

Spesa sanitaria privata out-of-pocket e ruolo della sanità integrativa

Francesco Longo – Carlo De Pietro

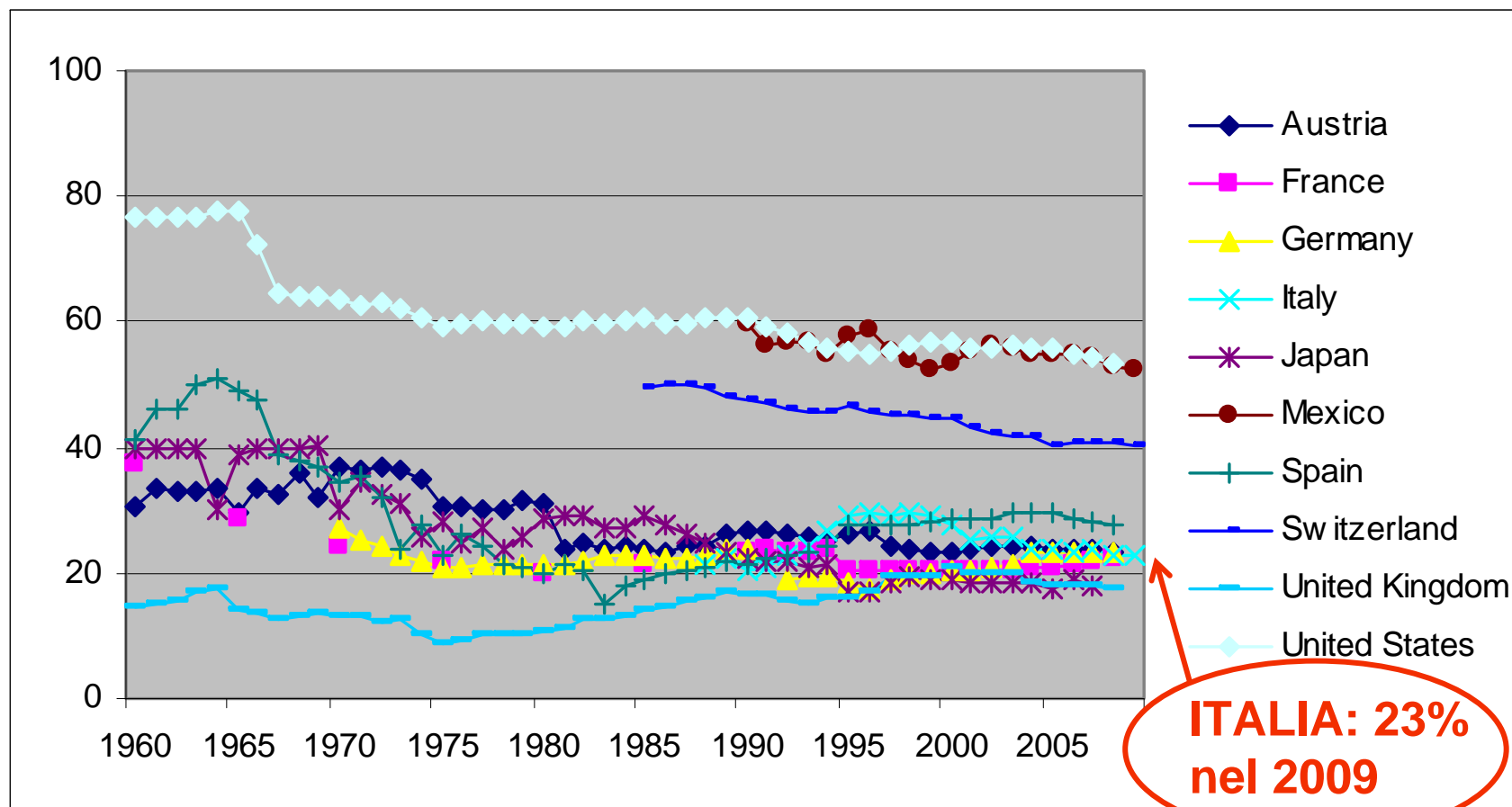
francesco.longo@unibocconi.it – carlo.depietro@unibocconi.it

