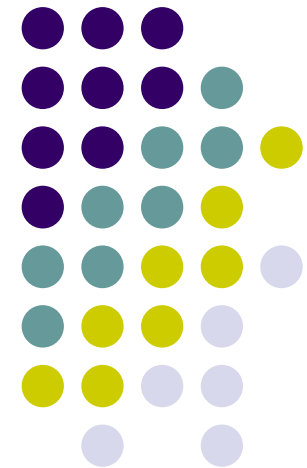


**I fondi sanitari europei, un'analisi  
comparativa  
ROMA, 4/5 LUGLIO 2011  
Welfare Day**

---

**Dott.ssa Grazia Labate  
Ricercatore in economia sanitaria  
York u.k.**



# Il futuro della sanità in Europa: analisi di contesto



- **Il rapporto sul futuro della sanità in Europa, redatto dall'Economist Unit europea, sostiene che in tutta Europa, le politiche di assistenza sanitaria riescono a malapena a coprire i costi.**
- **Non sono solo le fonti di finanziamento ad essere inadeguate, ma preoccupano le tendenze di medio e lungo periodo, in rapporto a:**
  - **invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento delle malattie croniche-degenerative;**
  - **l'innovazione tecnologica;**
  - **il costo delle nuove terapie farmacologiche biotecnologiche e DNA ricombinanti.**

# La crisi ha vanificato i progressi dell'U E degli ultimi 20 anni



- La recente crisi economica (2007), con il suo protrarsi nel tempo, è un fenomeno senza precedenti.
- Il PIL europeo è sceso del 4% nel 2009;
- La produzione industriale è tornata al livello degli anni '90;
- 23 milioni di persone pari al 10% della popolazione attiva, sono attualmente disoccupate.
- Le finanze pubbliche hanno subito un forte deterioramento con deficit medi pari al 7% del PIL e livelli di debito superiori all'80% del Pil.
- La popolazione attiva dell'U E inizierà a diminuire dal 2013/2014;
- il numero di ultrasessantacinquenni aumenta ad una velocità doppia rispetto a prima del 2007( circa 2 milioni in più ogni anno rispetto al milione in precedenza).

