essere integrata con ulteriori prospettive.

Anche i seguenti grafici forniscono valori medi, pertanto la situazione individuale non può essere corretta. Tuttavia ci consentono di avviare un dibattito sui premi più diversificato rispetto a un'analisi basata solo ed esclusivamente su alcune variabili molto aggregate.

I dibattiti sull'andamento dei premi dell'assicurazione malattia non riflettono le numerose situazioni individuali e le diverse caratteristiche dei premi.

Scarto dei premi per cantone



Scelta delle varianti assicurative

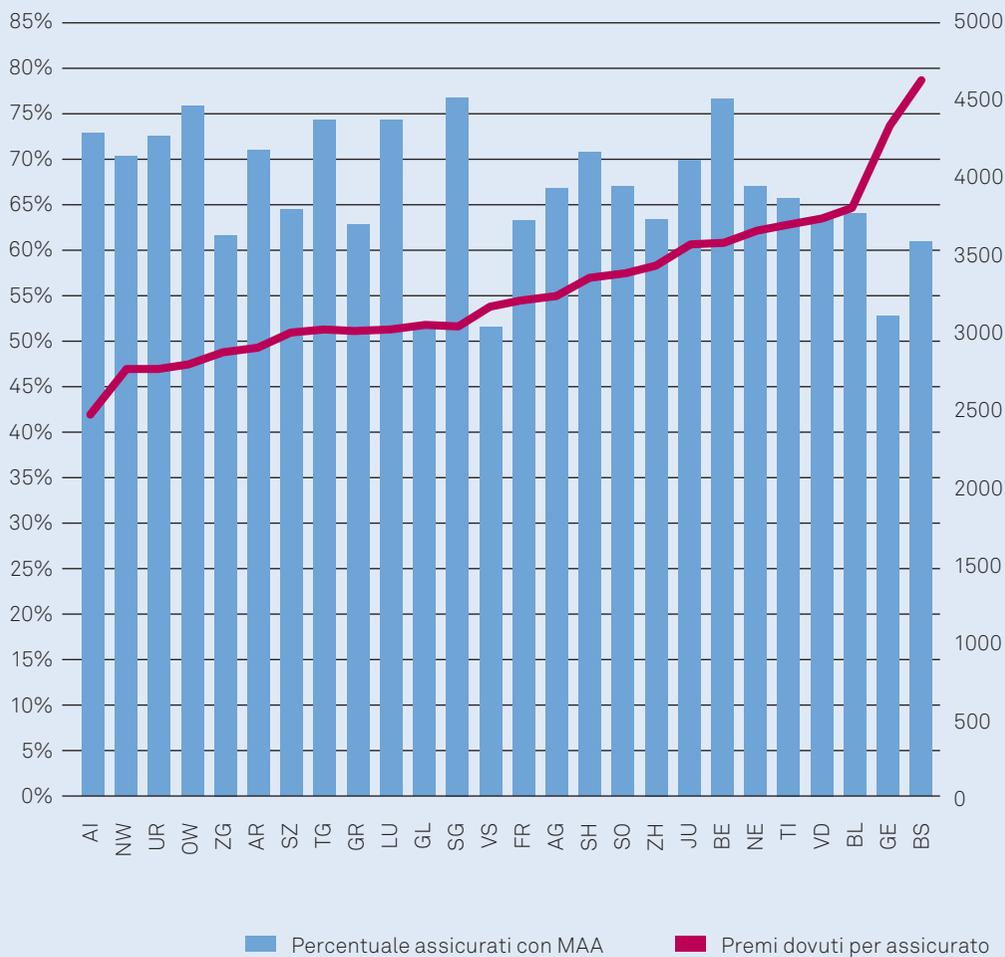
Oltre all'assicuratore malattia nella loro regione di premi, gli assicurati possono scegliere tra diverse varianti assicurative. Da una parte si può scegliere il modello standard. Esso garantisce la libera scelta del fornitore di prestazioni. La franchigia annua ordinaria della variante standard ammonta a 300 franchi e comporta il pagamento di un'aliquota del 10% fino a un massimo di 700 franchi all'anno.

Dall'altra si può optare per una forma specifica di assicurazione: un modello alternativo d'assicurazione (MAA), un modello con una più vasta scelta della franchigia (che può essere combinata anche con un MAA) o un'assicurazione con bonus. Per l'aliquota percentuale valgono le stesse regole del modello standard.

Sia nei modelli assicurativi alternativi che nei modelli con una più vasta scelta della franchigia, gli assicuratori possono accordare uno sconto (modello con sconto sui premi). Con il MAA l'assicurato è limitato nella scelta del fornitore di prestazioni, mentre nei modelli con franchigia opzionale ha una maggiore partecipazione ai costi dei trattamenti rispetto alla franchigia ordinaria.

La percentuale degli assicurati con un modello alternativo d'assicurazione ha avuto un forte incremento dall'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Nel 1996, gli assicurati che hanno scelto questo tipo di modello erano meno del 2%, mentre nel 2016 erano già il 65% (vedi figura 2).

Percentuale degli assicurati con MAA e premi dovuti per assicurato ripartiti per cantoni, 2016



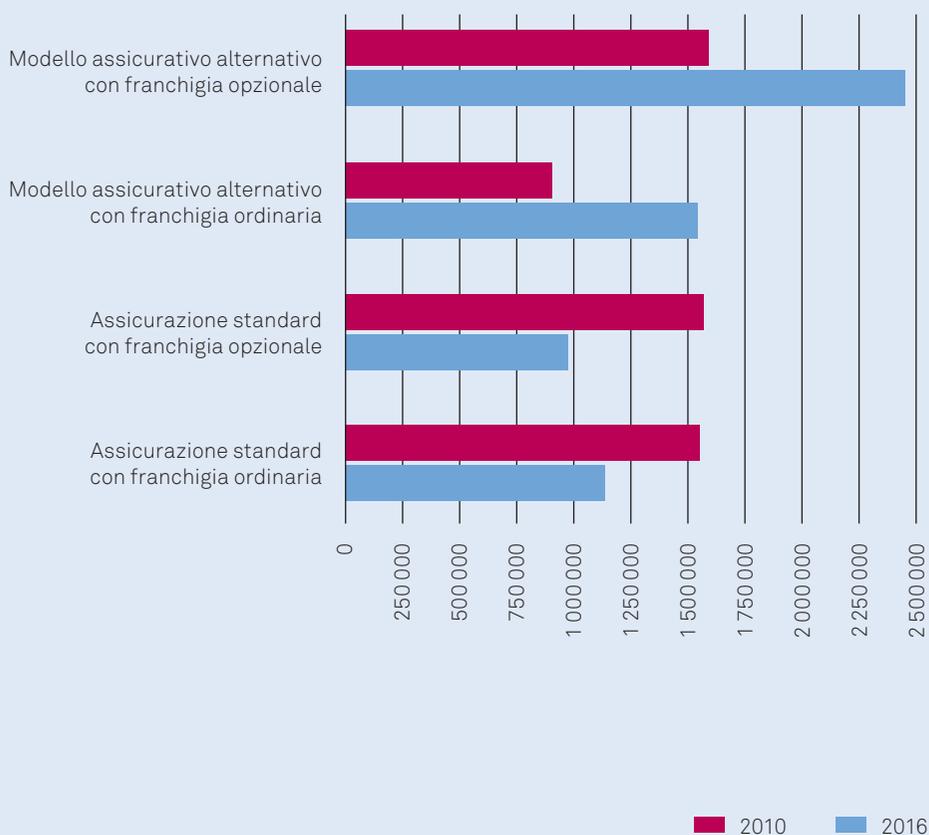
Nei cantoni con premi elevati come Ginevra e Basilea Città, la percentuale di assicurati con modelli assicurativi alternativi è relativamente bassa.

Tra 2010 al 2016, c'è stato uno spostamento massiccio dell'effettivo di assicurati dai modelli con libera scelta del fornitore di prestazioni con franchigia ordinaria verso i modelli con franchigia annua opzionale (vedi figura 3). Sia il numero degli assicurati con il MAA con franchigia ordinaria, sia quello degli assicurati con franchigia opzionale sono considerevolmente aumentati. È invece crollato il numero di assicurati con franchigia ordinaria di 300 franchi e precisamente nei modelli con senza libera scelta dei fornitori di prestazioni. Attualmente meno di un sesto della popolazione sceglie ancora il modello standard con franchigia ordinaria.

Anche se scegliendo un modello alternativo d'assicurazione di solito si può ottenere uno sconto massimo del 20% e, se combinato con la franchigia più elevata, lo sconto ulteriore è molto limitato, la domanda di MAA aumenta considerevolmente. Evidentemente i vari MAA sono più allettanti dei modelli di franchigia del modello standard, nonstan-

La percentuale degli assicurati con un modello assicurativo alternativo è notevolmente aumentata; in base al cantone, oscillano tra il 49% e più del 75%. Tuttavia non dipende tanto dal premio medio ma soprattutto dall'offerta dei modelli disponibili.

Effettivo medio di assicurati ripartiti per modello assicurativo (2010 e 2016)



te la libera scelta del fornitore di prestazioni sia limitata. L'incremento maggiore è stato raggiunto dal modello che offre lo sconto più cospicuo (MAA con franchigia opzionale).

Solo tra il 2005 e il 2016 il numero degli assicurati in questi tipi di modelli è quintuplicato, passando da circa un milione a 5,5 milioni di assicurati (vedi figura 4). Questo fatto non sarebbe dovuto solo allo sconto dei premi ma anche all'incremento della copertura regionale dell'offerta. Si può presumere che la pressione sui premi induca sempre di più gli assicurati a cercare alternative per ridurre l'onere dei premi; l'offerta di reti di medici e di altri modelli è la conseguenza a questa domanda. I clienti in questi modelli sembrano essere molto soddisfatti, altrimenti un aumento così duraturo degli assicurati con modello alternativo d'assicurazione non sarebbe plausibile.

La limitazione della scelta del fornitore di prestazioni non impedisce agli assicurati di optare per un'offerta di modello assicurativo alternativo. Negli ultimi dieci anni, più della metà della popolazione ha rinunciato all'assoluta libertà di scelta del fornitore di prestazioni, come stabilita nel modello standard.

Andamento del portafoglio di assicurazione dal 1996:
totale degli assicurati e numero di assicurati con modello
assicurativo alternativo (1996-2016)

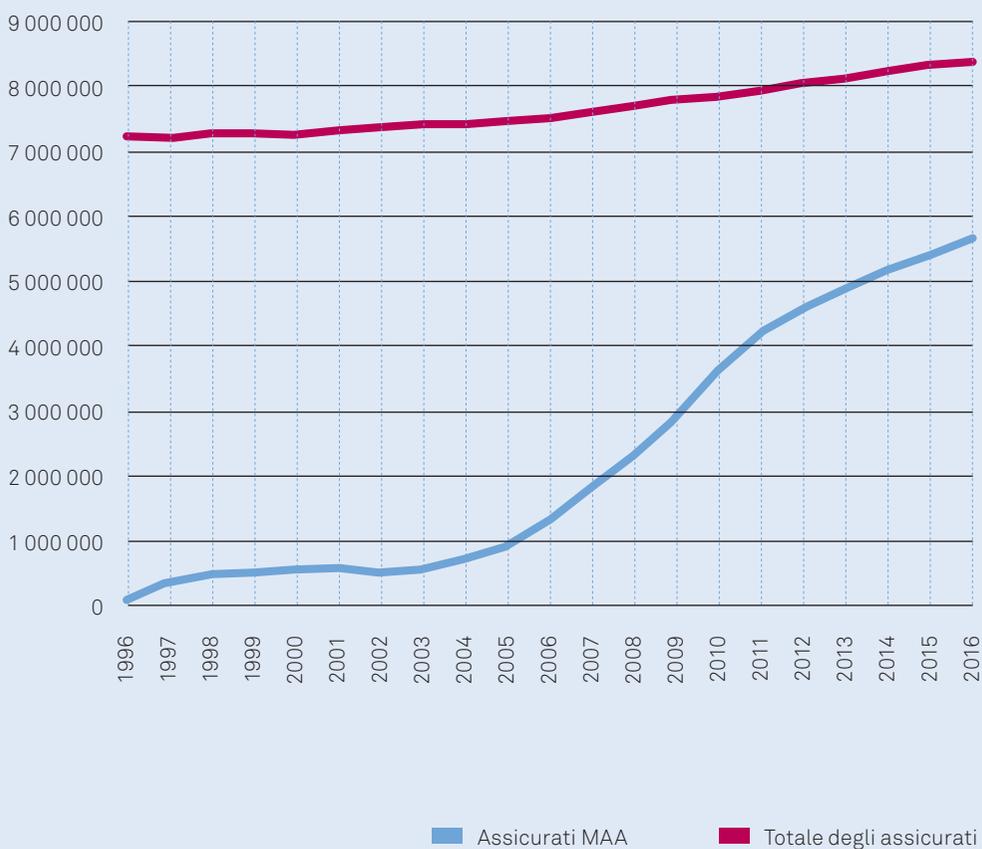


Figura 4

Volume dei premi

La forte domanda di modelli alternativi d'assicurazione si riflette nell'andamento del volume complessivo dei premi secondo la copertura assicurativa.

Il volume dei premi nell'assicurazione standard con franchigia ordinaria è rimasto praticamente costante tra il 1996 e il 2016, mentre il volume delle forme specifiche di assicurazione (modelli con sconti sui premi) nello stesso periodo è quintuplicato, passando da circa 4 miliardi di franchi a 20 miliardi di franchi (vedi figura 5).

Finanziamenti incrociati tra coperture assicurative

Nel 1996, nei modelli con sconto sui premi è stata raggiunta un'eccedenza annuale dell'incasso dei premi sulle prestazioni nette di quasi 500 franchi per assicurato. È stato possibile utilizzare quest'eccedenza per finanziare un lieve deficit di copertura di circa 200 franchi nel modello standard con franchigia ordinaria. Il deficit di copertura è decuplicato fino a raggiungere nel 2016 i 1900 franchi. L'eccesso di copertura nei modelli di sconto aumenta di circa 700 franchi al mese (vedi figura 6).

In altri termini: il risultato netto degli assicurati con franchigia ordinaria peggiora considerevolmente nel corso del tempo. Quello degli assicurati nel modello di sconto migliorano leggermente.