17 Novembre 2010, Università Bocconi

- Dimensioni e contenuti della spesa sanitaria privata e *out-of-pocket*
- I possibili ruoli dei fondi sanitari integrativi del Ssn
- Odontoiatria e LTC
- Conclusioni

% spesa sanitaria privata su spesa sanitaria totale

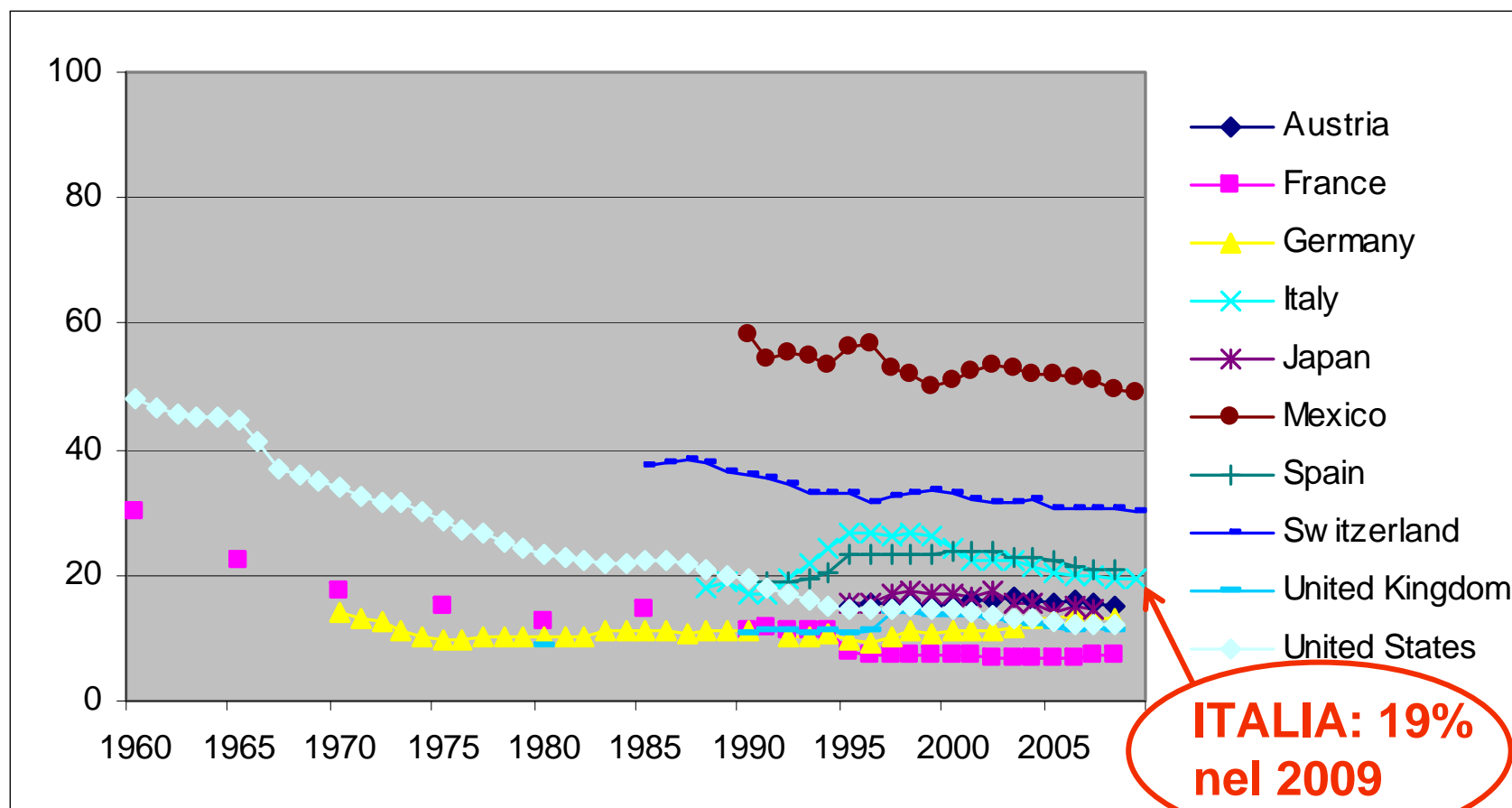
AMARIS



Fonte: OECD 2010, Health Data

% spesa out-of-pocket su spesa sanitaria totale