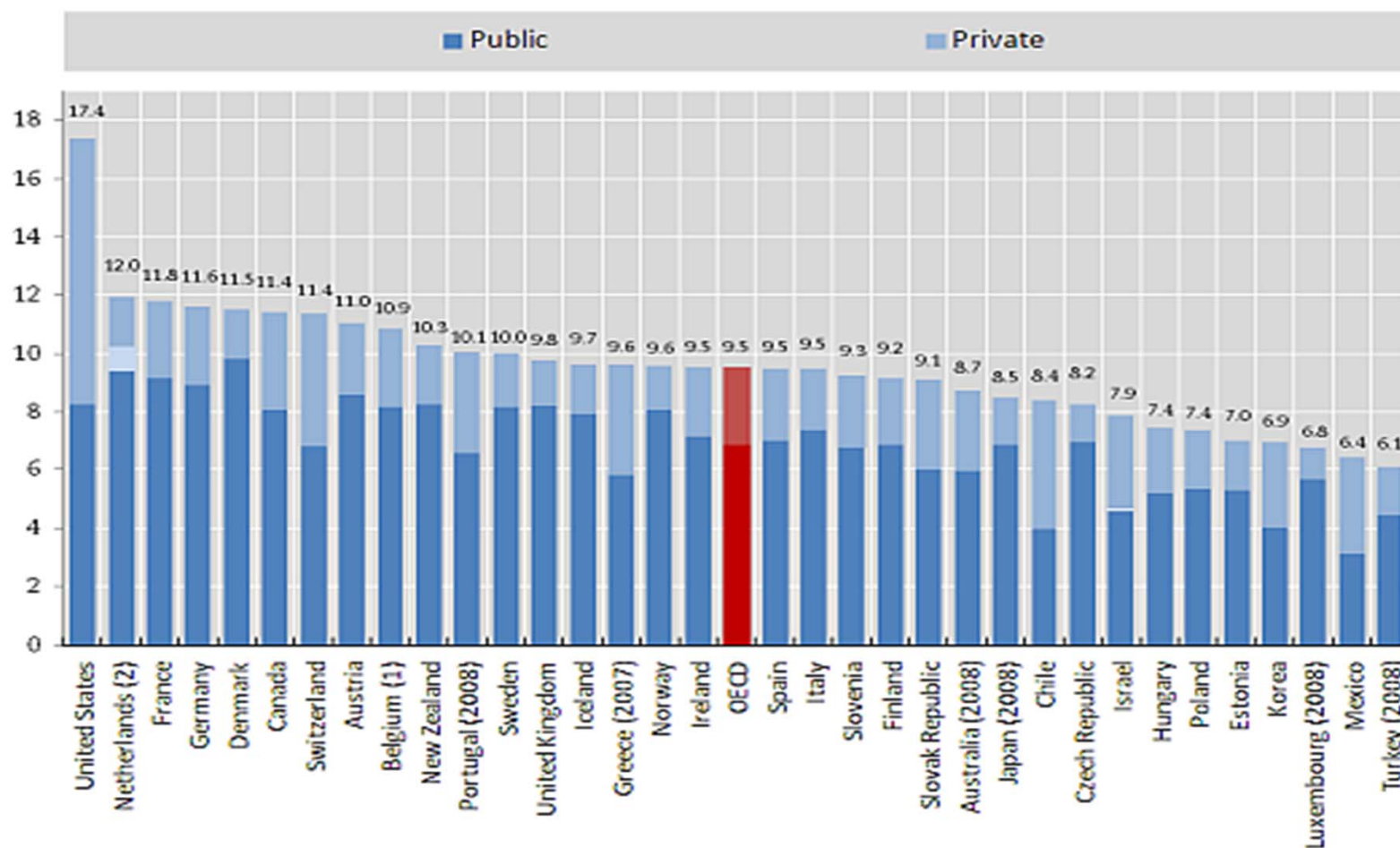
# il libro bianco: Insieme per la salute 2008-2013 e i recenti dati OCSE



- Evidenziano i rischi di sostenibilità, per le finanze pubbliche, rispetto agli aumenti dei costi sanitari, nel quadro di un rallentamento della crescita dell'economia. Secondo l'OCSE la quota parte di PIL, che nel 2009 è stata investita per la spesa sanitaria nei paesi europei che compongono il panel costruito, in base ai dati OECD, è pari al 9,5 %.
- Gli stati che spendono di più nel settore sanitario: gli USA con il 17,4%.
- In Europa: l'Olanda con il 12%, la Francia con l'11,8%, la Germania con l'11,6%, la Danimarca con l'11,5%, la Svizzera con l'11,4% l'Austria con l'11% e i paesi che più hanno risentito della crisi, come l'Irlanda, il Regno unito , la Grecia, il Portogallo. L'Italia al 9,5% è in media rispetto ai 34 paesi considerati, con un trend in crescita.
- Infatti la spesa pubblica italiana a consuntivo nel 2010 è stata di 113miliardi e 457 milioni di euro, la spesa sanitaria privata è stata pari a 29miliardi e 564 milioni di euro, Dunque una spesa totale di 143 miliardi e 021 milioni di euro pari al 9, 5% di incidenza sul PIL.\*

\*Fonte: relazione generale della Corte dei Conti, 18 maggio 2011, dati elaborati su dati MEF ed ISTAT.

# Spesa sanitaria nei 34 paesi OCSE in % sul PIL 2009



# Analisi della spesa privata



- Si evidenziano differenziazioni marcate fra i diversi paesi, dovute in parte alle differenze tra i sistemi di finanziamento ed organizzativi, che caratterizzano i sistemi sanitari della U E, in parte all'effetto della crisi finanziaria, in parte alla pressione esercitata dalla domanda a seguito dell'acuirsi di patologie croniche- degenerative, dovute all'invecchiamento della popolazione.
- E' comunque in crescita, tra il 2008 e il 2009 del 2,7% sul PIL.
- Se si osserva la serie storica dal 1980 al 2007 si rileva un andamento altalenante della copertura privata alla spesa sanitaria.