Andamento del volume dei premi nel modello standard con franchigia ordinaria e nei modelli con sconto sui premi (1996-2016)

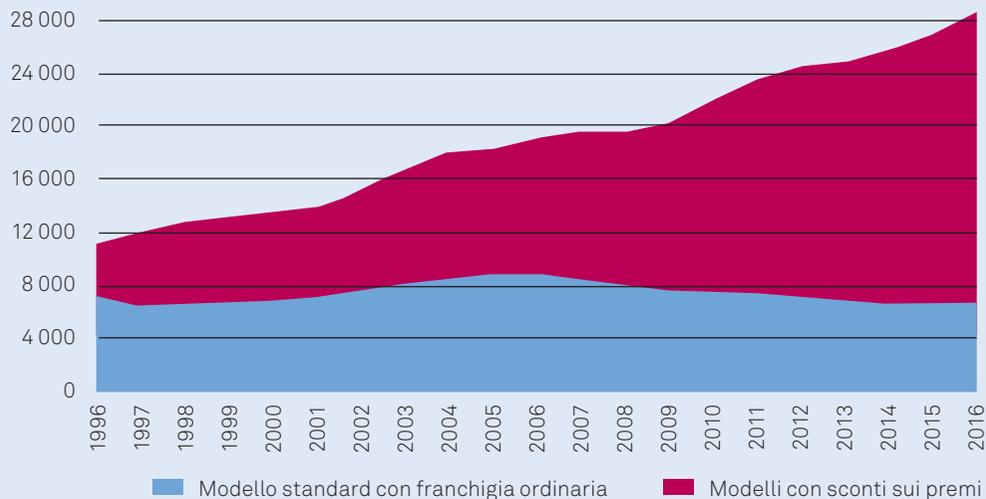


Figura 5

Differenza tra premi dovuti e prestazioni nette per assicurato ripartiti per modello in franchi (1996-2016)

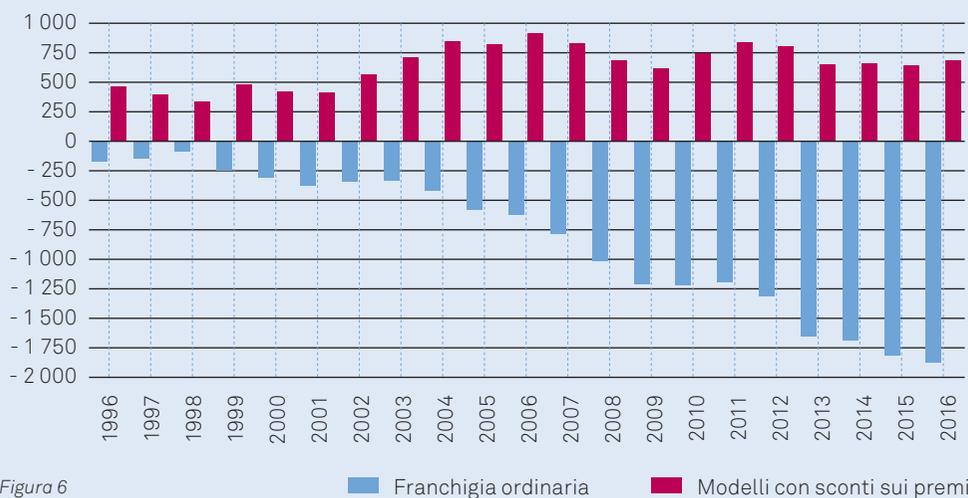


Figura 6

Tuttavia gli assicurati nei modelli di sconto non rappresentano una specifica comunità di rischio per un assicuratore. Ossia: per loro non può essere riscosso nessun premio in grado di coprire le spese. Gli sconti non possono essere orientati in base allo stato di salute nei gruppi a rischio.

Per via dell'incremento del numero di assicurati nei modelli di sconto, le eccedenze finanziarie in questi modelli sono passate da poco più di un miliardo circa nel 1996 a circa 4,6 miliardi di franchi (vedi figura 7). Questo significa che il deficit di copertura di più di 3.1 miliardi di franchi nel modello standard con franchigia ordinaria può essere ampiamente coperto.

Il crescente divario pro capite tra il modello standard e il modello di sconto può essere colmato grazie all'aumento costante del numero degli assicurati nel modello di sconto – malgrado un incremento limitato delle eccedenze pro capite in queste varianti assicurative.

Nel 1996 la differenza tra i due collettivi ammontava in media a circa 600 franchi a persona assicurata. Da allora questa differenza è aumentata fino a superare i 2300 franchi, quindi è praticamente quadruplicata.

Se i gruppi assicurativi nei modelli di sconto fossero collettivi autosufficienti (con le proprie comunità di assicurazioni), i premi annuali nel modello di sconto sarebbero inferiori in media di circa 550 franchi, mentre quelli nel modello standard regolare con franchigia ordinaria sarebbero superiori di circa 1800 franchi.

Il finanziamento incrociato tra i modelli di sconto e il modello standard con franchigia ordinaria è praticamente triplicato tra il 1996 e il 2016 – se considerato in valori assoluti

Differenza tra premi dovuti e prestazioni nette ripartiti per modelli in milioni di franchi (1996-2016)

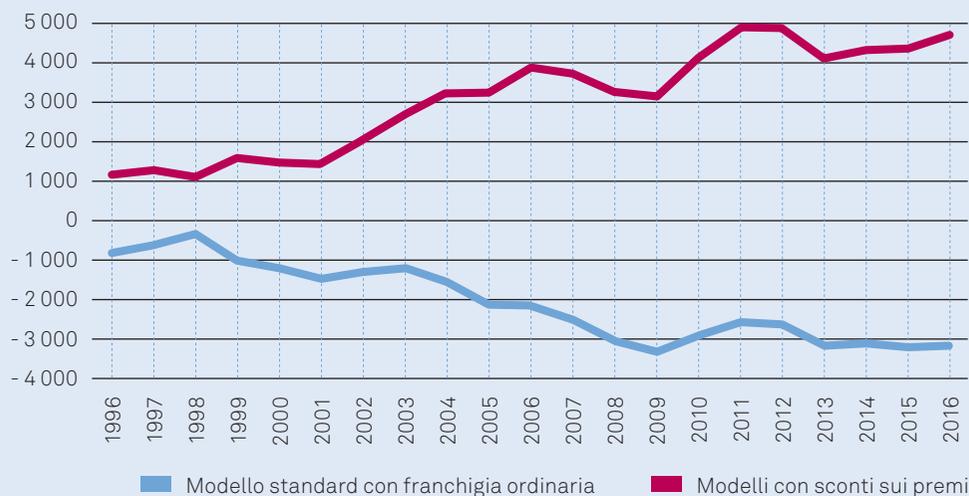


Figura 7

Ci sono diverse spiegazioni per giustificare questi andamenti:

- 1) Con il passare del tempo, lo stato di salute ha avuto la meglio nella scelta del modello assicurativo, guadagnando importanza. Le persone che godono di una buona salute passano al modello di sconto, mentre Fonte con problemi di salute rimangono nel modello standard con franchigia ordinaria.
- 2) L'aumento della quota di assicurati con MAA con una franchigia di base fanno però presupporre che anche un numero crescente di persone con costi di prestazioni elevati scelgono il modello alternativo d'assicurazione. Questo fenomeno concorda con la constatazione che l'offerta di questo tipo di modelli ha avuto un notevole sviluppo.
- 3) Con l'aumento della quota di persone con tendenza ad avere problemi di salute, gli importi dei pagamenti compensativi dei rischi nei modelli di sconto sono diminuiti, e questo porta a un incremento del divario tra i modelli.

Gli assicurati si orientano sempre di più sull'offerta di cure e ottimizzano la loro copertura assicurativa tenendo in considerazione il loro stato di salute. Il divario crescente tra il modello standard e i modelli di sconto è ancora finanziariamente accettabile, in quanto gli assicuratori non possono concedere lo sconto in base allo stato di salute degli assicurati.

Gli sconti di premi per i modelli con la franchigia opzionale sono accordati in percentuale al premio del modello standard. Questa regola è però soggetta a una limitazione: gli sconti infatti non possono essere superiori al 70% del rischio di partecipazione ai costi assunto dagli assicurati con la scelta della franchigia più elevata (cfr. Ufficio federale della sanità pubblica UFSP - Circolare 5.1). Pertanto è fissato un limite di sconto in franchi che, di fatto, all'aumentare del livello del premio, riduce progressivamente lo sconto percentuale da concedere.

Il premio per persona assicurata è rimasto praticamente costante nei modelli di sconto tra il 2004 e il 2009 nella media svizzera (vedi figura 8).

Siccome si tratta della media dei premi dovuti in Svizzera, bisogna fare attenzione alle diverse ripartizioni a livello cantonale. Se i modelli si diffondono più facilmente nei cantoni con premi più bassi, questo ha un effetto frenante sul premio medio nazionale di questi modelli di sconto.

I modelli di sconto sono diventati la norma;
il modello standard con franchigia ordinaria
diventa l'eccezione.

Dal 1996 i premi del modello standard con franchigia di base sono invece aumentati costantemente e in misura di gran lunga maggiore rispetto a quelli del MAA.

Andamento indicizzato dei premi dovuti ripartiti per modello assicurativo (per persona assicurata), in percentuale (1996-2016)



Figura 8

■ Premi dovuti modello standard con franchigia ordinaria
■ Premi dovuti modelli con sconti sui premi

Un numero sempre maggiore di assicurati passa al modello di sconto; aumenta contemporaneamente il loro contributo solidale pro capite agli assicurati con il modello standard con franchigia ordinaria.

Andamento dei premi

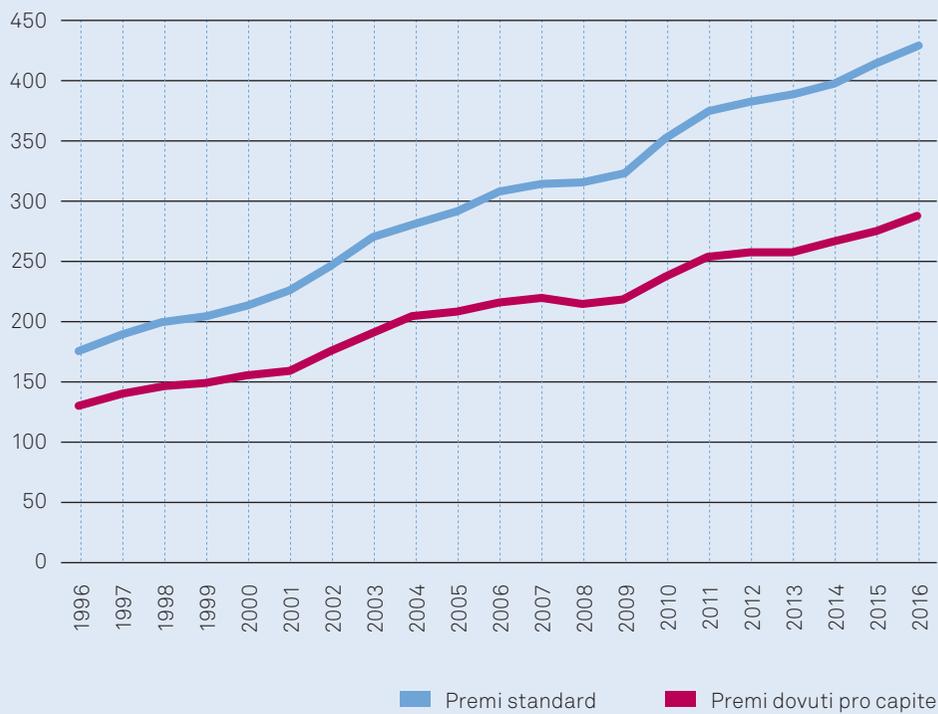
Comunicazione dell'aumento dei premi e onere reale dei premi

Ogni anno in autunno l'aumento dei premi dell'assicurazione malattia viene comunicato a livello federale (cfr. UFSP comunicato stampa del 28.9.2017: Crescita dei costi della salute: il premio standard aumenterà del 4,0 per cento nel 2018). Siccome gli assicurati scelgono il modello e l'assicuratore solo dopo questa comunicazione, sarà possibile determinare solo più di un anno dopo a quanto ammonta realmente il rincaro dei premi che viene fatturato agli assicurati.

Secondo l'UFSP, rispetto ai premi dovuti medi pro capite in Svizzera, il premio standard è variato come segue (vedi figura 9). Si tratta di una stima dei premi mensili medi AOMS basata sulle tariffe dei premi inclusa la copertura contro gli infortuni della franchigia ordinaria, sugli effettivi di assicurati ripartiti per cantone, per assicuratore e per regione di premi. Le tariffe degli altri modelli assicurativi con franchigia opzionale, assicurazione con bonus o assicurazione con limitazione della scelta del fornitore di prestazioni non sono prese in considerazione.

Nel 1996 il premio medio pro capite pagato ammontava a circa il 74% della tariffa dei premi inizialmente comunicata. Nel 2016 rappresentava ancora il 67%.

Andamento dei premi standard e dei premi dovuti medi per assicurati in franchi (1996-2016)



Confrontando i tassi di crescita medi del 1996 e del 2016, l'importo reale dei premi dovuti, con una media di circa 0,5% all'anno, ha avuto un incremento minore rispetto al premio standard comunicato (vedi tabella). Questo si spiega con una diversa ripartizione degli assicurati nei diversi modelli.

	Tariffa dei premi nel modello standard	Premi dovuti per assicurato
1996	173	128
2016	428	287
Tasso di crescita medio	4,63	4,11

Si ricorre spesso al premio del modello standard con franchigia ordinaria come dato di riferimento dell'incremento dei premi comunicato. Dopo vent'anni, l'incremento comunicato rimane però superiore di circa il 13% rispetto ai premi realmente corrisposti dalla popolazione.