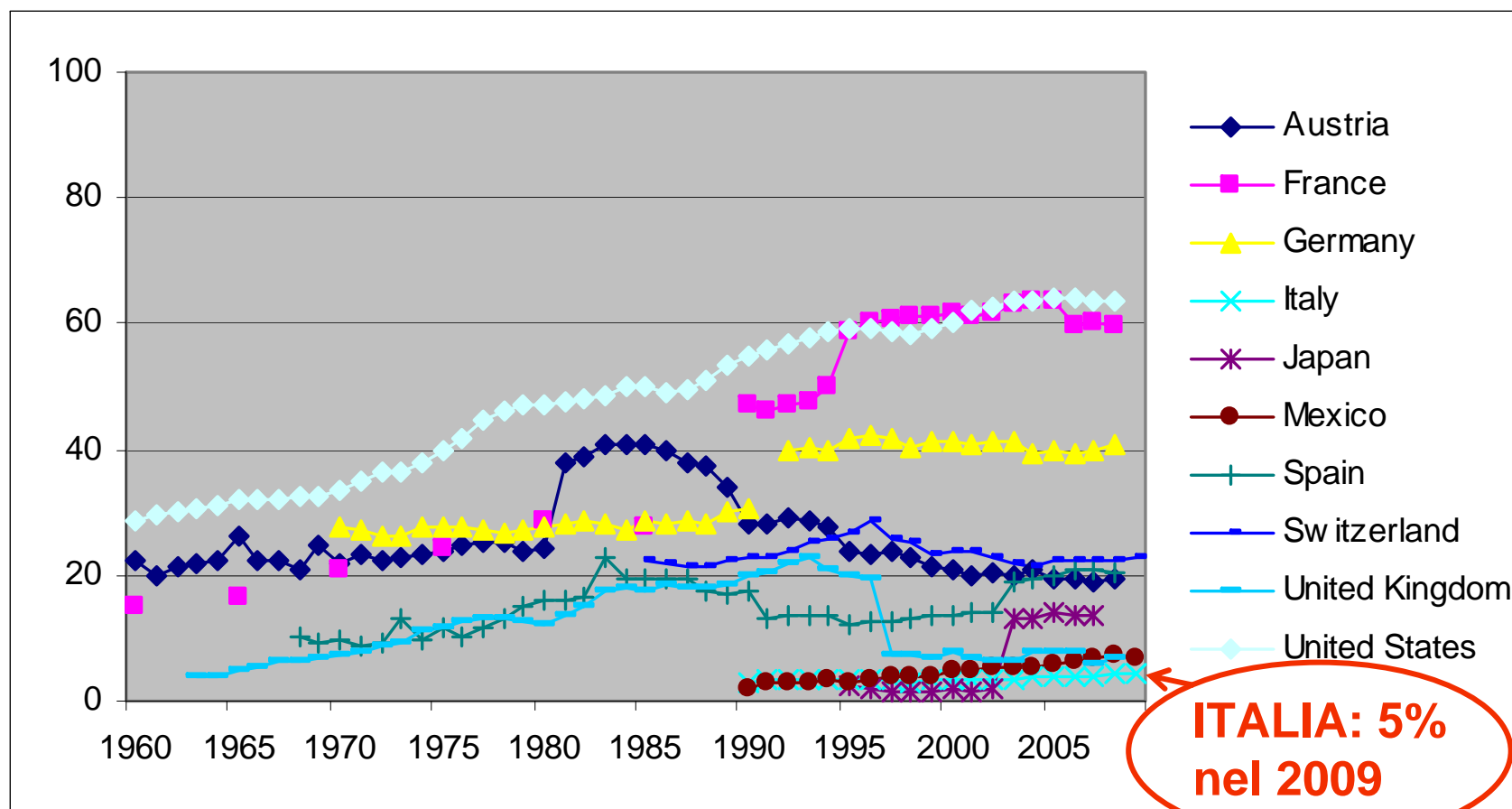
AMARIS



Fonte: OECD 2010, Health Data

% spesa "assicurazioni private" su spesa sanitaria totale

AMARIS



Fonte: OECD 2010, Health Data

Composizione spesa sanitaria privata delle famiglie

AMARIS

	2000		2004		2008	
	milioni di euro	%	milioni di euro	%	milioni di euro	%
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	48%	12.726	48%	13.546	47%
Servizi ambulatoriali	8.467	35%	9.534	36%	10.521	36%