# La spesa sanitaria privata



- **Il paese che ha fatto registrare il maggior incremento dell'indice fra l'80 e il 2007 è la Svezia dal 7,5% al 18,3%, seguita dalla Spagna, dal 20,1% al 28,2%; in Polonia si registra un balzo a cavallo del 1990 e il 2000 di oltre 20 punti %. In Portogallo, Austria, Grecia e Svizzera in controtendenza si osserva una flessione costante.**
- **L'Italia con un incremento, nel periodo considerato, che va dall'1,5% del 1985 al 23,5% del 2007, si colloca fra i paesi che hanno registrato una crescita. Con un'alta percentuale dell'out of pocket, circa il 20%.\***
- **La maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria privata totale si registra in Friuli,(27,2%), seguita dall'Emilia Romagna,(26,2) e dal Piemonte, (26,0). Ai livelli più bassi si collocano tutte le regioni del Mezzogiorno, tra le quali spiccano Basilicata, Sicilia e Sardegna. Calcolata per famiglia, la spesa sanitaria privata è pari a 955 euro per il mezzogiorno e 1265 euro per il centro nord, confermando l'aspetto legato ai differenziali di reddito tra le diverse ripartizioni geografiche. \***

# Andamento pubblico e privato della spesa sanitaria nei paesi UE



FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SANITARI NEI PAESI UE 15 - Anno 2007							
	Finanziamento pubblico totale			Finanziamento privato totale			
		Programmi assicurativi sociali	Pubblica amm.ne (esclusa prot. soc.)		Pagamenti a carico dei pazienti	Assicurazioni private	Altre forme di finanziamento
(in percentuale della spesa sanitaria totale)							
Austria	76,4	44,8	31,6	23,6	15,4	4,6	3,6
Belgio	72,3	60,4 <i>d</i>	11,9 <i>d</i>	27,7	18,3 <i>d</i>	5,4 <i>d</i>	4,0 <i>d</i>
Danimarca	84,5	4,3 <i>d</i>	80,2 <i>d</i>	15,5	13,8 <i>d</i>	1,6 <i>d</i>	0,1 <i>d</i>
Finlandia	74,6	14,5	60,1	25,4	18,9	2,1	4,4
Francia	79,0	73,8	5,2	21,0	6,8	13,4	0,8
Germania	76,9	67,8	9,0	23,1	13,1	9,3	0,7
Grecia	60,3	31,2	29,1	39,7	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Irlanda	80,7	0,6	80,1	19,3	9,9	8,1	1,3
Italia	76,5	0,1	76,4	23,5	20,2	0,9	2,4
Lussemburgo	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Olanda	74,8	69,5 <i>d</i>	5,3 <i>d</i>	25,2	5,5 <i>d</i>	5,7 <i>d</i>	14,0 <i>d</i>
Portogallo	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Spagna	71,8	5,0	66,8	28,2	21,1	5,9	1,2
Svezia	81,7	0,0	81,7	18,3	15,9	0,2	2,2
Regno Unito	81,7	0,0	81,7	18,3	11,4	0,1	6,8

# I sistemi sanitari europei: un laboratorio in progress



- Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo e complesso processo di trasformazione che ha teso a ridurre le distanze tra i 2 modelli tradizionali di protezione della salute ( BEVERIDGE e BISMARCK ). Emergono soluzioni che rappresentano una commistione tra vecchi modelli e nuove soluzioni non ancora compiutamente realizzate.
- Tentare analisi comparative esaustive rischia di peccare di presunzione e di compromettere un cammino ancora da perfezionare sul terreno dell'efficienza , dell'efficacia, dell'equità e dell'empowerment dei cittadini. A maggior ragione, oggi, in cui l'Europa sta tutta dentro il dilemma: bassa crescita, costi crescenti, risanamento dei conti pubblici.