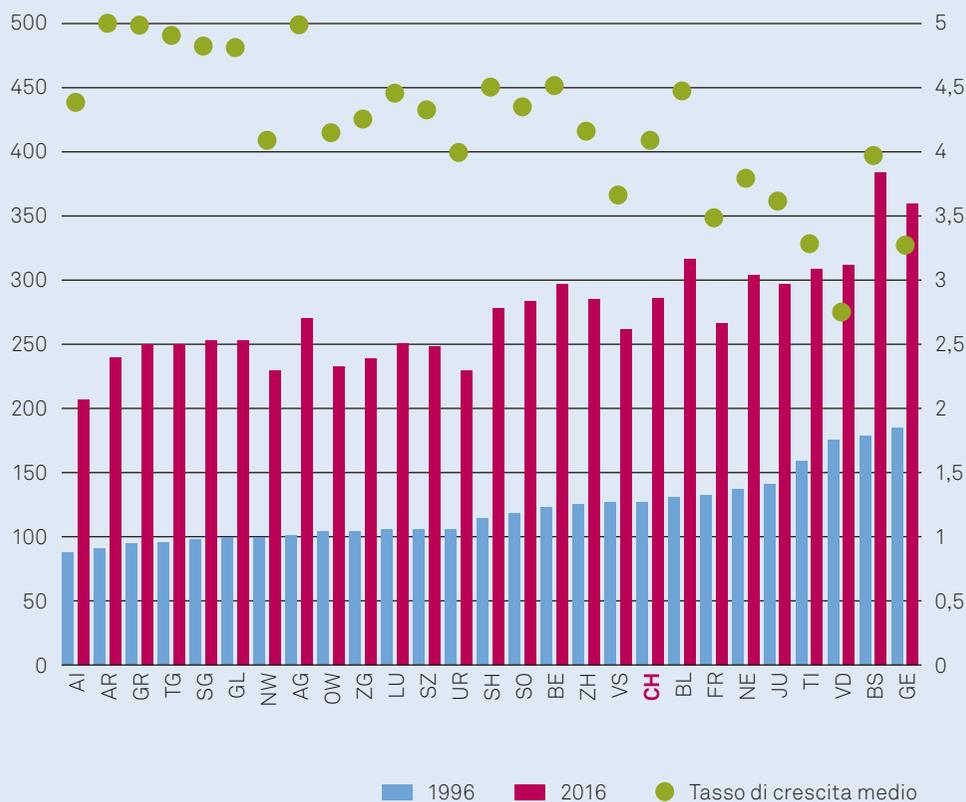
Andamento dei premi ripartiti per cantoni

Nel periodo compreso tra il 1996 e il 2016, la crescita media percentuale dei premi dovuti per assicurato nei cantoni con premi più bassi era tendenzialmente più elevata rispetto ai cantoni con premi più alti (vedi figura 10).

Nei cantoni Vaud, Basilea Città e Ginevra i premi dovuti pro capite nel 1996 erano praticamente sullo stesso livello. In 20 anni, il premio mensile dovuto nelle due città cantone è però cresciuto di oltre 100 franchi in

Poiché la percentuale degli assicurati nel modello standard conta ormai solo circa il 35%, bisognerebbe adattare la comunicazione ufficiale e orientarsi maggiormente al pagamento dei premi reale della popolazione.

Andamento dei premi mensili e tasso medio di crescita annuo ripartiti per cantoni (1996-2016)



più rispetto al Canton Vaud. Nei cantoni con i premi iniziali più bassi nel 1996, i tassi di crescita sono in media i più elevati nell'arco di vent'anni.

Nel lungo termine, i premi sembrano quindi allinearsi a livello cantonale.

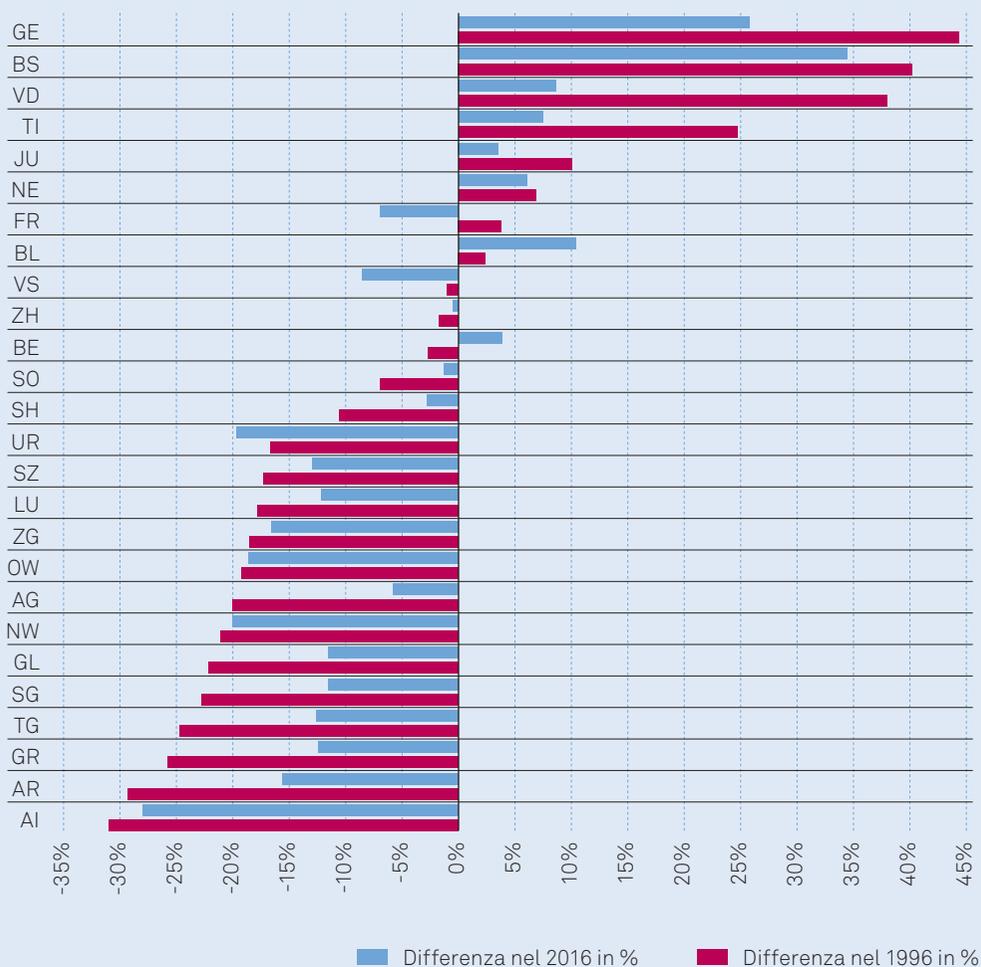
Differenze di premi a livello cantonale

Dal 1996 i premi nel cantone di Zurigo corrispondono all'incirca ai premi che verrebbero applicati in tutta la Svizzera qualora venisse riscosso un premio unico a livello nazionale. Nel Canton Appenzello Interno i premi dovuti annui pro capite dovrebbero aumentare di circa 900 franchi per poter finanziare il livello nazionale. È vero che corrisponde a un incremento di oltre 400 franchi dal 1996, ma se confrontato al livello dei premi di allora, questa necessità di adeguamento teorico è diminuita (vedi figura 11).

A titolo di esempio, il Canton Appenzello Interno è illustrato di seguito:

Premi dovuti per assicurato 1996:	1'064
Premi dovuti per assicurato 2016:	2'482
Differenza rispetto al premio medio nazionale 1996:	475
Differenza rispetto al premio medio nazionale 2016:	960
Differenza in percentuale 1996:	44,6 %
Differenza in percentuale 2016:	38,7 %

Differenze di premi cantonale rispetto al premio medio svizzero (1996 e 2016)



Le differenze rispetto al premio medio nazionale dal 1996 sono aumentate complessivamente, mentre sono diminuite dal punto di vista relativo.

I tassi medi di crescita dei premi annui dovuti nei cantoni confermano questa tendenza: il Canton Appenzello Interno ha registrato sia nel 1996 che nel 2016 il tasso di premi dovuti per assicurati più basso. Nei cantoni con i premi più elevati nel 1996 non solo i tassi di crescita rimangono relativamente bassi (CAGR: Compound aggregate growth rate), ma è diminuita anche la differenza percentuale con il premio del Canton Appenzello Interno. Per esempio il Canton Vaud registrava la crescita dei premi per assicurati più bassa a livello nazionale. Nel 1996 i premi erano il doppio rispetto al Canton Appenzello Interno. Nel 2016 i premi erano solo del 50% più elevati rispetto a quelli del Canton Appenzello Interno (vedi figura 12). Nei cantoni del nord-est della Svizzera, i tassi di crescita elevati hanno portato a un incremento della differenza percentuale con il Canton Appenzello Interno.

Nel lungo periodo, le differenze di premi a livello cantonale diventano limitate.

Tasso di crescita medio dei premi dovuti e differenza tra i tassi cantonali dovuti più bassi (per assicurato 1996 e 2016)



Premi ripartiti per età e sesso

Onere dei premi ripartiti per fasce di età

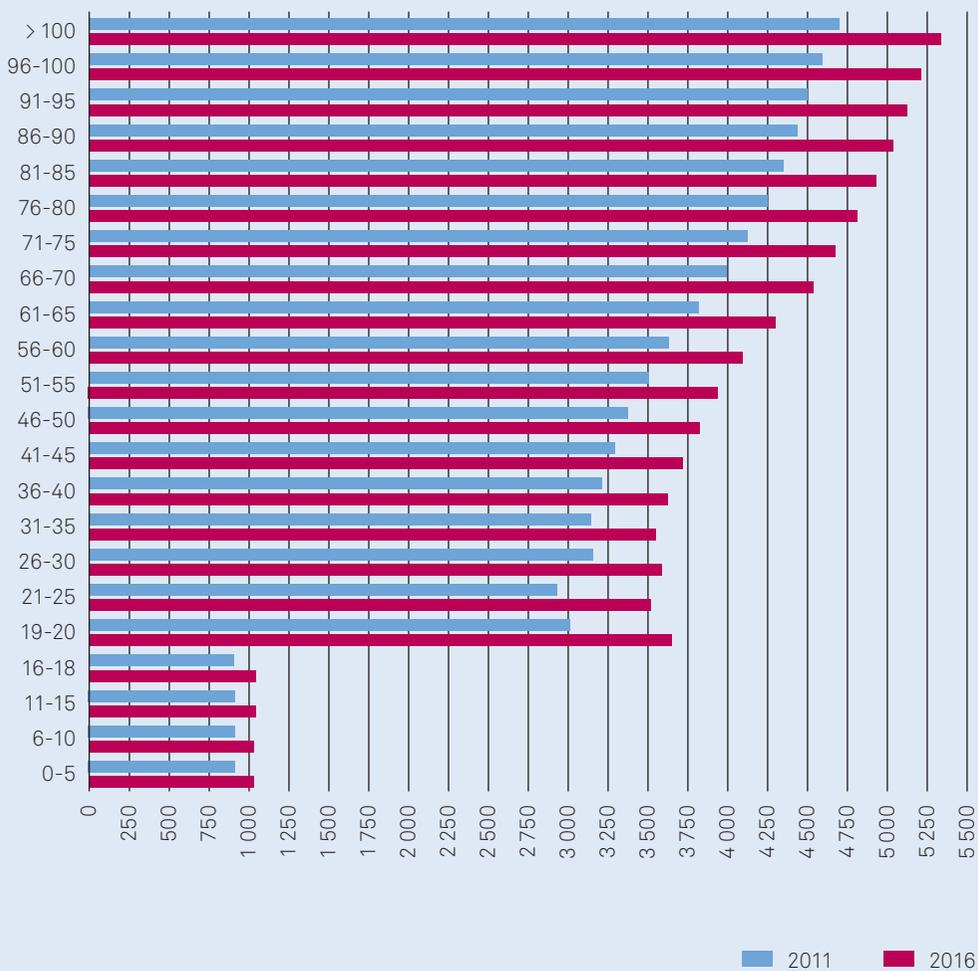
Per quanto riguarda gli adulti, gli assicuratori non possono suddividere i premi in base all'età o al sesso (premio unico). Questa regola si applica indistintamente per tutte le varianti di modello, per tutte le regioni di premio e per tutti gli assicuratori.

Mentre l'assicuratore e la variante di modello sono scelti liberamente in base alle preferenze degli assicurati, i premi possono variare, nonostante il principio del premio unico. Di fatto, le scelte degli assicurati hanno come conseguenza che gli assicurati più anziani in media pagano premi effettivi più elevati rispetto ai giovani adulti (vedi figura 13).

Nella fascia di età più anziana (con età superiore ai 100 anni), gli assicurati pagano in media premi più elevati di oltre il 50% rispetto alla fascia di età 26-30 anni. Invece la fascia di adulti più giovane paga circa il 30% in meno rispetto a quella più anziana. Tra il 2011 e il 2016 la differenza annua è passata da 1500 franchi a 1750 franchi.

Nonostante il principio del premio unico, per via della libera scelta della copertura assicurativa (assicuratore, modello e franchigia), il gruppo di assicurati più anziano paga in media premi più elevati di oltre il 50% rispetto alla fascia di età più giovane tra gli adulti.

Premi dovuti medi per fascia di età (2011 e 2016)



Partecipazioni ai premi e ai costi ripartiti per età

Uno dei motivi principali dei premi più elevati a carico della popolazione più anziana è che, a causa della tendenza ad avere uno stato di salute cagionevole, queste persone scelgono principalmente i modelli con franchigia ordinaria senza sconti particolari. Quando usufruiscono di una prestazione, oltre al premio viene sostenuto anche l'onere finanziario dovuto alla partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia). E quest'onere può essere relativamente elevato (vedi figura 14).

La differenza dell'onere finanziario tra le fasce di adulti più giovani e più anziane supera i 2500 franchi. Questo importo corrisponde a circa il 63% dei premi dovuti per la fascia di adulti più giovane. La fascia di adulti più giovane ottiene praticamente uno sconto del 38% circa rispetto ai premi dovuti da quella più anziana.

Le differenze del premio medio tra giovani e anziani equivalgono all'incirca allo sconto massimo sui premi autorizzato per legge nel modello standard.

Differenza tra premio realmente corrisposto e «vero premio unico»

Se, a prescindere dal modello scelto, si dovessero pagare premi reali equivalenti in tutti i gruppi di età, ci sarebbe inevitabilmente uno slittamento dei premi tra le fasce di età. Le fasce di età superiori risparmierebbero più di 1000 franchi di premi all'anno, mentre gli adulti fino ai 40 anni dovrebbero sborsare quasi 500 franchi in più.