Servizi ospedalieri	4.192	17%	4.352	16%	4.812	17%
Totale	24.373	100%	26.613	100%	28.878	100%

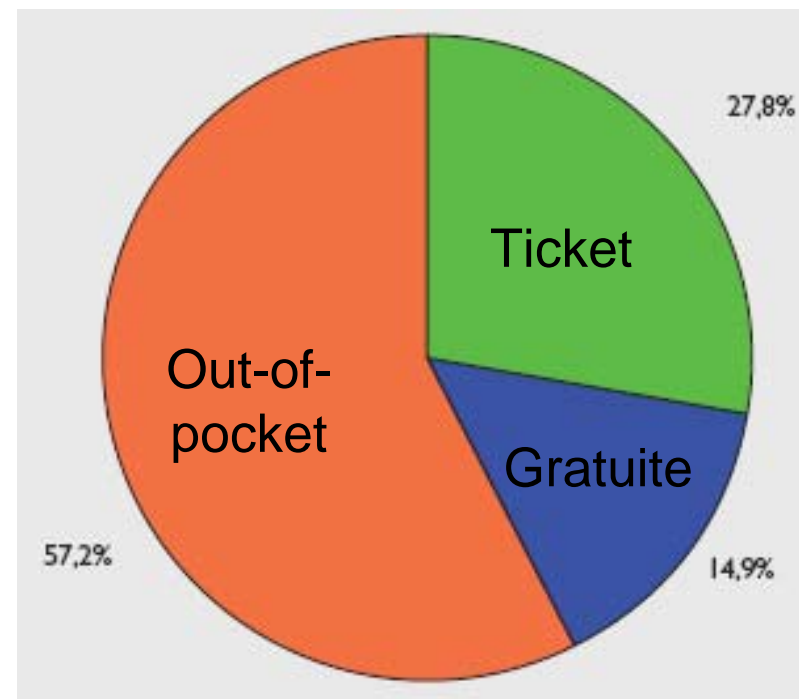
Fonte: da Armeni 2009 su dati RGSEP 2008

Il caso delle visite specialistiche nell'Indagine Multiscopo ISTAT 2005 (1 / 3)

AMARIS

- Visite specialistiche pagate di tasca propria: 57% del totale (invece per le visite di medicina generale 5% del totale)