# il laboratorio in progress



- In Europa l'obiettivo di estensione universale della copertura contro il rischio malattia risulta sufficientemente realizzato all'interno di entrambi i modelli tradizionali e di tutte le varianti sperimentate a livello dei singoli stati membri, negli ultimi 10 anni.
- La disputa intellettuale e politica per stabilire quale dei 2 modelli istituzionali sia più adatto a garantire i valori tipici della socialità europea, alla luce delle attuali conoscenze teoriche sul piano macro e micro economico, dei determinanti di salute, delle performance di sistema, del grado di soddisfazione degli utenti, del costo di prestazioni e servizi, dell'efficienza ed efficacia allocativa delle risorse, rischia di non comprendere che in Europa, pur in presenza di una crisi così difficile, vi è un **MUTUO RICONOSCIMENTO** della idoneità di entrambi i modelli e delle loro varianti a garanzia dei valori universali e solidaristici dei sistemi di protezione sociale che caratterizzano la società Europea.

# DOV'E' IL PROBLEMA?



- **Entrambi gli approcci sono risultati insufficienti dovendo conseguire con risorse finite e, quindi, contenimento della spesa, il conseguimento di bisogni ed esigenze degli utenti, sempre più esigenti in efficienza e qualità delle cure dentro una transizione epidemiologica, che porta con se, certo innovazione sul piano scientifico e tecnologico, ma cambia anche i paradigmi programmatici delle priorità di intervento, con l'affermarsi di una longevità e di cure di lunga durata senza precedenti.**

# REGOLAZIONE VERSO COMPETIZIONE e COMPETIZIONE VERSO REGOLAZIONE



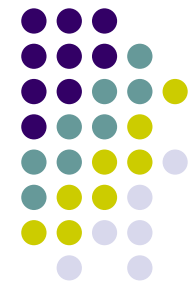
- Le analisi macroeconomiche e di finanza pubblica che dominavano il settore sanitario sono state affiancate da approcci di tipo micro e gestionali.
- Strategie che si proponevano di perseguire cost containment and quality care, attraverso la regolazione sono state superate da approcci che mirano a conseguire gli stessi obiettivi attraverso la competizione.
- Al tempo stesso strategie in cui la competizione non assicurava equità e soddisfazione della più generale domanda di salute si sono spostate verso regolazioni e controlli dei meccanismi competitivi, con un maggior intervento da parte degli attori istituzionali, o con la copertura attraverso entrate fiscali della parte di popolazione a basso reddito o fortemente disagiata.

# Ne esce un quadro europeo di sistemi misti, in aggiustamento continuo



- Il bilancio di oltre un decennio di riforme, su i due modelli del secolo scorso e che perdurano con aggiustamenti progressivi in questo terzo millennio, dicono che la protezione della salute, come diritto universale e grande bene della collettività, nonché motore di sviluppo della crescita economico sociale e culturale delle società, smentisce radicalmente l'ipotesi mercantile ed individualistica della protezione della salute, tipica della storia d'oltreoceano, per approdare dentro un laboratorio di esperienze europee certo perfettibili, ma che avendo una cornice di pluralismo istituzionale, di sussidiarietà verticale ed orizzontale, può produrre soluzioni più fertili in un contesto che affonda le sue radici nel solidarismo, che rappresenta il denominatore comune del nostro continente.

# **l'OCSE nel panel dei 34 paesi: evoluzione dei sistemi di protezione sanitaria secondo il sistema di finanziamento**



- Servizi sanitari nazionali sostenuti dalla fiscalità generale: Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito. (cd. *“Modelli alla Beveridge”*)
- Sistemi di assicurazione sociale finanziati da contributi obbligatori e fondi assicurativi: Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Olanda( prima della riforma del 2006), Polonia. (cd. *“Modelli alla Bismark”*)
- Sistemi basati sull'assicurazione privata obbligatoria, finanziati da CRI ( Community Rating Insurance ): Svizzera, Olanda (dopo la riforma del 2006).
- Sistemi a prevalente assicurazione volontaria, finanziati da premi assicurativi basati sul rischio individuale, salvo MEDICAID e MEDICARE: USA, ora verso riforma OBAMA.
- Sistemi Misti che combinano i tre modelli precedenti: Corea del Sud, Grecia, Turchia, Slovacchia, Repubblica Ceca.
- Sistemi privati misti finanziati da pagamenti diretti dei pazienti: Messico.