Il potenziale di ottimizzazione per la scelta del modello è già ampiamente sfruttato.

Premi dovuti e premi dovuti più partecipazioni ai costi per fascia di età in franchi, 2016



Figura 14

■ Premi dovuti più partecipazione ai costi ■ Premi dovuti

Differenza tra premi dovuti reali e premio unico ripartiti per fasce di età, 2016



Figura 15

■ Differenza rispetto al premio unico

Senza la libertà di poter scegliere prodotti con sconto, i giovani subirebbero un addebito maggiore, mentre gli anziani risparmierebbero fino a 1300 franchi. Questo dimostra anche che, se si riducessero gli sconti per le franchigie più elevate – come ha proposto recentemente il Consiglio federale – i giovani pagherebbero premi più elevati, mentre le persone più anziane nel complesso pagherebbero premi più bassi. Per motivi di politica sociale, si sollecita sporadicamente anche la creazione di un'ulteriore fascia di premi per i giovani per alleggerirli a scapito delle persone più anziane. Non sappiamo se i promotori dell'iniziativa si ispirano alla consapevolezza della ripartizione attuale.

Premi dovuti ripartiti per sesso

In base alla libera scelta dell'assicuratore, del modello e della franchigia, esistono differenze di premi reali anche tra i sessi (vedi figura 16). Sin dalla tenera età – in questo caso vige un meccanismo di creazione dei premi diverso – le assicurate pagano premi più elevati rispetto agli uomini in tutte le fasce di età. A partire dal quarantesimo anno di età, questa differenza di onere diminuisce progressivamente.

Non è possibile dedurre, se nella scelta del modello, le donne siano meno propense ai rischi rispetto agli uomini. Probabilmente danno più importanza al rischio di una maggiore partecipazione ai costi. Forse hanno semplicemente una diversa consapevolezza del rischio o danno più importanza alla libertà di scelta. A ogni modo, le donne scelgono in media modelli con premi più elevati. Se considerassero l'importo dei premi allo stesso modo degli uomini nella scelta del modello, queste differenze non ci sarebbero.

Attualmente le persone più anziane pagano in media premi molto più elevati rispetto ai giovani. Grazie alle varianti assicurative, i giovani pagano fino a 1750 franchi all'anno in meno di premi dell'assicurazione malattia rispetto agli anziani.

Differenza media dell'onere dei premi tra uomini e donne ripartiti per fasce di età (in percentuale, 2016)

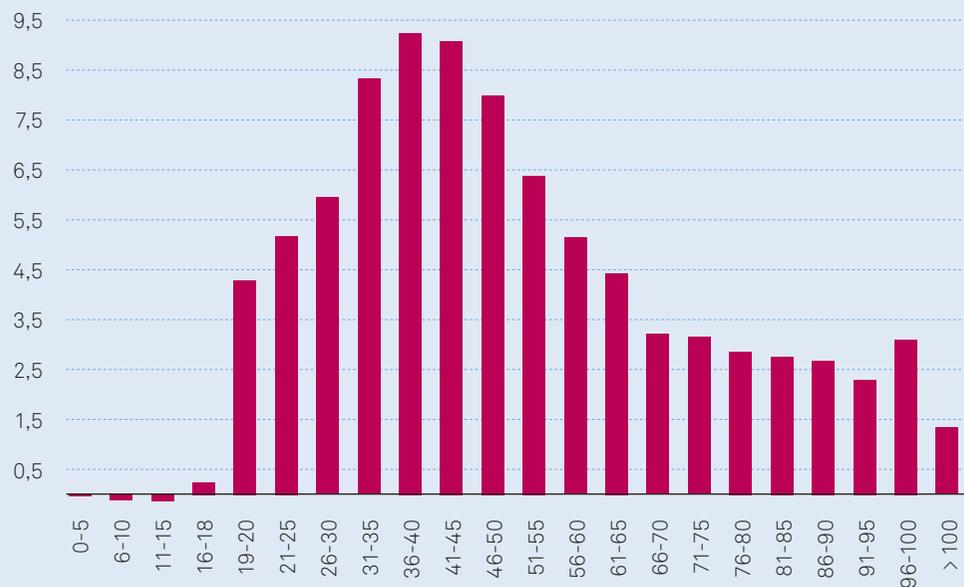


Figura 16

Per quanto riguarda la scelta del modello, le donne adottano criteri decisionali diversi rispetto agli uomini, di conseguenza pagano premi più elevati in tutte le fasce di età.

Partecipazione ai costi

Partecipazione ai costi in percentuale dei premi dovuti ripartiti per cantoni

La partecipazione ai costi degli assicurati è composta dall'aliquota percentuale (di solito il 10% fino a un massimo di 700 franchi all'anno - esclusi i prodotti EMap, le prestazioni in gravidanza e i medicinali con generico equivalente) e dalla franchigia scelta. La partecipazione ai costi è quindi limitata verso l'alto. La franchigia ordinaria ammonta a 300 franchi, quella massima a 2500 franchi. Nei modelli con franchigia ordinaria, la partecipazione ai costi massima ammonta quindi in realtà a 1000 franchi, nella franchigia più elevata a 3200 franchi.

Nella franchigia ordinaria, la partecipazione ai costi massima è ottenuta quando le spese di malattia raggiungono i 7300 franchi; i primi 300 franchi sono pagati con la franchigia ordinaria, per gli ulteriori 7000 franchi viene conteggiata un'aliquota percentuale del 10% fino a un massimo di 700 franchi. Per la franchigia massima si arriva alla partecipazione ai costi massima quando le spese di malattia raggiungono i 9500 franchi, 2500 franchi di franchigia e 7000 franchi con aliquota percentuale del 10% (fino a un massimo di 700 franchi).

Queste direttive mirano a contenere la domanda di prestazioni sanitarie da parte degli assicurati. Vengono applicate in modo uguale a livello nazionale. Invece i premi vengono stabiliti a livello regionale/cantonale

e non sono previsti limitati massimi. Di conseguenza la partecipazione ai costi regionale o cantonale misurata in base ai premi varia a secondo del cantone.

La figura 17 illustra chiaramente questo concetto: nei cantoni con premi più elevati (Ginevra e Basilea Città) la partecipazione ai costi, pari al 13% circa, è proporzionalmente limitata rispetto ai cantoni con i premi più bassi come Appenzello Interno o Glarona, dove si attesta tra il 16% e il 18%.

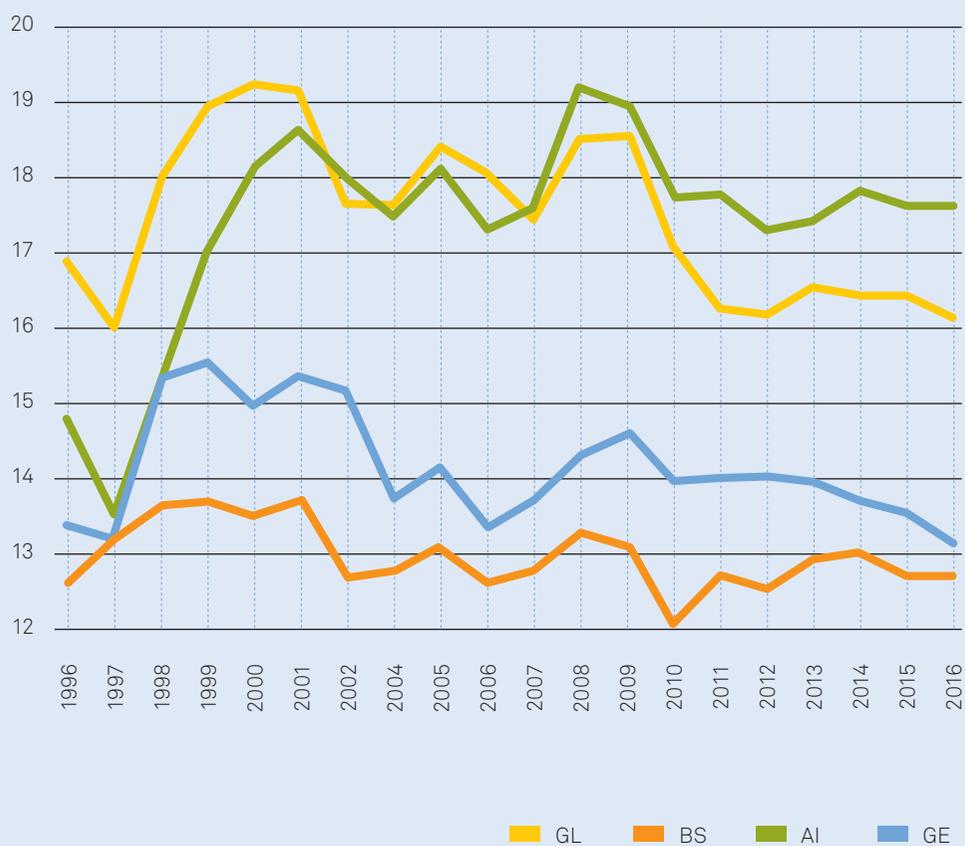
Le brusche variazioni della percentuale del 2010, che riguardano tutti i cantoni, sono da attribuire ai rispettivi adeguamenti delle regolamentazioni di sconto a livello federale.

Maggiore è il premio, minore è il peso della partecipazione ai costi.

L'effetto incentivante della partecipazione ai costi perde importanza con l'incremento dell'importo dei premi. A causa di questo rapporto, nonostante le regole nazionali siano identiche, gli effetti a livello cantonale risultano diversi.

Paradossalmente, le disposizioni legali hanno come conseguenza che nei cantoni con spese e premi elevati l'effetto degli incentivi per ridurre le spese della partecipazione ai costi è minore rispetto ai cantoni con spese e premi più bassi.

Andamento della partecipazione ai costi per persona in % dei premi dovuti ripartiti per cantoni selezionati (1996-2016)



Riduzione dei premi

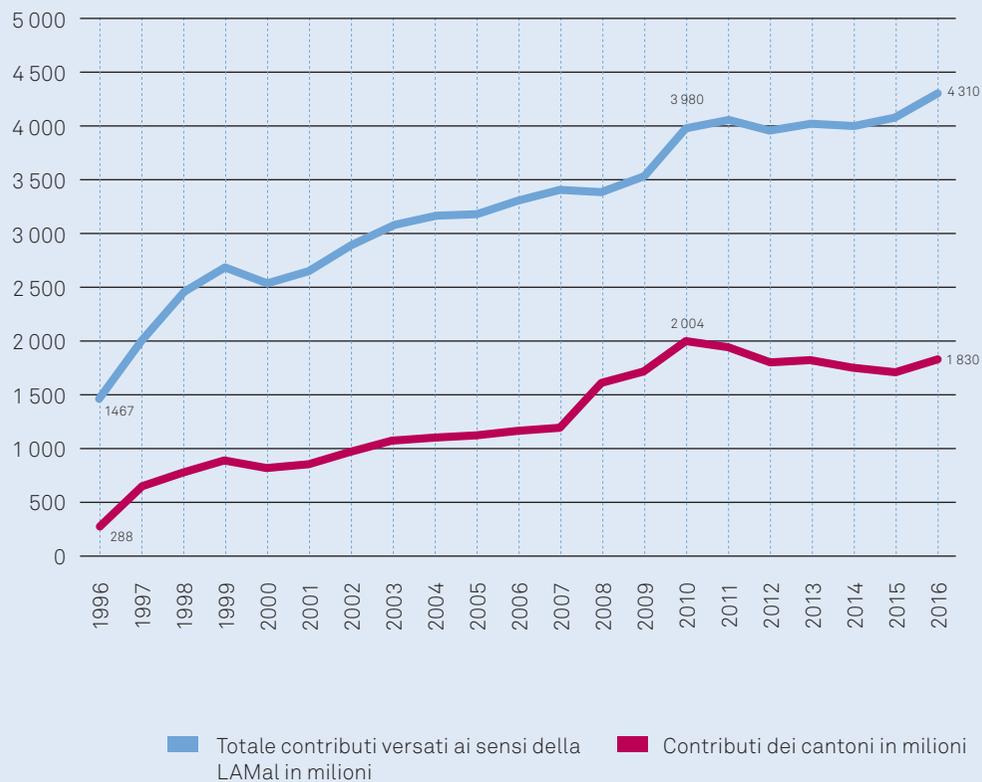
Importi delle riduzioni dei premi in Svizzera

Ai sensi dell'art. 65 LAMal i cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati che si trovano in condizione economica modesta. Queste riduzioni sono finanziate congiuntamente dalla Confederazione e dai cantoni. I cantoni gestiscono con ampia autonomia la riduzione dei premi per la loro popolazione. Pertanto le condizioni per l'ottenimento, l'importo e la modalità del pagamento della riduzione del premio sono molto diverse in base al cantone.

L'analisi statistica della riduzione dei premi mostra quanto segue: i contributi versati dal 1996 al 2010 erano in costante aumento. Tra il 2010 e il 2015 erano in stagnazione, la quota del finanziamento cantonale è diminuita in questo periodo. Nel 2010 si attestava intorno al 50%, nel 2016 era solo al 42% (vedi figura 18). Negli ultimi anni, i cantoni hanno ridotto costantemente la percentuale dei contributi per la riduzione dei premi.

Se si confronta l'andamento degli importi di riduzione dei premi indicizzato con l'andamento dei premi dovuti complessivi dal 1996, risulta che il premio dovuto presenta un minore incremento. Non è chiaro se sia dovuto a un andamento positivo delle condizioni economiche degli assicurati o se la definizione di condizione economica modesta è stata a sua volta adeguata nell'ambito delle considerazioni di bilancio.