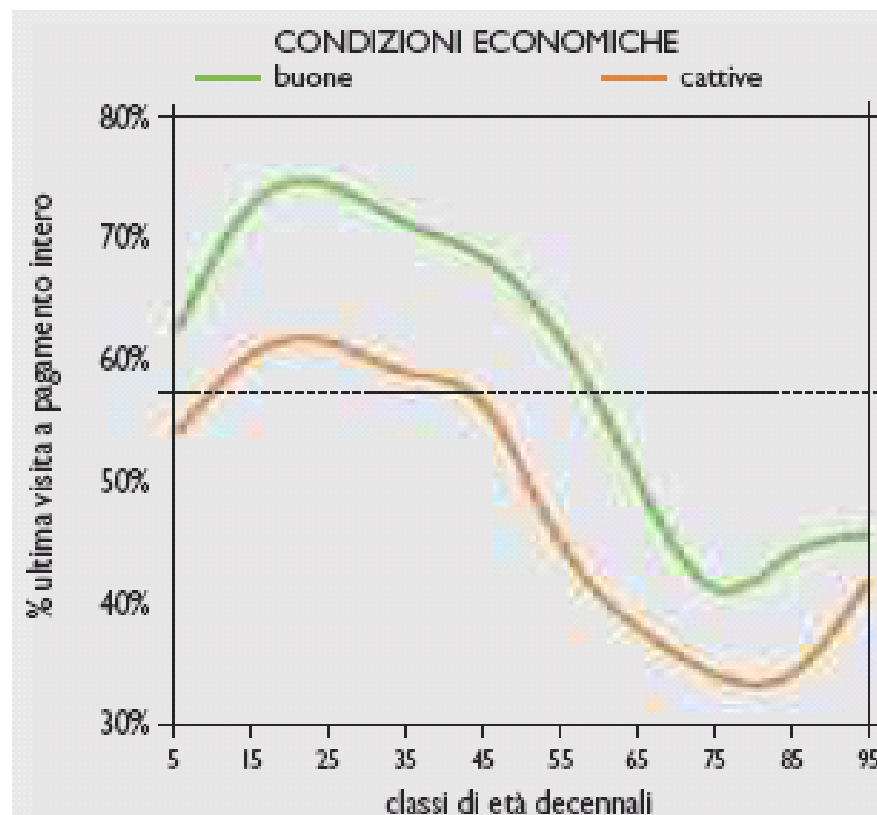
**VISITE
SPECIALISTICHE
PER TIPO DI
PAGAMENTO**



Fonte: Cislaghi e Giuliani 2008

Il caso delle visite specialistiche nell'Indagine Multiscopo ISTAT 2005 (2 / 3)