# Ma la realtà fattuale dimostra che:



- **Nei primi 4 gruppi, legati alla tradizione di Welfare europeo, nessun paese poggia su un solo metodo di finanziamento. Nei SSN del 1° gruppo, accanto alla tassazione generale sono presenti anche contributi sociali o imposte di scopo gravanti sui salari. Ciò avviene nel Regno Unito ed in misura più sfumata in Italia. Mentre i sistemi del 2° e 3° gruppo, oltre che dai fondi di assicurazione sociali e privati obbligatori, sono spesso integrati da risorse derivanti dal sistema fiscale generale.**
- **Il NHS inglese aiuta a capire la complessità e l'articolazione dei sistemi sanitari, poiché pur essendo un sistema interamente pubblico, finanziato dalla fiscalità generale è caratterizzato da un mercato interno ad elevata de-integrazione, alta concorrenza e ampia scelta da parte dei pazienti, con la presenza anche di enti no profit che gestiscono gran parte delle cure di lunga durata, BENENDEN è la più grande organizzazione che gestisce le RSA e i servizi e le cure domiciliari, nonché alcuni grandi ospedali di provincia.**
- **A questo proposito si vedano le analisi di Nicita, Smith e Goddard, 2009.**

# I sistemi di health care sono numerosi



- **Non vanno identificati solo con gli altrettanto numerosi sistemi di finanziamento, molteplici sono le soluzioni organizzative adottate.**
- **I sistemi basati sulla prevalenza di assicurazioni private, non garantiscono una copertura dei rischi adeguata ed equa e sono ormai, quasi ovunque, integrati da assicurazioni sociali, in tale direzione vorrebbe approdare la riforma Obama.**
- **Le riforme europee nei sistemi sanitari durante tutto l'arco degli anni '90 e in questi primi dieci anni 2000 hanno dimostrato la necessità di superamento dei sistemi a pianificazione integrata e centralizzata, command & control, dando luogo a sistemi misti.**
- **I sistemi misti a concorrenza amministrata possono conseguire risultati apprezzabili in termini sia di efficienza che di equità se adottano meccanismi di regolazione e accreditamento efficienti con adeguati controlli ex ante ed ex post. L'obiettivo è garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buono stato di salute indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali, territoriali.**
- **Tutti i sistemi di finanziamento tendono a modellare un sistema a tre pilastri, distinguendosi per le dimensioni che assumono i tre. Noi, in Italia tendiamo a privilegiare il primo e stentiamo a far decollare il secondo, nonostante i decreti Turco e Sacconi degli ultimi due anni, senza però riuscire a contenere il terzo, la spesa privata out of pocket delle famiglie.**

# Quale ruolo per le assicurazioni private nei paesi OCSE



- **L'assicurazione privata può ricoprire 4 ruoli: PRIMARIA, DUPLICATIVA, COMPLEMENTARE, SUPPLEMENTARE.**
- **In USA, PAESI BASSI, GERMANIA, il settore privato contribuisce alla copertura primaria di quei gruppi di cittadini che non hanno accesso ai servizi sanitari pubblici perché a reddito medio alto.**
- **In AUSTRALIA, IRLANDA, NUOVA ZELANDA e U.K. L'assicurazione privata opera in parallelo con i servizi pubblici duplicando la copertura fornita dallo Stato e offrendo un'alternativa privata.**
- **In molti altri paesi, come ad esempio la Francia, il settore privato integra i finanziamenti dell'assicurazione obbligatoria di malattia provvedendo alla partecipazione alle spese da parte degli assicurati con assicurazioni complementari.**
- **Infine , in diversi paesi le assicurazioni private sostituiscono il sistema sanitario obbligatorio pubblico, finanziando quei beni e servizi che ne risultano esclusi, In SVIZZERA ad esempio, l'80% della popolazione rispetto ai servizi non coperti dal sistema di protezione sociale, stipula un'assicurazione volontaria privatamente. In Spagna un modello di assistenza sostitutiva è rappresentato da MUFACE (Mutualidad general de funcionarios Civiles del Estado) che hanno optato liberamente per un'assicurazione sanitaria privata, rinunciando alla copertura di tipo pubblico**