Andamento dei contributi per la riduzione dei premi (in milioni di franchi, 1996-2016)

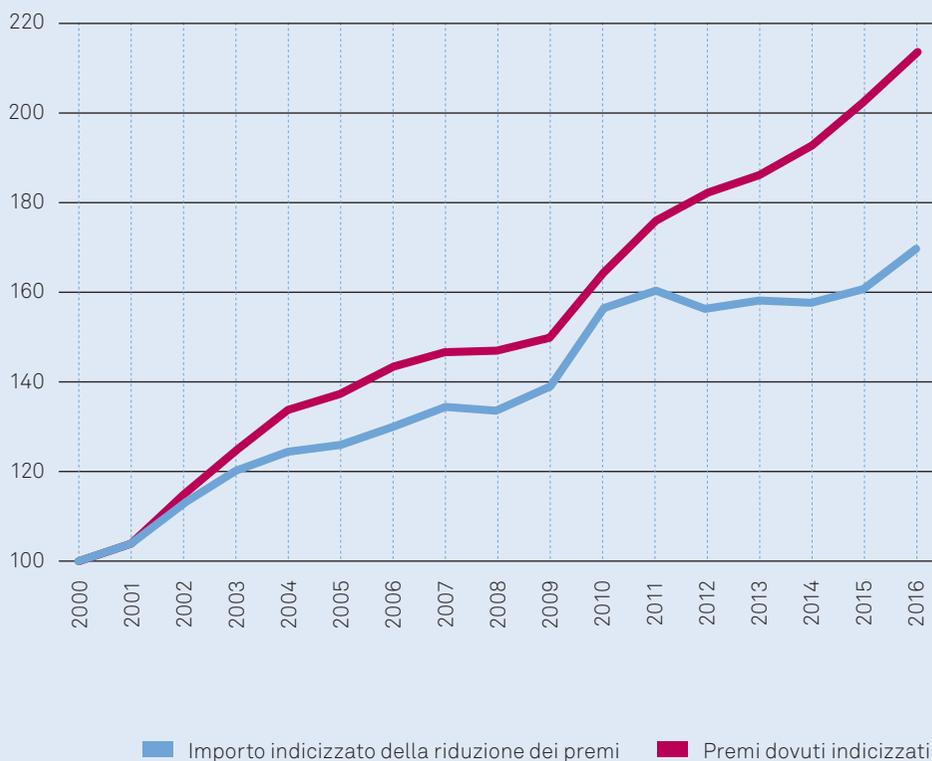


A ogni modo, dal 2000, il volume della riduzione si è ridotto di un quarto, passando da poco meno del 20% del totale dei premi dovuti al 15% nel 2015 (vedi figura 19).

Negli ultimi quindici anni, i cantoni hanno versato in media il 25% in meno di contributi di assistenza rispetto ai premi. Quindi il pagatore dei premi sostiene in misura sempre maggiore l'onere dei premi in rialzo.

Secondo la valutazione dei cantoni, l'andamento dei premi e l'andamento delle persone in condizioni economiche modeste dal 2000 hanno consentito di gestire un decremento del volume di riduzione totale sui premi dal 20% al 15%.

Andamento dei premi dovuti e riduzione dei premi, indicizzato, 2000-2016



Struttura dei beneficiari

Lo stesso andamento si riflette sulla quota dei beneficiari di riduzione dei premi che è in calo dal 2000. È passata dal 32% al 27%. Inoltre il volume della riduzione è diminuito di un quarto, passando da meno poco del 20% del totale dei premi dovuti al 15% nel 2016 (vedi figura 20).

Nello stesso periodo, il numero dei beneficiari di riduzione dei premi per economia domestica è passato da 2,18 a 1,66. Anche questo dato mostra un decremento di circa un quarto. A quanto pare, la necessità di assistenza stabilita secondo le regole di riduzione dei premi si è spostata verso un'economia domestica più piccola.

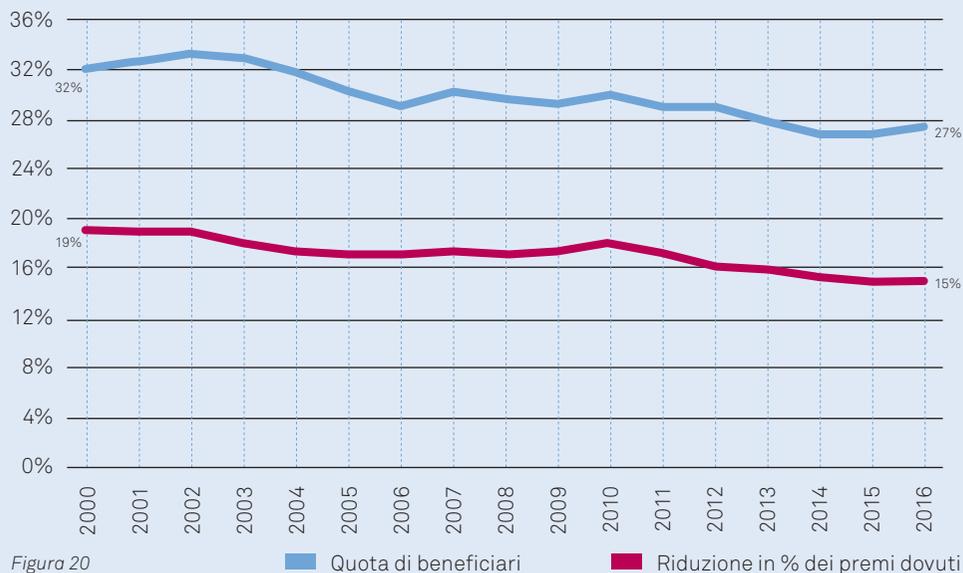
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
2,18	1,98	1,90	1,90	1,88	1,87	1,89	1,89	1,90	1,86	1,84	1,85	1,86	1,83	1,82	1,78	1,66

Nel 2016, secondo la statistica Economie domestiche secondo le unità geografiche istituzionali e la taglia dell'economia domestica, il numero di economie domestiche di una persona in Svizzera ammontava a 1 300 000. Tra queste, secondo la statistica dell'assicurazione malattie, 875 000 economie domestiche di una persona usufruivano di una riduzione (vedi figura 21). A livello nazionale, nel 2016, due terzi delle economie domestiche di una persona usufruivano di una riduzione dei premi. La quota delle economie domestiche beneficiarie di più persone a confronto era di gran lunga inferiore.

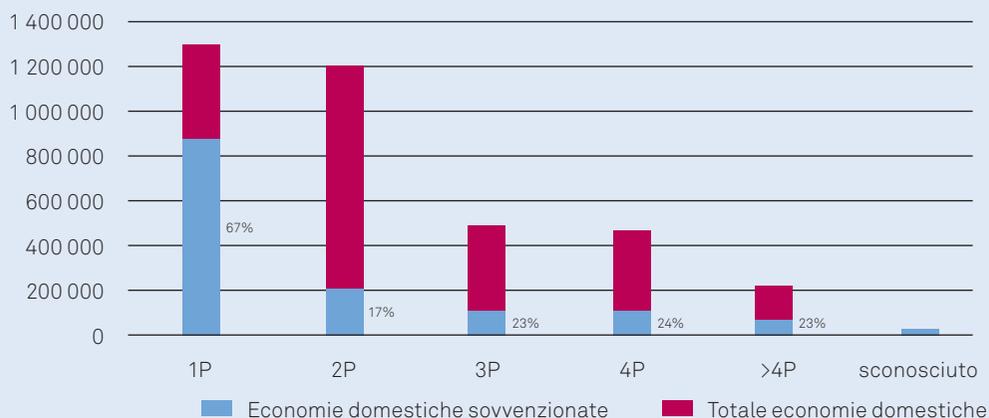
La quota di economie domestiche di una persona che usufruiscono di una riduzione dei premi è tre volte più elevata rispetto alla quota di economie domestiche di più persone che usufruiscono di una riduzione dei premi.

Le riduzioni dei premi come conseguenza per la condizione economica modesta sono tre volte più frequenti nelle economie domestiche di una persona rispetto alle economie domestiche di più persone.

Andamento della quota di beneficiari e della quota della riduzione dei premi in percentuale dei premi dovuti, 2000-2016



Numero delle economie domestiche sovvenzionate ripartite per dimensioni delle economie domestiche, 2016



Differenze cantonali

A livello nazionale la quota di economie domestiche sovvenzionate è leggermente diminuita tra il 2000 e il 2016. La dispersione tra cantoni è diminuita, tuttavia a livello cantonale si possono osservare notevoli differenze (vedi figura 22):

1. Nel 2000 sei cantoni hanno sovvenzionato più della metà delle economie domestiche. Nei tre cantoni Argovia, Soletta e Vaud questa quota risultava invece inferiore al 30%.
2. Nel 2016 nessun cantone ha sovvenzionato più del numero preponderante di economie domestiche. La percentuale maggiore spetta al Canton Zurigo con il 48%. Le capolista del 2000 hanno ridotto drasticamente la loro percentuale. I tre cantoni che prima si trovavano in fondo alla classifica hanno incrementato la quota fino al 12%. La quota più bassa di economie domestiche sovvenzionate è nel Canton Glarona con il 27%.

Le differenze cantonali si vedono anche nell'importo dei sussidi e nella quota di beneficiari (vedi figura 23). Il Canton Zurigo presenta la quota di beneficiari maggiore, con una riduzione degli importi per beneficiario di circa 1600 franchi. Basilea Città versa l'importo più elevato per

Nelle figure 23-25 il Canton Berna non è incluso. Dal 2012, nel Canton Berna il contributo complessivo al premio della casse malati dei beneficiari di prestazioni complementari e dei beneficiari dell'aiuto sociale non è più considerato come riduzione dei premi. Pertanto, non è possibile effettuare un confronto con altri cantoni.

Quota delle economie domestiche sovvenzionate ripartite per cantoni, confronto dal 2000 al 2016

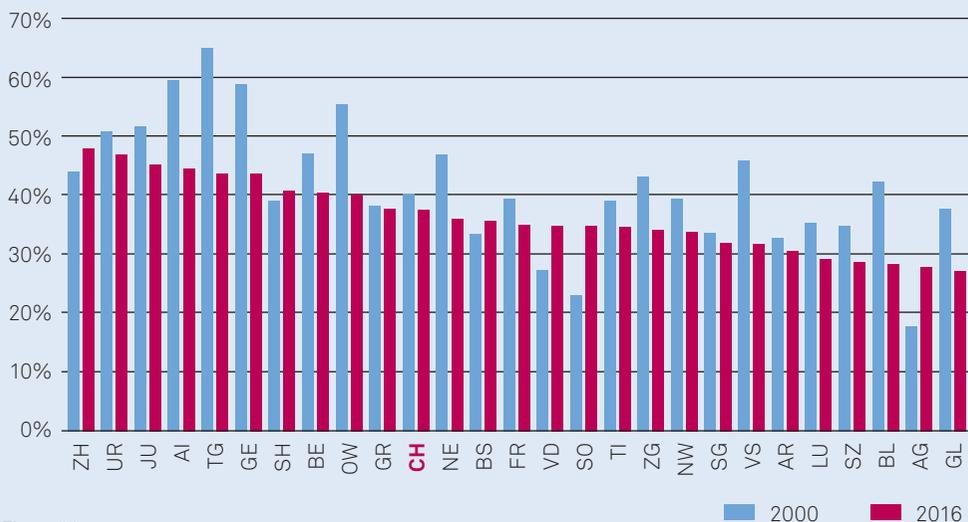


Figura 22

Quota di beneficiari e riduzione degli importi per beneficiario, 2016

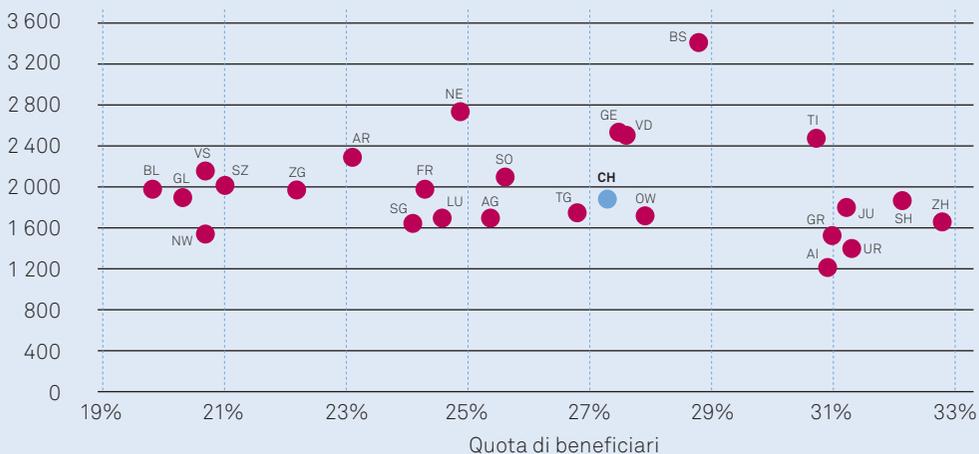


Figura 23

beneficiario. Il Canton Basilea Campagna presenta la quota di beneficiari minore con importi medi. I valori sono molto distorti. Pertanto, in realtà, bisogna utilizzare la mediana come misura statistica. Tuttavia dai dati della statistica dell'assicurazione malattie si può ricavare solo la media aritmetica.

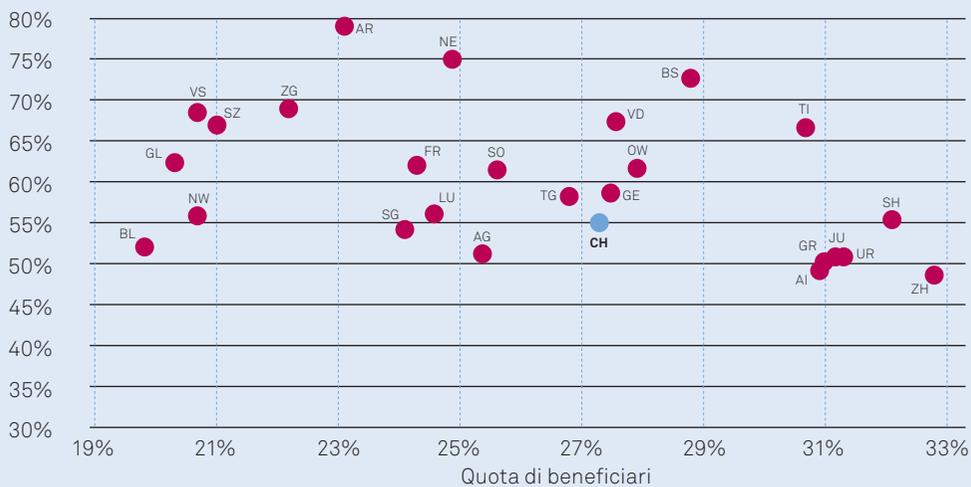
La quota dei premi dovuti che possono essere coperti con la riduzione dei premi – quindi quanto possa essere forte l'assistenza individuale – dipende tuttavia dall'importo dei premi cantonali. Di conseguenza è utile confrontare anche il grado di copertura della riduzione dei premi (vedi figura 24).