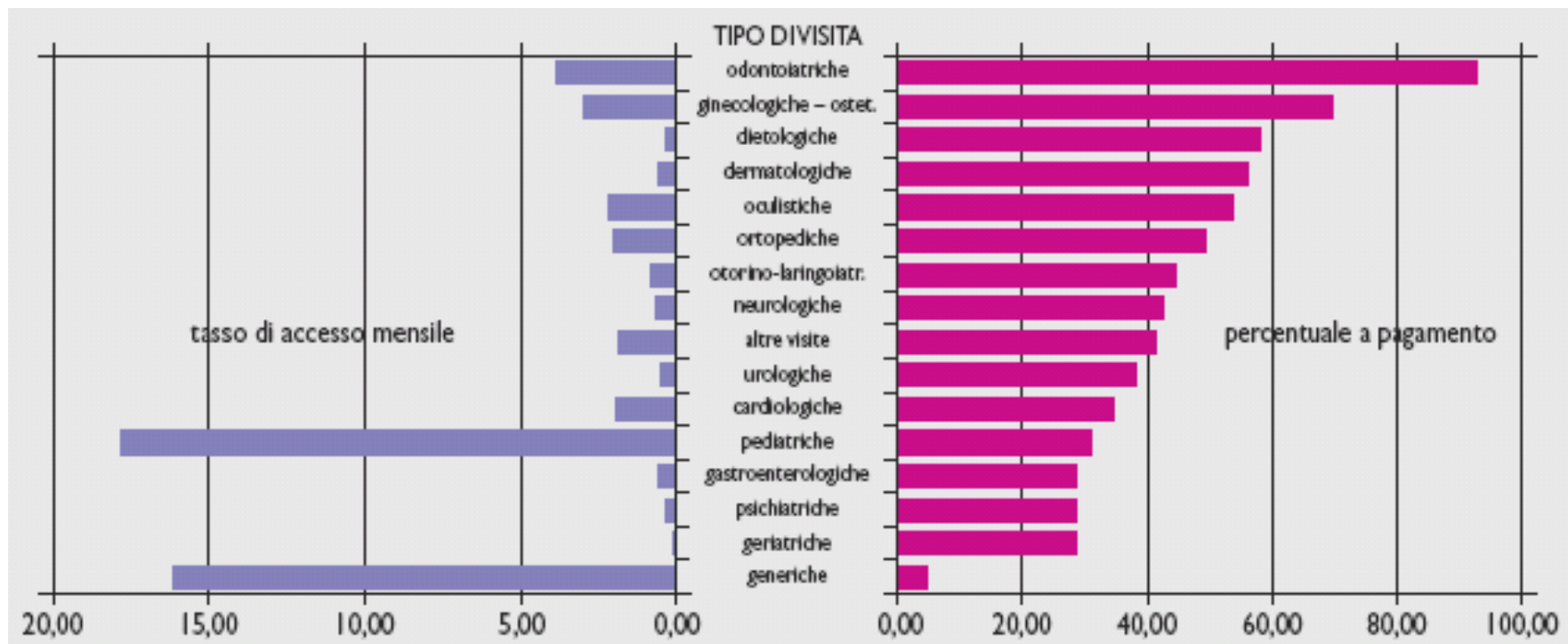
AMARIS



Fonte: Cislighi e Giuliani 2008

Il caso delle visite specialistiche nell'Indagine Multiscopo ISTAT 2005 (3 / 3)

AMARIS



Fonte: Cislaghi e Giuliani 2008

Le altre prestazioni finanziate out-of-pocket nell'Indagine Multiscopo ISTAT 2005

AMARIS

- Percentuale di *out-of-pocket* sui volumi di altre prestazioni sanitarie:
 - ESAMI DEL SANGUE: 7% (53% gratuiti; 40% con ticket)
 - ESAMI SPECIALISTICI: 21% (45% gratuiti; 34% con ticket)
 - RICOVERI OSPEDALIERI: 1% (96% gratuiti; 3% con ticket)

L'analisi dei modelli 730 (dichiarazioni dei redditi)

AMARIS

- Su 650'000 dichiarazioni dei redditi 2009 analizzate dai Caf Acli al 16/5/2001:
 - detrazioni delle spese sanitarie presenti nel 62% dei modelli 730
 - importo medio detratto di 895 euro (+4,5% rispetto alle dichiarazioni 2008), eccedenti la franchigia di 129 euro

Il ruolo dei fondi sanitari integrativi del Ssn (1 / 3)

AMARIS

- Quattro possibili ruoli per l'assicurazione sanitaria privata:
 - *primary o substitute* (es. *opting out* per gli alti redditi in Germania)
 - *duplicate* (es. Regno Unito)
 - *complementary* (es. Francia)
 - *supplementary* (es. Svizzera)
 - extra-pacchetto di base
 - comfort alberghiero, assistenza del primario, portabilità geografica, ecc.