# Casse malattia, Fondi e mutualità in Europa



- Si sono molto sviluppati soprattutto in quei paesi il cui sistema di copertura si basa sulle assicurazioni sociali obbligatorie, a seguito dei processi di riforma avviati ed in atto, hanno continuato a svilupparsi, anche negli ultimi 2 anni di crisi.
- Hanno dovuto fare i conti con ristrettezze economiche più marcate da parte dei sottoscrittori, con efficientizzazioni delle loro procedure economico-gestionali, con domande sempre più elevate di copertura complementare, rispetto ai sistemi che hanno adottato consistenti politiche di razionamento della spesa e di copayment più estesi, con la richiesta di copertura per le cure di lunga durata per la parte non coperta dai propri sistemi di protezione sociale o dai voucher trasferiti a seconda della soglia di reddito percepita dai cittadini.

# Alcuni numeri indicativi nei paesi U E



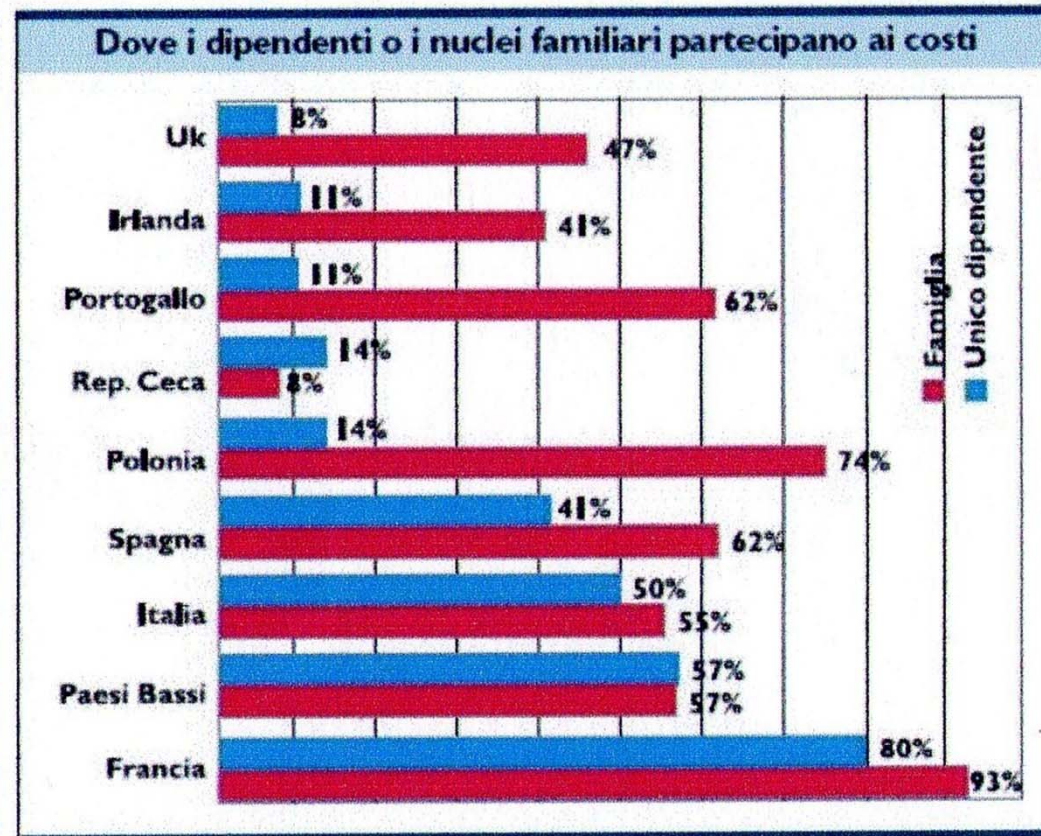
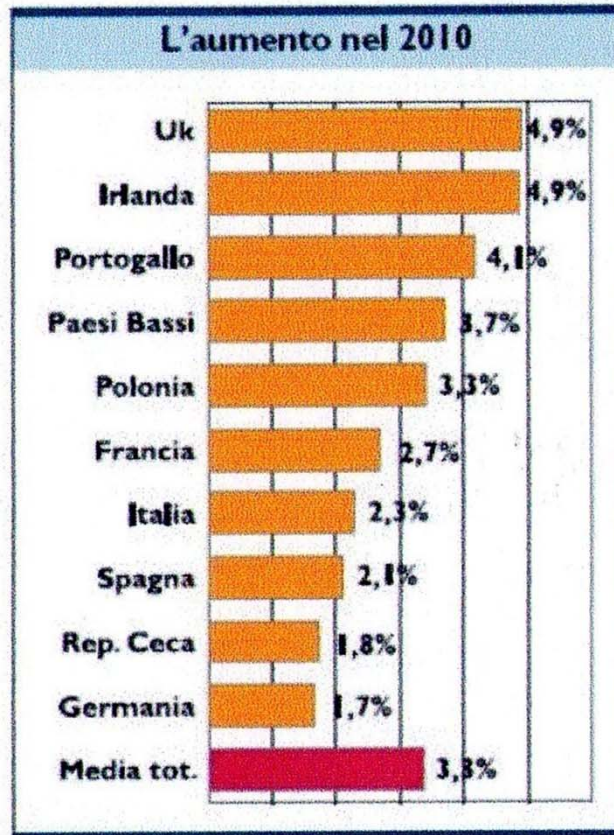
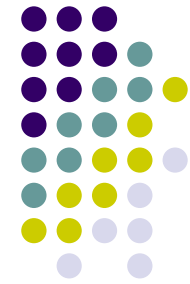
- **Francia:** l'assicurazione di malattia obbligatoria, copre quasi il 90% della popolazione. Il Fondo nazionale di malattia CNAMTS, 16 fondi di assicurazione sanitaria regionale CRAM, 128 fondi di assicurazione primaria a livello cittadino CPAM, 4 fondi nei dipartimenti d'oltremare CSST.