Ovviamente la modalità di assistenza nei cantoni è molto diversa. Mentre nei cantoni come Zurigo, Appenzello Interno e Uri si preferisce sostenere un numero relativamente elevato di assicurati ma con quote ridotte rispetto ai premi dovuti, nei cantoni Neuchâtel, Vallese e Appenzello Esterno invece si fa l'esatto contrario. La percentuale di copertura dei premi più elevata spetta al Canton Appenzello Esterno.

Semplificando, la politica di riduzione dei premi è caratterizzata da due variabili, la «quota di beneficiari» e il «grado di copertura dei premi della riduzione» e permette di fare un buon paragone a livello cantonale. A questo scopo viene determinato un numero indice dividendo la percentuale del grado di copertura dei premi della riduzione per la quota di beneficiari.

La Confederazione stabilisce che i cantoni accordano una riduzione dei premi alle persone con condizioni economiche modeste. Spetta ai cantoni determinare la cerchia di beneficiari e l'entità dell'assistenza individuale. Le strategie di assistenza dei cantoni sono molto diverse.

Grado di copertura della riduzione dei premi e quota di beneficiari, 2016

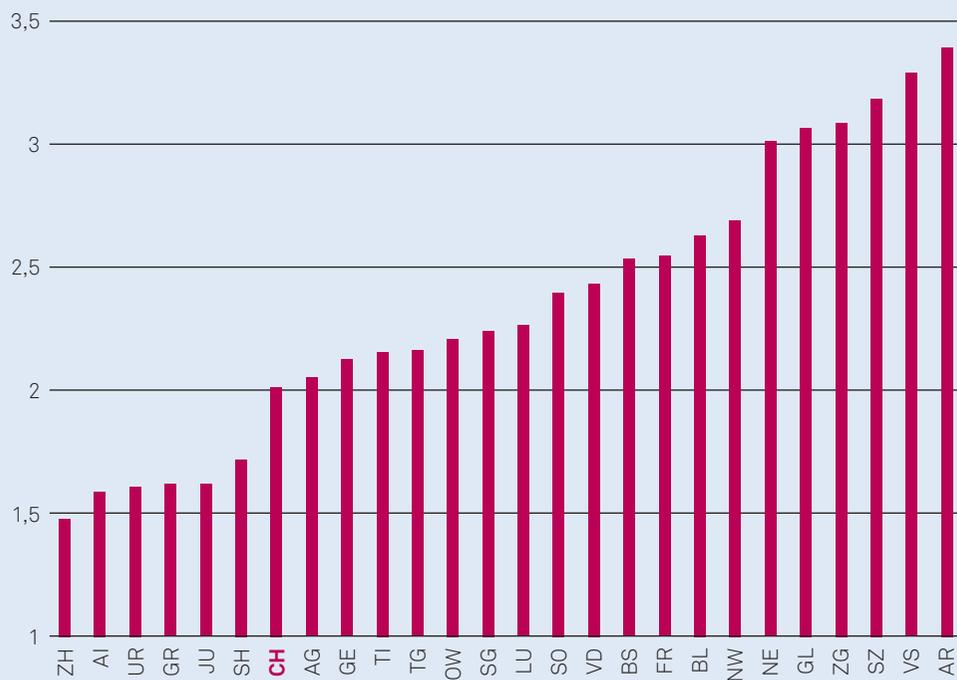


Con un grado di copertura elevato e una quota di beneficiari bassa, l'indice assume valori elevati. In effetti sono relativamente poche le persone che usufruiscono di una riduzione dei premi, ma lo sgravio individuale sulla fattura dei premi è relativamente cospicuo. Invece, con un grado di copertura basso e una quota di beneficiari elevata, l'indice assume valori bassi: un numero di persone relativamente elevato usufruisce di una riduzione dei premi ma viene compensata una parte relativamente bassa dell'onere dei premi per beneficiario. Una politica simile ha quindi un'efficacia individuale molto ridotta.

L'indice può essere definito anche come indice dell'innaffiatoio. Indica infatti quali cantoni hanno tendenza ad accordare riduzioni dei premi molto mirati e quali tendono invece a una distribuzione più generalizzata e quindi con una minore assistenza individuale.

Quindi, nel confronto a livello cantonale, il Canton Zurigo risulta più propenso a una politica dell'innaffiatoio. È vero che molte persone usufruiscono di una riduzione, tuttavia la parte di premio che possono coprire è relativamente bassa. I cantoni Appenzello Esterno e Vallese accordano le riduzioni dei premi più mirate (vedi figura 25).

Indice dell'innaffiatoio della riduzione dei premi, 2016



Riduzione dei premi ripartiti per fasce di età

Così come per i premi dovuti per assicurato, aumenta con l'età anche la riduzione degli importi per beneficiario. La percentuale più elevata di sgravio spetta ai bambini. Dopo la detrazione, i detentori dell'autorità parentale versano ancora il 30% dei premi dovuti dai loro figli (vedi figura 26). La percentuale di sgravio più bassa nella media nazionale spetta ai beneficiari appartenenti alla fascia di età tra i 26 e i 50 anni. Dopo la riduzione dei premi pagano solo circa il 46% del premio. Per le fasce di età più anziane diminuisce fino al 33% dei premi dovuti.

Se si rappresentano le quote di beneficiari ripartiti per fasce di età, si osserva che le fasce di età più anziane e più giovani presentano quote più elevate. Questo dato riguarda generazioni con una percentuale relativamente elevata di persone senza attività lucrativa. Di conseguenza, nel 2016 le quote di beneficiari dei minori e dei giovani nonché della popolazione più anziana in media erano le più elevate (vedi figura 27).

Confrontando le condizioni del 2006 con Fonte del 2016, si osserva che le quote di beneficiari appartenenti alle fasce di età fino ai 45 anni sono diminuite, mentre le quote di beneficiari a partire dalla fascia di età di 46 anni fino a quella di 71-75 anni sono aumentate.

La quota di assistenza delle economie domestiche di più persone in età lavorativa è di gran lunga inferiore rispetto a quella delle economie domestiche di una persona di giovani e anziani. Negli ultimi dieci anni, il rapporto tra beneficiari di riduzione dei premi giovani e anziani si è spostato a favore delle fasce di età più anziane. Contemporaneamente i premi degli assicurati più anziani sono considerevolmente aumentati rispetto a quelli dei giovani.

Riduzione dei premi e premi dovuti ripartiti per fasce di età, 2016

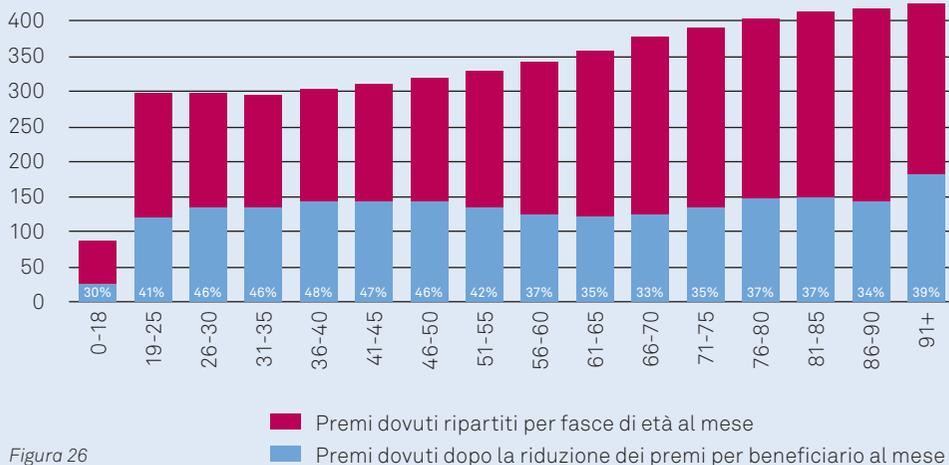


Figura 26

Quote di beneficiari ripartite per fasce di età (2006 e 2016)

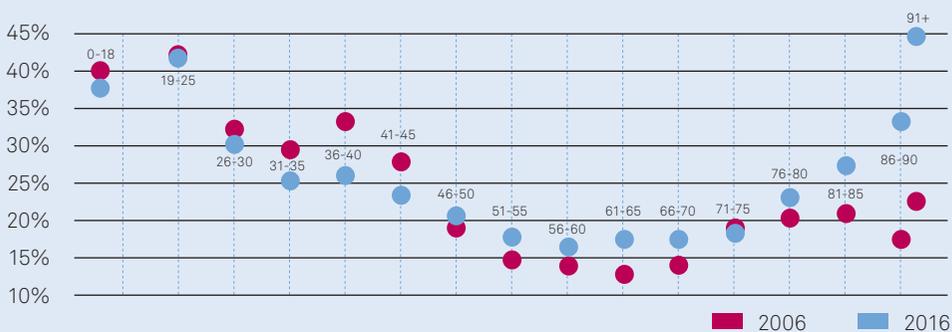


Figura 27

Nel corso del tempo, i cantoni individuano una necessità di assistenza più elevata nelle persone anziane rispetto allo strato della popolazione delle persone con attività lucrativa e dei giovani.

Riduzione dei premi e assicurazione integrativa

Sulla base dei dati degli assicurati di Helsana, si può osservare in che modo si assicurano i beneficiari di riduzione dei premi e le persone che non godono di assistenza. È stato possibile ricorrere ai dati di 1,16 milioni di assicurati. Il 27,3% usufruisce di una riduzione dei premi. La ripartizione tra i sessi nei dati raccolti è leggermente a favore delle donne.

Sebbene la percentuale dei beneficiari di riduzione dei premi con la franchigia più elevata sia solo la metà rispetto ai non beneficiari, il premio lordo dell'AOMS in media rimane solo leggermente inferiore. Una netta maggioranza di beneficiari (il 67,6%) ha almeno una copertura assicurativa integrativa e paga in media 55 franchi al mese di premi per le assicurazioni integrative. I non beneficiari spendono invece il doppio per le assicurazioni integrative. Questo si spiega con il fatto che la quota dei beneficiari di riduzione dei premi con un'assicurazione semiprivata o privata è inferiore di oltre il 50% e che queste assicurazioni sono più costose rispetto alle assicurazioni integrative ambulatoriali.

I beneficiari di riduzione dei premi spendono in media meno denaro per l'assicurazione di base. Si concedono più di rado un'assicurazione integrativa e spendono in media anche di meno.

Premi mensili	Non beneficiari	Beneficiari di riduzione
Premio dell'AOMS lordo medio	314,50	295,90
Percentuale con almeno un'assicurazione integrativa	75%	68%
Percentuale con assicurazione semiprivata o privata	24%	11%
Premi dell'assicurazione integrativa al mese in franchi	108	54
Percentuale di assicurati con franchigia ordinaria	42%	46%
Percentuale di assicurati con franchigia di 2500 franchi	16,7%	8,9%

Premi arretrati: Basi legali

Quando l'assicurato non paga la fattura, l'assicuratore lo informa sugli arretrati. Se non riceve nessun pagamento, è emesso un avvertimento di esecuzione. A discrezione dell'assicuratore, può essere inviato un ulteriore sollecito prima dell'avvertimento di esecuzione. Decorso il termine di sollecito, viene avviata l'esecuzione. In base all'assicuratore, possono essere raggruppate più voci in un'esecuzione per motivi di costo. Viene avviata un'esecuzione con una domanda d'esecuzione e l'ufficio d'esecuzione emette un precetto esecutivo. Ogni precetto esecutivo corrisponde a un atto esecutivo. Se l'assicuratore non raggruppasse i crediti, un debitore che non paga i premi sarebbe soggetto a esecuzioni almeno dodici volte all'anno.

Quando per i premi in sospeso e le partecipazioni ai costi viene presentato un attestato di carenza di beni, ai sensi dell'art. 64a cpv. 4 LAMal, i cantoni partecipano con l'85% delle perdite dell'assicuratore malattia. Non si tratta però di una riduzione del debito per gli assicurati. L'assicuratore usufruisce di questa partecipazione cantonale come indennizzo al fatto che non può escludere nessun assicurato dall'assicurazione di base. Dal punto di vista legale, un assicuratore è sempre tenuto a fornire prestazioni, anche quando l'assicurato non ha pagato le fatture. Se gli arretrati vengono saldati in ritardo, l'assicuratore deve rimborsare il 50% dell'importo al cantone. In un cantone con una «lista di pagatori dei premi morosi», l'assicuratore deve assumersi il costo complessivo e retroattivo di tutte le prestazioni in seguito al pagamento degli arretrati.

Fino alla fine del 2011, gli assicuratori dovevano sospendere le prestazioni dopo l'avvio della domanda di proseguire l'esecuzione. Dal 1° gennaio 2012 è entrata in vigore una nuova legge: i cantoni hanno la possibilità di inserire in una lista nera gli assicurati che non assolvono il loro obbligo di pagamento per la partecipazione ai premi e ai costi. Quindi, per queste persone, l'assicuratore deve rimborsare solo i trattamenti d'urgenza. Nel campo di applicazione della LAMal non c'è una definizione univoca di urgenza, per cui esistono una moltitudine di norme coesistenti. Per tutti gli altri trattamenti, l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore è momentaneamente sospeso. Se successivamente l'assicurato paga gli arretrati, l'assicuratore deve di nuovo rimborsare i trattamenti, anche se l'obbligo alle prestazioni era sospeso in quel momento. Nonostante la sospensione delle prestazioni, l'assicuratore è sempre soggetto al rischio tecnico-assicurativo.

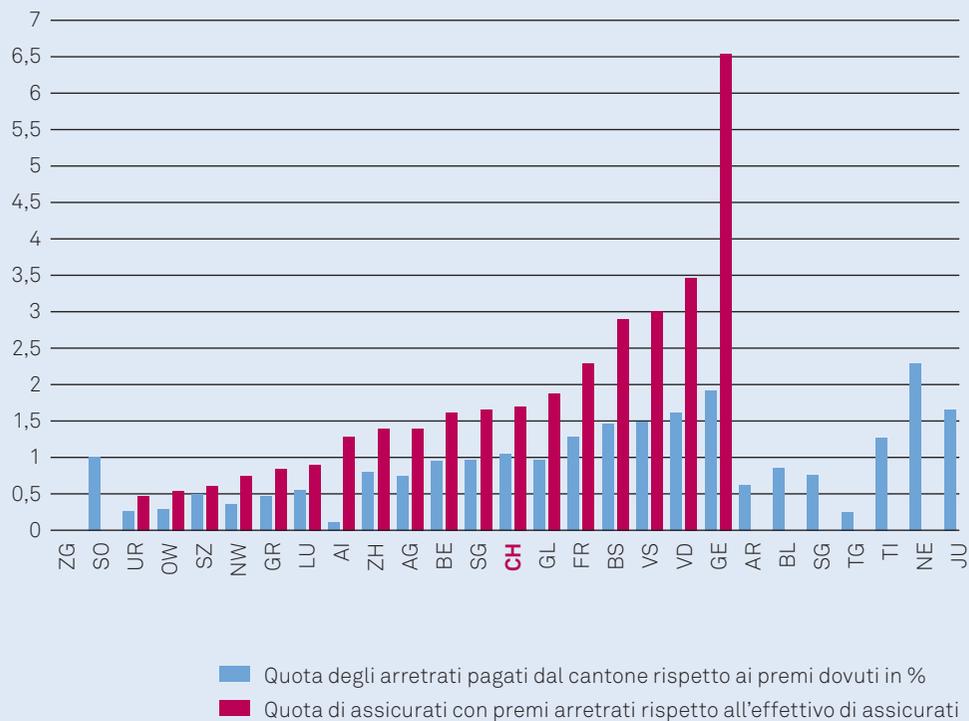
Inadempienze nei pagamenti

Nel 2016, la quota di assicurati con premi arretrati per i quali i cantoni hanno preso parte all'attestato di carenza di beni ammontava a livello nazionale all'1,7% circa. Per i cantoni questo ha rappresentato una spesa dell'1,1% del totale dei premi dovuti in Svizzera. Purtroppo i dati corrispondenti non sono disponibili in tutti i cantoni, pertanto, il quadro non è completo.

Le differenze cantonali sono notevoli (vedi figura 28). Mentre in Uri e Obvaldo sono appena lo 0,5% gli assicurati che hanno fatto assumere il pagamento degli arretrati ai cantoni, a Ginevra erano il 6,5%. Nel complesso, il confronto a livello cantonale mostra un divario est-ovest ancora più marcato.

Le misure adottate nei confronti degli assicurati per il mancato pagamento dei premi sono documentate singolarmente (richiamo di pagamento, primo sollecito (facoltativo), avvertimento di esecuzione, domanda d'esecuzione, ecc.). Con queste informazioni, sulla base del pagamento del collettivo Helsana, può essere definito un indice di morale di pagamento. L'indice prende in considerazione un insieme cospicuo di persone con richiami di pagamento, solleciti, ultimi solleciti, esecuzioni e attestati di carenza di beni. L'indice di morale di pagamento permette quindi un confronto a livello cantonale della morale di pagamento della popolazione. Nell'indice, la percentuale di esecuzioni era del 4,9% nel 2016, mentre l'indice dei pagatori dei premi morosi prende in considerazione anche gli assicurati con diversi solleciti.

Premi arretrati ripartiti per cantoni, 2016



Il seguente grafico mostra la percentuale dei pagatori morosi come appena definita. La percentuale di persone che non assolvono all'obbligo di pagamento in modo costante (escluso il sollecito) corrisponde, secondo Helsana, al 9,3% circa degli assicurati. Nel confronto a livello cantonale, l'indice mostra quanto segue:

Le quote così definite di pagatori morosi di premi e partecipazioni ai costi sono molto diverse a livello cantonale. Questi dati confermano il netto divario est-ovest. Per esempio, nel Canton Neuchâtel la percentuale supera di oltre il quintuplo quella del Canton Appenzello Interno.

Nella Svizzera romanda la morale di pagamento dei premi dell'assicurazione malattia è nettamente peggiore rispetto a quella riscontrata nella Svizzera tedesca e in Ticino.

Percentuale di pagatori dei premi morosi ripartiti per cantoni, 2016

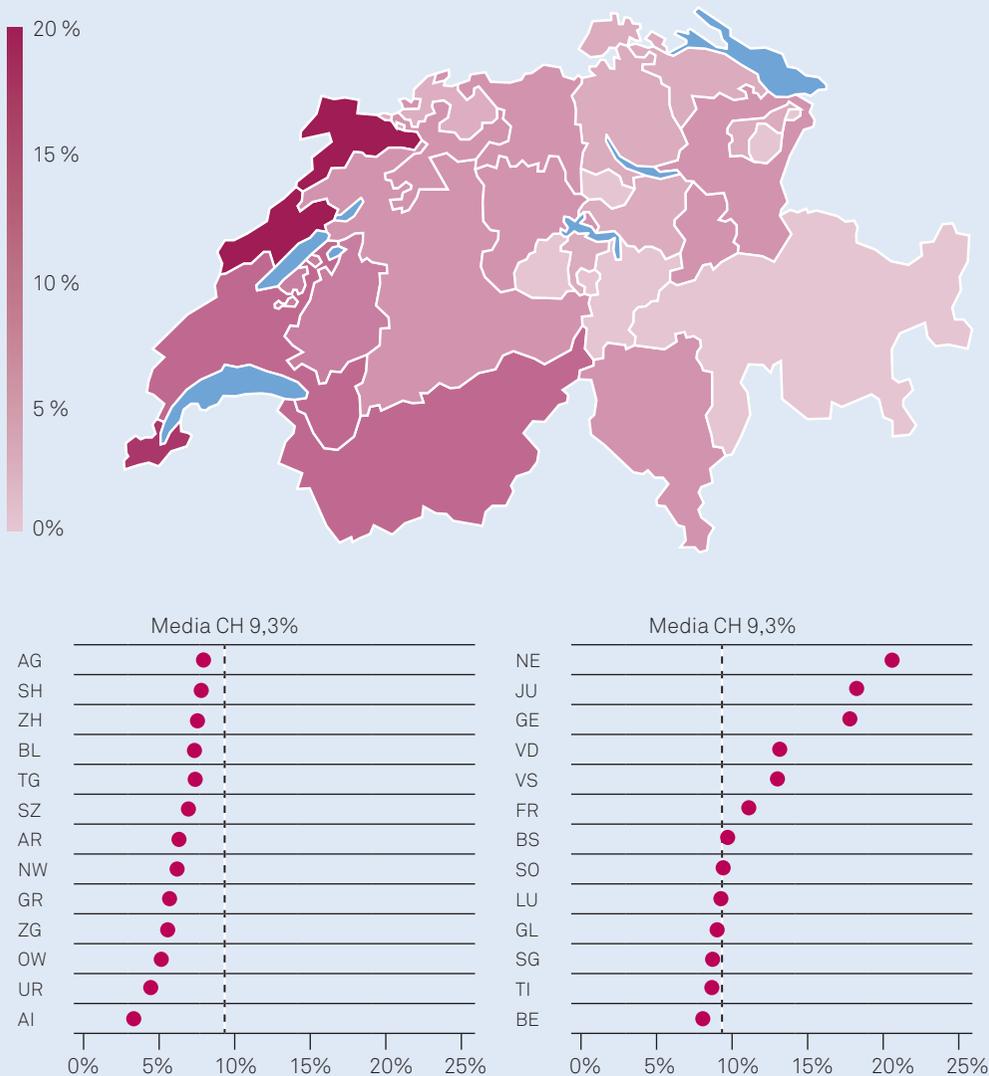


Figura 29

Esecuzioni

L'andamento della percentuale degli assicurati soggetti a esecuzione dal 2005 oscilla tra il 4,4% e il 5,6% all'anno (vedi figura 30). Dal 2012 la percentuale è diminuita e nel 2016 si attestava intorno al 4,9%.

Fino alla fine del 2011, gli assicuratori dovevano sospendere le prestazioni dopo la domanda di proseguire l'esecuzione. Dal 2012 la decisione spetta ai cantoni, ma non prima dell'avvio dell'esecuzione. Nel 2011, la percentuale di assicurati con prestazioni sospese era ancora di quasi il 2%. Con l'introduzione della nuova legge del 1.1.2012 (liste cantonali), la percentuale degli assicurati con prestazioni sospese è scesa al di sotto dello 0,5%. Questo soprattutto perché non tutti i cantoni esercitano il diritto di utilizzare una simile lista.

Del 2005 è diminuito anche l'importo per esecuzione in percentuale ai premi dovuti. Nel 2005 era ancora al 67% in valore assoluto, nel 2016 era del 60% (vedi figura 31). In questo caso però va notato che gli assicuratori raggruppano invece gli arretrati per esecuzione.

Ci si chiede se la morale di pagamento degli assicurati e il pagamento delle esecuzioni nel settore dell'assicurazione malattia siano sostanzialmente diversi rispetto agli altri settori.

Quota degli assicurati soggetti a esecuzione e percentuale degli assicurati con prestazioni sospese (2005-2016)



Figura 30

Importi dell'esecuzione in % dei premi dovuti e quota degli assicurati soggetti a esecuzione (2005-2016)



Figura 31

Uno sguardo alla percentuale della popolazione con almeno un'esecuzione (vedi figura 32) indica che le esecuzioni a causa del mancato pagamento dei premi non sono diffuse quanto le esecuzioni nel rimanente settore di servizi in Svizzera. Il divario est-ovest è confermato.

Il confronto tra l'andamento del numero e degli assicurati soggetti a esecuzione nell'AOMS dal 2005 al 2016 e l'andamento del numero complessivo di precetti esecutivi (ogni esecuzione inizia con un precetto esecutivo) in Svizzera – nel 2005 erano intorno ai 2 500 000 – mostra un quadro completamente diverso (Fonte: Ufficio federale di statistica, Statistica delle esecuzioni e dei fallimenti).

Questi ultimi sono aumentati di oltre il 100%. Nello stesso periodo, il numero degli assicurati dell'AOMS con esecuzioni è aumentato di appena il 10% circa rispetto al 2005 (vedi figura 33).

Per quanto le persone non abbiano le risorse per pagare le fatture o non vogliano metterle a disposizione, negli ultimi anni esse hanno rinunciato in misura nettamente inferiore al pagamento dei premi dell'AOMS rispetto al regolamento delle altre fatture. Può anche accadere che per esempio l'ufficio d'assistenza sociale intervenga per il pagamento dei premi dell'AOMS. Inoltre, il premio – ammesso che venga pagato – viene preso in considerazione nel minimo vitale ai sensi del diritto in materia di esecuzione e fallimento. Questo elemento è rilevante per esempio per il pignoramento di salario nel procedimento d'esecuzione.

Le percentuali dei pagatori morosi e delle esecuzioni a causa del mancato pagamento dei premi non risultano più elevate rispetto agli altri settori. La morale di pagamento nel settore dell'assicurazione di base è molto migliorata negli ultimi anni rispetto agli altri settori economici.

Quota della popolazione con almeno un'esecuzione in Svizzera, in percentuale, 2013



Figura 32

Andamento delle esecuzioni dell'AOMS e dei precetti esecutivi in tutti i settori, indicizzato (2005-2016)

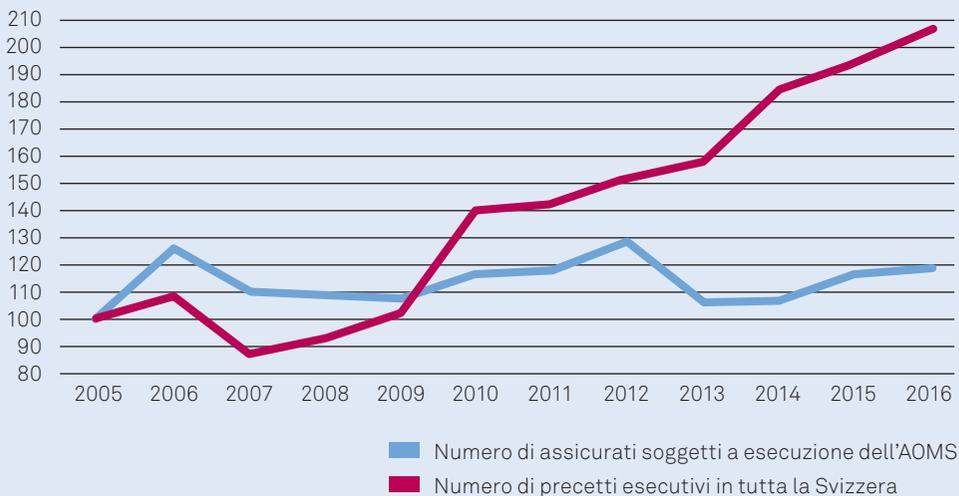


Figura 33

Premi in proporzione al patrimonio e al reddito

Cosa mostra l'andamento dei premi e della riduzione dei premi alla luce del reddito e del patrimonio?

La tabella 2 mostra che il reddito medio pro capite, dal 1997 al 2014, è aumentato di 18 780 franchi e il patrimonio medio delle persone fisiche è salito di 143 432 franchi. Inoltre i premi dovuti sono aumentati di 1509 franchi e la riduzione dei premi media per assicuratore ha avuto un incremento di 226 franchi. La percentuale dei contribuenti senza patrimonio è diminuita di un quinto, passando dal 31% al 25%.

Poiché si tratta in questo caso di valori medi, queste informazioni non consentono di fare nessuna affermazione sull'onere individuale dei premi. L'indagine sul budget delle economie domestiche potrebbe fornire delle indicazioni in quanto è suddivisa per fasce di reddito. I dati mostrano quanto segue:

La fascia di reddito più bassa è quella su cui i premi gravano di più in percentuale. La percentuale di premi è passata dall'11,6% con 48 franchi tra il 2006 e il 2008 al 12% tra il 2012 e il 2014. Contemporaneamente il reddito in questi quintili è aumentato di 298 franchi e le imposte di 13 franchi. La percentuale di premi del budget delle economie domestiche è quindi leggermente aumentata nel quintile di reddito più basso dal 2006. Tuttavia è aumentato anche il budget medio delle economie domestiche. Dato che non c'è nessuna informazione riguardo alla ripartizione tra queste fasce di reddito, anche con questa statistica non può essere fatta nessuna affermazione sui cambiamenti nei soggetti presi in esame.

Premi, riduzione dei premi, reddito e patrimonio (1997 e 2014)

	Reddito medio pro capite in CHF	Patrimonio medio delle persone fisiche per contribuente in CHF	Percentuale dei contribuenti senza patrimonio in %	Premio dovuto medio per assicurato in CHF	Riduzione dei premi media per assicurato in CHF
1997	58 965	193 803	30,9	1 644	276
2014	77 745	337 235	24,8	3 172	502
Crescita assoluta	18 780	143 432	-6	1 509	226
Crescita relativa	32	74	-20	91	82

Tabella 2

Indagine sul budget delle economie domestiche ripartiti per quintili di reddito (2006-2014)

Le classi si basano sui quintili di ripartizione dei redditi					
2012-2014					
Insieme delle economie domestiche ripartite per classe di reddito	Sotto i	5 021-7 336	7 337-9 987	9 979-13 687	>13 688
Reddito lordo	3 542	6 173	8 628	11 663	20 302
Imposte	382	640	829	1 177	2 890
Assicurazione malattia di base	424	494	565	606	687
% dell'assicurazione di base	12,0	8,0	6,6	5,2	3,4
2009-2011					
Insieme delle economie domestiche ripartite per classe di reddito	Sotto i	4 880-7 173	7 174-9 703	9 793-31 137	>13 171
Reddito lordo	3 475	6 053	8 414	11 255	18 448
Imposte	349	630	879	1 184	2 705
Assicurazione malattia di base	406	463	521	574	627
% dell'assicurazione di base	11,7	7,6	6,2	5,1	3,4
2006-2008					
Insieme delle economie domestiche ripartite per classe di reddito	Sotto i	4 610-6 674	6 675-8 953	8 954-12 320	>12 321
Reddito lordo	3 244	5 700	7 758	10 494	17 377
Imposte	369	601	791	1 112	2 373
Assicurazione malattia di base	376	428	491	535	581
% dell'assicurazione di base	11,6	7,5	6,3	5,1	3,3

Tabella 3

Dalle informazioni sui premi medi, sui redditi e sui patrimoni, non si può dedurre nessuna informazione sulla misura della sostenibilità dei premi per i redditi bassi.

Discussione

Con l'approvazione della legge sull'assicurazione malattia, la popolazione svizzera ha deciso che tutti devono essere obbligatoriamente assicurati contro le conseguenze della malattia. Questa decisione implica che le tre seguenti questioni fondamentali devono essere risolte: Quali prestazioni copre quest'assicurazione? Quanto devono costare queste prestazioni? Chi finanzia quale percentuale di queste prestazioni? Come?

La solidarietà sta cambiando

Il presente rapporto affronta quest'ultima domanda sotto diversi aspetti. Con l'introduzione di questa legge, questi interrogativi mettevano in risalto i tre presupposti seguenti: solidarietà tra anziani e giovani, tra persone con problemi di salute e persone sane e tra poveri e ricchi. Al momento dell'attuazione, è stato stabilito che i premi dovevano essere fissati in maniera omogenea a livello cantonale/regionale, a prescindere dell'età. Per motivi di politica di distribuzione, sono state aggiunte ulteriori fasce di età per lo strato della popolazione più giovane (minori e giovani). La regolamentazione della riduzione dei premi doveva garantire la solidarietà tra poveri e ricchi.

Allo stesso tempo, la popolazione si è dichiarata favorevole alla concorrenza regolamentata e alla libera scelta dell'assicuratore. Con l'intenzione di fornire al contempo incentivi per la previdenza, si può scegliere inoltre tra diversi modelli di franchigia con sconto sui premi. Con l'idea

di provvedere a cure efficienti dal punto di vista delle spese, gli assicurati possono limitare la loro libertà di scelta del fornitore di prestazioni e usufruire in cambio di uno sconto sui premi.

Per via della combinazione di queste libertà da parte della popolazione sul mercato delle assicurazioni, i diversi aspetti di questi presupposti della solidarietà hanno subito un profondo cambiamento negli ultimi 20 anni.

Solidarietà e scelta del modello

La redistribuzione dagli assicurati nei modelli di sconto agli assicurati nel modello standard è notevolmente aumentata dall'entrata in vigore della LAMal:

	1996	2016
Onere degli assicurati con modello di sconto pro capite	500	650
Sgravio degli assicurati con modello standard pro capite	200	1'800

Le regole di sconto consentono sicuramente a molti assicurati di pagare premi più bassi. Tuttavia stabiliscono chiari limiti per garantire che venga impedito un sostanziale rincaro dei premi nel modello standard in base all'evoluzione dei costi di questi assicurati.

Le regole di sconto non stabiliscono solo dei chiari limiti alle tendenze alla desolidarizzazione: con il crescente ricorso ai modelli di sconto, si intensifica persino la solidarietà tra persone sane e persone con problemi di salute.

Ovviamente il modello standard perde sempre più terreno. Tuttavia può essere mantenuto senza problemi e servire da base di sconto se non lo sceglie più nessuno. Le direttive per il calcolo dello sconto – che stabi-

liscono che lo sconto deve corrispondere al risparmio ottenuto rispetto agli assicurati standard – non possono essere utilizzate nei modelli assicurativi alternativi.

Bisognerebbe elaborare una nuova concezione delle regole di premi e di sconto. Sarebbe un peccato se la capacità d'innovazione nel settore dell'assistenza integrata subisse una battuta di arresto soltanto perché una regolamentazione dei premi e degli sconti obsoleta ne ostacola lo sviluppo.

Solidarietà e fasce di età

I gruppi di assicurati più anziani tra gli adulti pagano in media premi superiori di oltre il 50% rispetto alle fasce più giovani tra gli adulti. Invece la fascia di adulti più giovane paga circa il 30% in meno rispetto a quella più anziana. Anche questo risultato è la conseguenza delle libertà di scelta esercitata dagli assicurati: i più giovani preferiscono optare per i modelli di sconto rispetto agli assicurati più anziani; gli anziani includono nella decisione l'ulteriore impatto economico della fruizione di prestazioni.

Per cui, se si riducessero gli sconti sulle franchigie più elevate, i giovani dovrebbero pagare di più, mentre gli anziani pagherebbero premi più bassi. Questo va contro la volontà di quella cerchia che sostiene che la solidarietà tra giovani e anziani dovrebbe andare a favore dei giovani. Tuttavia, una parte di questo cambiamento è già in atto, in quanto gli sconti sui premi hanno sempre meno effetto considerando la limitazione dell'importo. Altri rivendicano l'introduzione di nuovi livelli di premi per alleviare le generazioni più giovani e gravare su Fonte più anziane. Tuttavia ci si chiede se concetti di redistribuzione di questo tipo siano legittimi alla luce di questa differenza di onere.

Il fatto è e rimane che l'attuale sistema dei premi pro capite comporta una considerevole redistribuzione dai giovani agli anziani, quindi è stata

imposta una solidarietà in gran parte a prescindere dalle condizioni del reddito e del patrimonio dei singoli assicurati nell'assicurazione malattia.

L'esatto concetto di solidarietà non può essere ottenuto con la regolamentazione dei premi in un sistema con libertà di scelta.

Solidarietà poveri - ricchi

Le regolamentazioni di redistribuzione sono innanzitutto norme che controllano il flusso finanziario. Con questo strumento, la riduzione dei premi è indirizzata direttamente dalla popolazione finanziariamente più forte verso gli strati finanziariamente più deboli. È di competenza dei cantoni definire le regole di assegnazione della riduzione dei premi.

In base alle rispettive decisioni sovrane, dal 2000 il volume della riduzione è diminuito di un quarto, passando da meno poco del 20% del totale dei premi dovuti al 15% nel 2015. Questo andamento fa supporre che i cantoni abbiano causato questo risultato con l'intento di proteggere il bilancio finanziario cantonale. Questo presupposto è abbastanza plausibile. Tuttavia, altre ragioni vanno contro questa ipotesi:

1. Negli ultimi 15 anni, la popolazione ha fatto registrare un incremento complessivo del patrimonio e del reddito.
2. I limiti dell'inaccettabilità delle condizioni economiche si sono spostati. Questi limiti sono stabiliti nell'ambito di un processo democratico cantonale.
3. La morale di pagamento nel settore dell'assicurazione di base è nettamente migliorata rispetto a quella riscontrata in altri rami dell'economia. Questo risultato sarebbe poco probabile se il «ritiro dei cantoni» ostacolasse considerevolmente la solvibilità dei premi della popolazione.

Caratteristiche cantonali

Dato che l'assegnazione della riduzione dei premi è stabilita a livello cantonale, i risultati della redistribuzione sono inevitabilmente molto diversi. La diversa ripartizione evidenziata con l'indice dell'innaffiatoio e le diverse priorità accordate ai gruppi di beneficiari sono il risultato di un'interpretazione della solidarietà molto diversa a livello cantonale e in definitiva inerente al nostro sistema federale.

Ma le caratteristiche cantonali non riguardano solo la riduzione dei premi. Ci sono differenze sostanziali per quanto riguarda la morale di pagamento: nella Svizzera romanda è di gran lunga peggiore rispetto a quella riscontrata nella Svizzera tedesca e in Ticino.

Da notare anche l'effetto diverso dello sconto di franchigia in base ai cantoni. Dato che la regolamentazione è stabilita a livello nazionale ma che i premi sono fissati a livello cantonale/regionale, la franchigia perde importanza come strumento incentivante nei cantoni con premi e spese più elevate. Supponendo che l'effetto incentivante dipenda realmente dalla partecipazione ai costi in proporzione ai premi, questo risultato sarebbe in ogni caso controproducente.

Conclusione

Nell'assicurazione malattia svizzera esistono numerose libertà di scelta. Sono altrettanto grandi le disparità accettate volontariamente dagli assicurati. Il premio unico non esiste. In futuro si consiglia di optare per una comunicazione dei premi più dettagliata. Si sfocia quasi nella disinformazione soffermandosi solo sul premio medio del modello standard con franchigia ordinaria. L'onere effettivo dei premi è molto più rilevante per il pagatore dei premi.

La regolamentazione dei premi, non permette di gestire una politica di distribuzione mirata. Solo la limitazione statale dello sconto assicura il minimo di solidarietà tra assicurati previsto dalla politica. A causa delle libertà di scelta, è impossibile controllare in modo mirato quali gruppi devono farsi carico dei premi e in che modo.

Non è necessario orientare la solidarietà intervenendo sulla composizione dei premi, in quanto la forma più diretta di politica di distribuzione nel sistema dell'assicurazione malattia è la riduzione dei premi, non la composizione dei premi.

La riduzione dei premi dipende a grandi linee dalle condizioni del reddito e del patrimonio. Gli stessi parametri sono rilevanti anche per il calcolo dell'imposta. La riduzione dei premi è per così dire un apparato di redistribuzione parallelo. Un'assistenza mirata può essere integrata totalmente anche nel sistema fiscale vigente. Considerando la situazione

generale degli assicurati – e l'onere reale dei premi – si potrebbe persino applicare una politica di distribuzione più mirata. Si può quindi ritenere che le inefficienze esistono non solo nel settore dei servizi del sistema sanitario, ma anche nell'elaborazione del meccanismo di ripartizione.

Il presente rapporto sui premi si basa su considerazioni generali analizzate da diverse prospettive. I valori medi non ci danno nessuna informazione sulla ripartizione e sulla frequenza dei valori estremi. Non si può trarre nessuna conclusione in merito all'onere individuale dei premi sulla base di dati come il premio medio, l'aumento medio dei premi o la riduzione media dei premi.

Glossario

Termine	Spiegazione
Assicurazione con bonus	Il termine assicurazione con bonus indica un tipo di sconto in che si applica in assenza di incidenti. Nell'assicurazione con bonus, lo sconto sui premi passa al 45% del premio iniziale dopo 5 anni senza incidenti. Tuttavia il premio iniziale deve essere superiore del 10% rispetto al premio dell'assicurazione standard. Dato che lo sconto per il modello di franchigia si applica sin dall'inizio della copertura assicurativa, la variante del bonus non è allettante. Di conseguenza, in Svizzera nel 2016 si contavano appena 4100 assicurati con bonus, che corrispondono a 5 millesimi degli assicurati.
Franchigia	La franchigia è un tipo di partecipazione ai costi. I costi sono a carico dell'assicurato fino al raggiungimento della franchigia. La franchigia più bassa è di 300 franchi (modello standard), mentre la più elevata franchigia opzionale è di 2500 franchi.
Grado di copertura dei premi	Il grado di copertura dei premi indica a quanto ammonta la quota di riduzione sui premi.
Indice dell'innaffiatoio	L'indice dell'innaffiatoio è dato dal rapporto tra il grado di copertura dei premi e la quota di beneficiari. Con un grado di copertura elevato e una quota di beneficiari bassa, l'indice assume valori elevati. Al contrario, con un grado di copertura basso e una quota di beneficiari elevata, l'indice assume valori bassi.
Modello alternativo d'assicurazione (MAA)	Al posto della variante standard prevista dalla legge, l'assicurazione di base può essere stipulata anche in una variante assicurativa alternativa (per esempio il modello medico di famiglia o il Telmed). Con questo modello viene concesso uno sconto che può arrivare fino al 20%.
Modello di sconto	Il modello di sconto indica tutte le varianti assicurative ad eccezione del modello standard (franchigia opzionale/MAA/bonus).
Modello standard	Il modello standard dell'assicurazione malattia obbligatoria comprende i 300 franchi della franchigia di base e offre un accesso illimitato ai medici. Gli assicurati scelgono di volta in volta autonomamente da chi vogliono farsi curare, se dal medico di famiglia, da uno specialista o persino da un chiropratico. Tuttavia, a differenza degli altri modelli, sui modelli standard non è disponibile nessuno sconto sui premi dell'assicurazione di base
Premi dovuti	I premi dovuti rappresentano l'importo dei premi dovuti dagli assicurati, a prescindere dal fatto che il premio venga o meno corrisposto. Corrisponde all'importo che figura sulla fattura dei premi.
Premio standard	Il premio standard è il premio del modello standard.
Quota di beneficiari	La quota di beneficiari indica la quota di assicurati che usufruiscono per esempio di una riduzione dei premi.
Riduzione dei premi	La riduzione dei premi alleggerisce finanziariamente le persone con condizioni economiche modeste, in particolare riducendo l'onere dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.