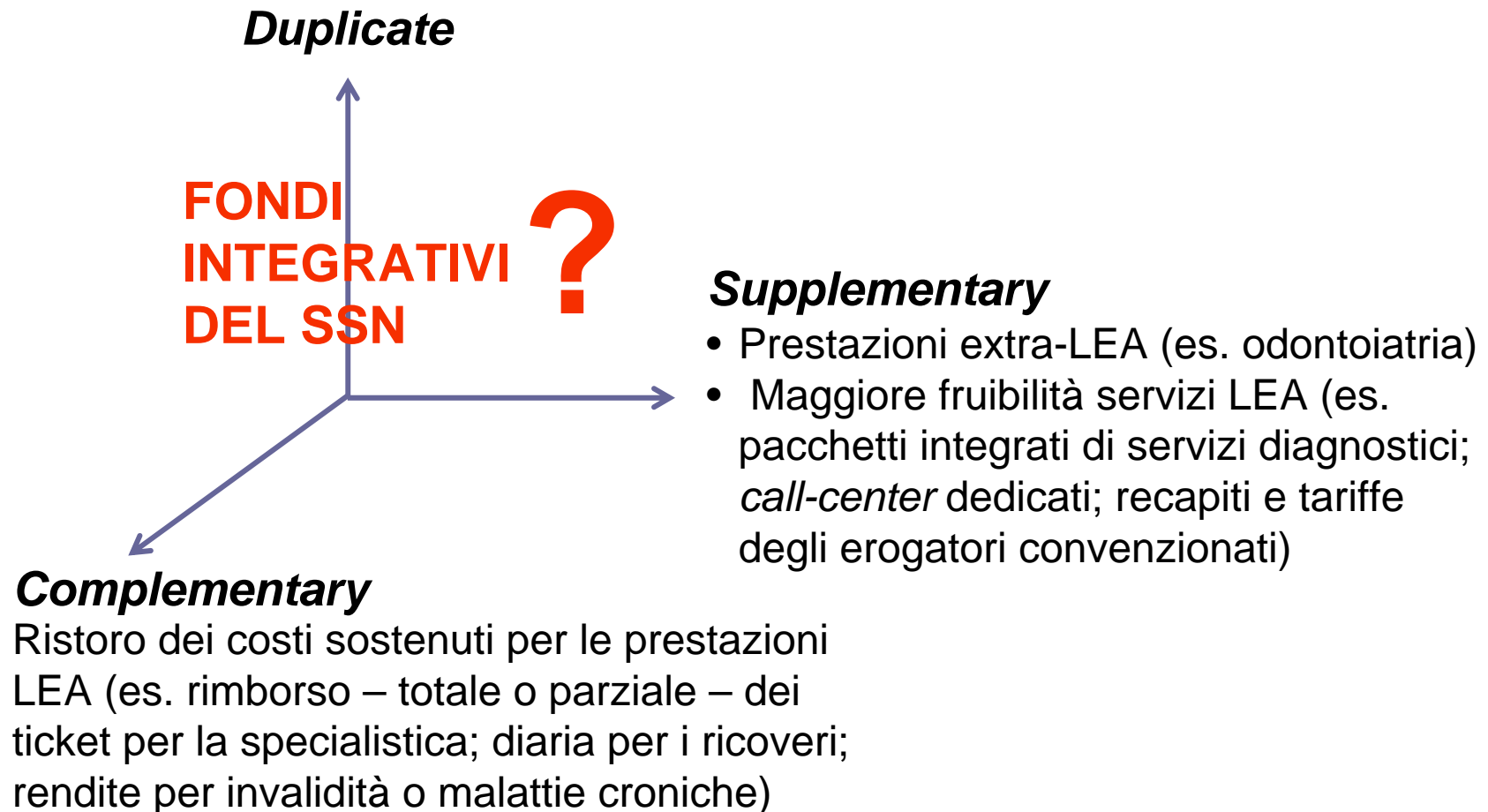
**IN PAESI CON
SISTEMI SANITARI
PUBBLICI
UNIVERSALISTICI**



Fonte: Colombo 2004

Il ruolo dei fondi sanitari integrativi del Ssn (2 / 3)

AMARIS



Il ruolo dei fondi sanitari integrativi del Ssn (3 / 3)

AMARIS

- Le attività duplicative – soprattutto quelle volte a evitare le liste di attesa SSN *via* Libera professione intramuraria (LPI) – costano molto
- I ricoveri LPI a Milano arrivano spesso a costare oltre il 500% del DRG corrispondente
- Contributi 2010 noto fondo per dirigenti:

€ 1'576 a carico azienda
€ 800 a carico dirigente } € 2'376

**SPEA SAN. PUBBLICA
CORRENTE P.-C. 2009:
€1'816**

Il caso dell'odontoiatria (1 / 2)

AMARIS

- La spesa odontoiatria in Italia è di 11-12 Mld euro annui, al 95% privata *out-of-pocket*
- Metà degli italiani non vanno mai dal dentista, l'altra metà il più tardi possibile determinando prestazioni tardive e costose
- Settore ciclico: durante le crisi economiche si riducono i consumi
- Sovra-offerta e non industrializzata
- Erogatori pagati *fee-for-service* → logiche inflattive e solo riparatorie