- **I fondi categoriali:** sono previsti per i dipendenti agricoli e i loro familiari, MSA, artigiani, commercianti e professionisti RSI, fondi per il personale del settore minerario, del mare e ferroviario, per gli artisti e per alcune categorie speciali, dal Parlamento ai ministri, dai magistrati al personale accademico.
- **Infine vi è una copertura universale CMU** che riguarda le fasce di reddito basse con reddito annuo di 7580 euro.
- **I contributi ai fondi sono basati su contribuzione del datore di lavoro e del lavoratore.** La copertura lascia fuori una serie di prestazioni e servizi e forme di copayment che vengono coperti con assicurazioni complementari a carico dell'utente o con le stesse caisses maladie che negoziano con il sistema delle mutuelles o con compagnie di assicurazione private o con i fondi pensione, soprattutto per cure di lunga durata o per problemi di inabilità, le coperture necessarie.
- **La mutualità è molto sviluppata, 6 francesi su 10 sono soci iscritti ad Harmonie mutuelle** che raggruppa le più grandi mutue no profit, 295 agenzie sparse nei 62 dipartimenti, 4.000.000 di persone, 57% a titolo individuale e 43% a titolo collettivo nei luoghi di lavoro attraverso la CMUC.
- **Nel 2010 fondi complementari e mutuelle sono aumentati del 2,1%.**

