

CONFERENZA STAMPA PREMI LAMal 2018

Bellinzona, 28 settembre 2017

Premi LAMal 2018: costi e premi

1. L'evoluzione dei costi [slide 4-9]

La crescita dei costi della salute rappresenta una costante dal 1996, con un raddoppio della spesa pro capite in una ventina d'anni. Storicamente, il costo pro capite delle prestazioni in Ticino è superiore a quello svizzero, in ragione soprattutto dei maggiori costi legati all'anzianità della struttura d'assicurati ticinesi.

Prosegue anche nel 2016 il trend di crescita importante dei costi iniziato nel 2013, con un valore 2016 che si situa attorno al 3.5% sia in Ticino che in Svizzera. Negli ultimi 4 anni, la crescita media annua dei costi si attesta attorno al 4%, leggermente al di sopra in Ticino (4.3%), poco al di sotto in Svizzera (3.8%). Il valore svizzero conferma il trend dal 1996, quello ticinese risulta più elevato dell' 1% circa. Il costo pro capite delle prestazioni in Ticino si conferma dell' 11% superiore a quello svizzero.

L' 80% dei costi delle cure assunti dalle casse malati si registrano in quattro settori: le prestazioni ambulatoriali in studio medico (24%) e in ospedale (16%), le degenze ospedaliere (19%) e il costo dei medicinali (19%).

L'evoluzione in Ticino dal 2013 indica nel settore ambulatoriale il fattore più importante della crescita dei costi, confermando il trend nazionale. In particolare evidenza gli studi medici, con una crescita media annua – a tariffa costante – del 7.6% rispetto al 5.2% nazionale, dovuta tra l'altro dagli effetti particolarmente importanti della soppressione temporanea della moratoria. Nel 2016 l'aumento è del 6.3%. Le cure ambulatoriali ospedaliere aumentano del 5.5% annuo, con un'accelerazione nel 2016 (8.6%) in parte dovuta al rialzo tariffale. Il settore ospedaliero stazionario cresce in maniera molto più contenuta (1.3% annuo), grazie a tariffe costanti o decrescenti (che si confermano anche nel 2016) e all'effetto indiretto del finanziamento cantonale tramite contributo globale. Infine, il costo per medicinali mostra un'evoluzione eterogena: sotto controllo fino al 2014, conosce un'impennata nel 2015 sia per un aumento dei consumi che per il ricorso sulla procedura di verifica dei prezzi da parte dell'UFSP, per poi tornare a una crescita moderata nel 2016 (1.4%).

Il margine d'intervento dell'Autorità cantonale è quello conosciuto. Nel settore ospedaliero stazionario il Cantone dispone degli strumenti della pianificazione, dei contratti di prestazione e dell'approvazione tariffale, mentre in ambito ambulatoriale a quest'ultima si aggiunge il decreto attrezzature e, per gli studi medici, la moratoria. Per i medicinali la competenza è prettamente federale. Segnaliamo, in questo contesto, la decisione del Consiglio federale del 16 agosto 2017 di voler adeguare il tariffario medico **TARMED** dal 1° gennaio 2018, con un risparmio stimato a circa 470 Mio annui (l' 1.5% dei premi malattia).

I **premi** riflettono i **costi** delle prestazioni rimborsate dall'assicurazione malattie. Per il 3° anno consecutivo, anche nel 2016 i premi ticinesi non eccedono più i costi (anzi sono leggermente insufficienti), confermando l'inversione di tendenza e quindi un riequilibrio.

2. I premi 2018 [slide 10-23]

Dal 2015 i premi adulti in Svizzera crescono nell'ordine del 4%, valore che trova conferma anche per il 2018. Il Ticino registra nel 2018 un aumento del premio adulti leggermente superiore, pari al 4.5%. Per i giovani adulti ed i minorenni gli aumenti in Ticino e in Svizzera sono simili. Nel dettaglio:

<u>categoria d'assicurati</u>	<u>CH</u>	<u>TI</u>	<u>delta</u>
adulti	4.0%	4.5%	+0.5%
giovani adulti	4.4%	4.2%	- 0.2%
minorenni	5.0%	5.2%	+0.2%

La variazione si riflette in generale anche sui modelli alternativi di premio, partendo chiaramente da un livello di premio inferiore (esempio: medico di famiglia -10%).

Il premio medio cantonale adulti passa da CHF 473.60 mensili nel 2017 a CHF 495.10 nel 2018. Le variazioni delle singole casse sono ampie ma più contenute che in passato, fra +1.2% e +10.7%. Anche la differenza di premio fra le casse principali è vieppiù contenuta: fra i 12 maggiori assicuratori, quello più caro ha un premio del 21% superiore rispetto a quello più a buon mercato, questa percentuale era del 46% nel 2015. Ne sono responsabili il costante livellamento dovuto al cambio cassa degli assicurati, l'affinamento progressivo della compensazione dei rischi (che contempla ad oggi 4 fattori di rischio: età, sesso, degenza ospedaliera o in casa di cura, spesa per medicinali) e le fusioni fra assicuratori.

Nel confronto intercantonale, il premio adulti pagato in Ticino nel 2018 si conferma il settimo più alto in Svizzera.