Il caso dell'odontoiatria (2 / 2)

AMARIS

- Assicurazioni e fondi vivono l'odontoiatria come un rischio certo, considerandola un *business* in perdita (incluso solo per completezza portafoglio)
- Non vi sono meccanismi assicurativi che incentivino prevenzione, diagnosi ed intervento precoce
- Occorre introdurre schemi assicurativi che impongano la prevenzione e sistemi di rimborso che trasferiscano parte del rischio sui produttori (quote capitarie per pazienti): necessità di *pooling* della domanda e dell'offerta

Il caso della LTC (1 / 2)

AMARIS

- L'Italia è tra i paesi con più anziani al mondo
- Solo il 33% degli anziani non autosufficienti sono reclutati da programmi pubblici e in ogni caso la compartecipazione privata *out-of-pocket* è rilevante (50-60% del costo delle strutture protette)
- Il 66% degli anziani non autosufficienti organizzano in proprio la propria assistenza: questo spiega 800'000 badanti (più dei dipendenti Ssn)

Il caso della LTC (2 / 2)

AMARIS

- L'INPS trasferisce 40 Mld di euro annui alle famiglie per la non autosufficienza (80% della spesa sociale pubblica del paese); il costo delle badanti è di 10 Mld annui
- Questa spesa pubblica si trasforma in spesa privata, frammentata e non industrializzata, priva di economie di scala e di specializzazione
- Né sul lato della domanda né dell'offerta s'intravedono dinamiche importanti di aggregazione e organizzazione industriale del settore

Conclusioni

(1 / 3)

AMARIS

- Il sistema sanitario italiano ha 30 Mld di spesa *out-of-pocket* all'anno (25%), a cui si aggiunge quello sociale e socio-sanitario (10-20 Mld)
- Meccanismi di redistribuzione del rischio (*pooling* della domanda) poco diffusi → inefficienza e iniquità
- Comparto produttivo *out-of-pocket* frammentato e non industrializzato per specialistica ambulatoriale, odontoiatria ed LTC (eccezioni: farmaceutica e diagnostica) → assenza di economie di scala

Conclusioni

(2 / 3)

AMARIS

- Per odontoiatra ed LCT non esiste adeguata copertura pubblica (né offerta, né finanziamento): la spesa privata vicaria un'assenza
- Per la specialistica si sconta la politica retributiva e di gestione dei professionisti SSN (libera professione intramuraria), offrendo prestazioni che garantiscono soprattutto l'accesso al sistema
- Occorre pertanto distinguere le situazioni e definire politiche specifiche

Conclusioni

(3 / 3)

AMARIS

- Priorità: intervenire negli ambiti a bass(issim)a copertura pubblica: odontoiatria e LTC
- Occorre favorire *pooling* di domanda, risorse e offerta: è possibile dimostrare *ex ante* il vantaggio ai cittadini (magari per ambiti territoriali)
- Meccanismi assicurativi pubblici o privati? Profit o non profit? Obbligatorie o facoltative? (Es. il fondo per la non autosufficienza tedesco, pubblico e obbligatorio, è gestito da *spin off* delle mutue)
- Per la LTC, *pooling* e ripartizione oppure accumulazione (tipo “Medical Savings Accounts”)?

Riferimenti

AMARIS

- Armeni P. 2009, La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione, in Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2009, Milano, Egea.
- Armeni P. 2010, La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione, in Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2010, Milano, Egea.
- Cislighi C., Giuliani F. 2008, Out of pocket sanitario nelle regioni italiane, I Quaderni di Monitor, n. 3/2008.
- Colombo F. 2004, Proposal for a taxonomy of health insurance, Paris, Oecd.
- Dell'Oste C., Parente G. 2010, Il Piemonte soffre nei 730 della crisi, Il Sole 24 Ore, 31 maggio:13.
- De Pietro 2002, Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2002, Milano, Egea.