# Alcune tendenze all'aumento in alcuni paesi U E



- **Nel 2010, in piena crisi, le offerte di copertura sanitaria e benefit legati alla salute, da parte dei datori di lavoro sono cresciute in Europa del 3,3%.**
- **Un balzo in avanti, che in molti paesi U E, è stato più alto rispetto agli aumenti di salari e stipendi e dell'inflazione.**
- **La maggior tutela del bene salute è prevalsa su maggiori aumenti salariali, certo anche per la convenienza delle imprese sia sul terreno fiscale, sia per fidelizzazione dei dipendenti al lavoro e ad innalzare i troppo bassi tassi di crescita.**

Lo vediamo da queste 2 tabelle,  
 estratte dalla ricerca Employee health & benefit,  
 condotta in 14 paesi europei da Mercer



# La ricerca ci dice...



- Che l'aumento maggiore è stato in Irlanda e nel Regno Unito, pari al 4,9%.
- I benefit legati alla salute includono piani sanitari integrativi, sostegno al reddito, copertura medica in caso di gravi malattie, cure odontoiatriche, prestazioni ottiche ed anche programmi benessere presso palestre.
- L'indagine infine dimostra che i piani sanitari privati che includono sia la parte obbligatoria prevista dai contratti collettivi di lavoro, che quella supplementare volontaria sono offerti da quasi tutte le aziende intervistate (93%) in paesi con sistemi sanitari pubblici tra cui Irlanda, Regno Unito, Portogallo, Spagna e Italia, anche se da noi l'aumento di offerte integrative è stato più contenuto, pari al 2,3%, nei rinnovi contrattuali 2009-2011.

# In Conclusione (1)



- **Proprio l'esperienza in progress dei paesi europei ci dice che abbiamo bisogno di portare a termine in maniera fattiva il processo che abbiamo avviato, con i primi tentativi di dare una ossatura, all'avvio del secondo pilastro.**
- **Che il tempo che abbiamo di fronte non è molto, se vogliamo costruirlo dentro una cornice di regole condivise tra tutti gli attori istituzionali, sociali e i cittadini del nostro paese. Proprio in vista del federalismo e dello sforzo cruciale di rispetto dei vincoli europei, non possiamo attardarci ancora una volta, su nuove forme di copayment e razionamenti di risorse umane, prestazioni e servizi, magari peggiorando la qualità delle cure.**
- **Occorre affrontare il toro per le corna, superare ipocrisie e difese ideologiche di un astratto universalismo, che vede un paese spaccato in 2, sul terreno della salute, vaniloqui sui costi standard, ancor prima di aver avuto il coraggio di dire quali LEA sono il riferimento e quali bisogni assistenziali costituiscono la priorità di un paese che invecchia, ma che non vuole rinunciare alla tutela universalistica della salute, chiamando ad una responsabilità collettiva cittadini, imprese istituzioni a fare la propria parte, perchè un grande bene collettivo possa essere tutelato con l'apporto responsabile dell'intera comunità, sul terreno della sua sostenibilita, comprese tutte le misure di lotta agli sprechi del sistema.**

# In Conclusione (2)



- **Proposte in campo ne sono venute avanti in questi nostri convegni ormai da 2 anni. Hanno bisogno di trovare nelle istituzioni un interlocutore attento, lungimirante e dialogante per approntare il quadro di riferimento normativo che ancora manca, la strumentazione di controllo necessaria, la riorganizzazione armonica del sistema di detrazioni e deduzioni fiscali, adeguate proprio in vista della tanto attesa riforma fiscale che non può lasciare nell'irrazionalità il vigente sistema di agevolazioni.**
- **Insomma c'è molto da fare e tutti noi qui, se ci ritroviamo a riflettere, confrontarci, verificare soluzioni ed esperienze siamo mossi dal desiderio di coniugare universalità, solidarietà e libertà di scelta degli strumenti più idonei a fare del sistema di protezione della salute uno strumento sempre più efficace e rispondente ad una società che cambia.**