Il rimborso dei premi pagati in eccesso dal 1996 al 2013 si è concluso con l'ultimo pagamento nel giugno 2017. Ogni assicurato ticinese ha ricevuto complessivi fr. 261.70.

3. L'analisi e l'operato del Cantone [slide 24-29]

Sono 36 gli AM operanti in Ticino dal 1° gennaio 2018. Il Cantone ha analizzato nel dettaglio i 12 principali AM, che raggruppano oltre il 90% della popolazione ticinese.

In un contesto di marcata crescita dei costi (e quindi dei premi) e riconfermata la buona qualità previsionale di gran parte degli assicuratori, le situazioni in cui manifestamente si impone un adeguamento tendono a ridursi. Ne siano prova i risultati conseguiti dalle casse malati in Ticino negli ultimi 3 anni: un risultato neutro nel 2014, una perdita di 57 Mio nel 2015 e una perdita di 15 Mio nel 2016 (a fronte di un utile a livello svizzero attorno ai 200 Mio). Si assiste quindi ad un certo riequilibrio dei premi eccessivi pagati in passato nel nostro Cantone. L'incremento dei costi ticinesi e il deficit 2016 possono spiegare l'aumento dei premi superiore alla media svizzera proposto dagli assicuratori e avallato dall'UFSP.

L'analisi cantonale è sfociata in una richiesta di correzione di premio per 5 AM (4 dei quali già segnalati lo scorso anno). Le proposte di 7 delle 12 casse hanno quindi trovato conferma. Con i correttivi del Cantone, gli aumenti medi di premio sopraindicati si sarebbero ridotti dello 0.7% per gli adulti e dello 0.9% per i minorenni.

Per il 7° anno consecutivo gli sforzi del Cantone e dell'UFSP portano risultati positivi, **un'importante cassa** ha rivisto al **ribasso** la sua proposta di premio di **0.8%**, con un risparmio per gli assicurati ticinesi di **CHF 0.5 Mio**. La stessa cassa procederà nel 2018 a una restituzione di riserve in eccesso ai suoi assicurati in tutta la Svizzera (complessivi 26 Mio, in Ticino **0.7 Mio**), conformemente ai nuovi dispositivi della Legge sulla vigilanza in ambito LAMal. A questa correzione si aggiunge una riduzione media su tutti gli AM di circa lo **0.7%**, pari a un risparmio complessivo di **una decina di milioni** sui premi ticinesi, a seguito dell'intervento del Consiglio federale sulla struttura tariffale TARMED.

L'operato di Cantone e UFSP ha consentito dal 2011 un risparmio complessivo agli assicurati ticinesi di **oltre CHF 20 Mio**.

4. Conclusioni [slide 30-31]

I premi 2018 approvati in Ticino risultano superiori, anche se in misura contenuta, alle aspettative del Cantone. Indipendentemente da ciò, a preoccupare fortemente l'Autorità cantonale è l'evoluzione dei premi dal 2016 in poi (conseguente a quella dei costi), con una crescita sempre superiore al 4% che, se dovesse perdurare, porterà ben presto all'insostenibilità finanziaria del sistema sanitario elvetico.

L'**evoluzione dei costi** delle prestazioni di cura permane il problema centrale dell'assicurazione malattie. Sono indispensabili misure atte a contenere la crescita costante e poco controllata dei costi, dovuta piuttosto ai volumi di prestazioni erogate che all'evoluzione di prezzi e tariffe.

In ambito ambulatoriale, primo responsabile della crescita dei costi, delle misure concrete sono state prese, altre sono in fase di elaborazione. Anzitutto si saluta positivamente la revisione del TARMED attuata dal Consiglio federale, facendo capo alla propria competenza sussidiaria in materia. Rappresenta tuttavia solo una soluzione temporanea ed un primo passo nella giusta direzione; i partner tariffali sono chiamati a tornare al tavolo delle trattative per una revisione completa e duratura della struttura tariffale. Proseguono poi i lavori per l'elaborazione di proposte sulla gestione dell'attività ambulatoriale da sottoporre alla Confederazione, per una soluzione duratura dopo la fine della moratoria a giugno 2019. In un mercato imperfetto in cui la domanda è anche indotta dall'offerta, non si può prescindere da misure di contenimento di quest'ultima, cercando di favorire per contro l'implementazione di reti di cura che favoriscano, senza diminuire la qualità delle prestazioni, lo sviluppo di modelli assicurativi alternativi meno onerosi. Infine, prosegue il dibattito sulla proposta di armonizzazione dei sistemi di finanziamento del settore ambulatoriale e di quello stazionario, in modo da eliminare i falsi incentivi oggi presenti.

Parallelamente alle riflessioni sul contenimento dei costi, sono pensabili e necessari anche dei correttivi all'attuale **sistema di finanziamento**. Senza rinunciare all'obiettivo di mantenere un sistema fondato sulla solidarietà sociale, occorre valutare la possibilità di permettere una maggiore responsabilizzazione dell'assicurato, che beneficerebbe di un premio inferiore a fronte di una maggiore assunzione di rischio. Un'ulteriore ipotesi di lavoro è rappresentata dalla possibilità di assicurare il costo delle cure, a partire da una certa età, con delle forme più vicine al sistema previdenziale.

Paolo Beltraminelli, Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità