

# Business international



- **“Analisi comparativa dei sistemi di sanità integrativa in UE: quali modelli ed indicazioni per l’Italia”**
- Grazia Labate, ricercatore in economia sanitaria, York U.K.
- **Roma, 29 ottobre, 2012 - Palazzo Rospigliosi**

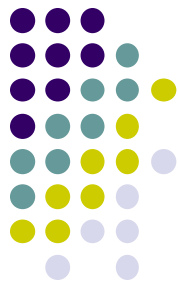
# Una prima riflessione di contesto



- I sistemi sanitari europei, e con essi l'Italia, hanno tutti attraversato, a partire dagli anni '90 e fino a tutta la prima metà degli anni 2000, un lungo periodo di politiche di efficientizzazione della spesa sanitaria.
- Nell'arco di tempo che va dal 2000 al 2009 la spesa sanitaria è cresciuta del 5% in rapporto al PIL.
- I dati pubblicati dall'OCSE, nel 2010, indicano che non vi è una chiara correlazione tra spesa sanitaria e speranza di vita.
- Nel 2009, il Giappone mostra la più alta speranza di vita (83 anni) anche se il rapporto spesa sanitaria/ PIL (9,5%) corrispondeva alla media OCSE; gli USA avevano ed hanno il rapporto spesa/PIL (17,1%) ed una speranza di vita pari a 78,5 anni; la Corea del sud ha uno dei più bassi rapporti spesa/PIL (6,9% ed una speranza di vita di 80,4 anni superiore a quella degli USA.
- Tuttavia non sono mancate e non mancano tensioni, dovute sempre più all'invecchiamento della popolazione nonché agli effetti della crisi economico- finanziaria a far data dal 2007.

# Riflettendo sul contesto

## 1



- Ancorchè, vi sia un dibattito vivace nella comunità economica e scientifica, sulla rilevanza dell’impatto demografico dell’invecchiamento sulla spesa sanitaria in rapporto al PIL, è comunemente acclarato che gli effetti delle malattie croniche degenerative e soprattutto l’aumento di spesa per tutte le aree, che sono border line, tra sanitario e socio-assistenziale, possono mettere sotto scacco la stabilità dei sistemi di protezione della salute e di protezione sociale.
- Per di più negli ultimi 5 anni, in presenza di bassa crescita, e recentemente in aperta fase di stagnazione, è evidente che si stanno riversando sui sistemi di sicurezza sociale e sanitari, problematiche, che non sono interne alla dinamica delle politiche sociali e della sanità, ma riguardano il sistema economico generale nel suo complesso.

# Riflettendo sul contesto

## 2



- Malgrado la crisi, che i macrodati testimoniano, nei paesi europei,, si è aperta da tempo una riflessione sugli spazi di responsabilità individuale e collettiva per la tutela della salute, non solo favorendo forme individuali e collettive per la copertura del rischio malattia, ma anche dei costi di partecipazione ai diversi sistemi, la discussione verte inoltre, sull' adozione di tassazioni di scopo al fine di scoraggiare comportamenti dannosi alla salute, volti a migliorare gli stili di vita.
- Ne sono esempio le forme di copayment, presenti in tutti i sistemi europei, più estese e più elevate che nel nostro paese, che in costanza della crisi subiscono maggiorazioni nella compartecipazione ai costi.
- La maggiore tassazione sulle sigarette in tutta l'Europa a 17, che in Svezia arriva fino ad 8 euro al pacchetto; la tassazione dei cibi ad alto contenuto di grassi, che è stata adottata dalla Danimarca nella lotta all'obesità e alle patologie ad essa correlate; la tassazione sulle bevande analcoliche con aggiunta di zuccheri adottata dalla Francia nella lotta all'obesità adolescenziale e al diabete di tipo 2 così come recentemente dall'Ungheria.

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



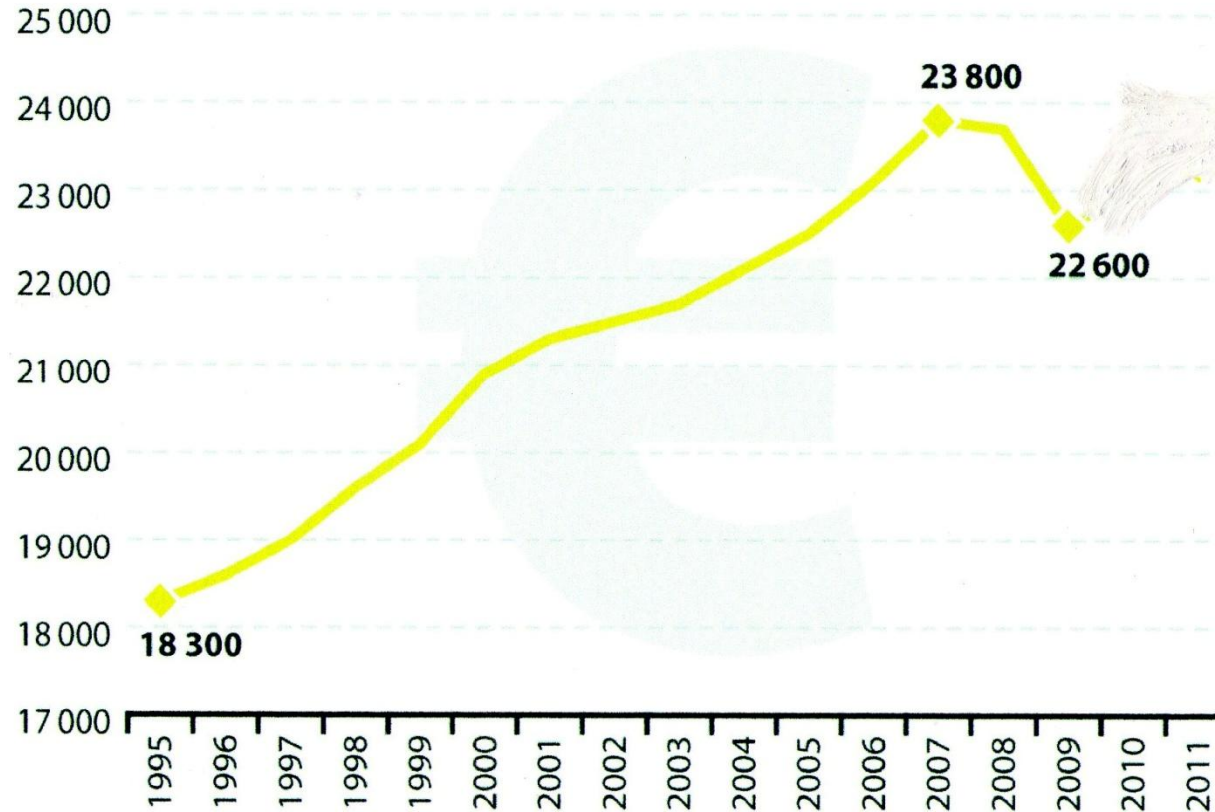
- **La recente crisi economica e finanziaria (2007), con il suo protarsi ed acuirsi nel tempo, è un fenomeno senza precedenti:**
  - **Il PIL europeo è sceso del 4% nel 2011;**
  - **La produzione industriale è tornata al livello degli anni '90;**
  - **23 milioni di persone pari al 10,05% della popolazione attiva, sono attualmente disoccupate.**
  - **Le finanze pubbliche hanno subito un forte deterioramento con deficit medi pari al 7% del PIL e livelli di debito intorno all'85% del Pil.**
  - **La popolazione attiva dell'UE, 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).**

# Interruzione della crescita economica

- Il PIL dell'UE è cresciuto regolarmente fino al 2007
- Dopo la crisi del 2008 è iniziata una fase di recessione, con un calo del PIL del 4,6 %

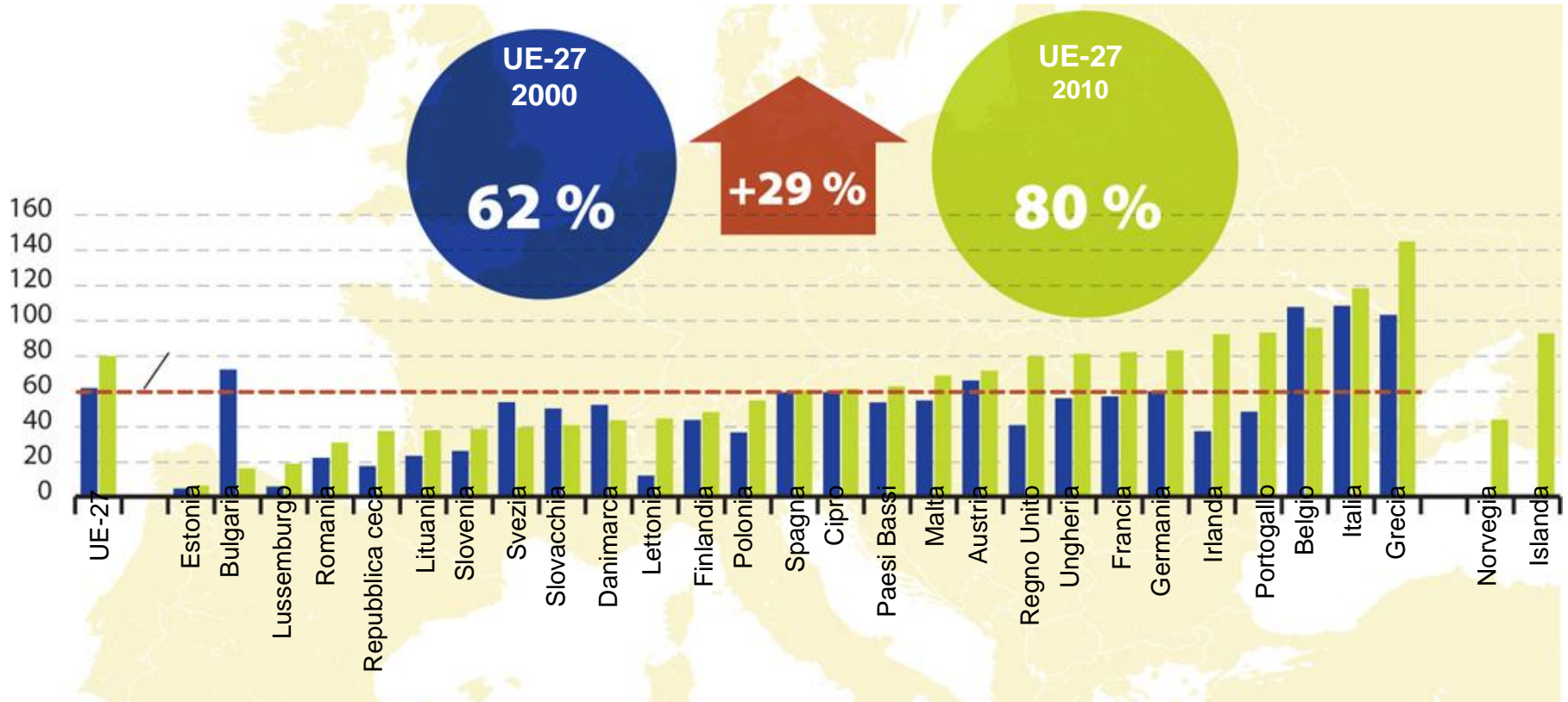
## PIL reale pro capite, UE-27

Euro (deflazionati)

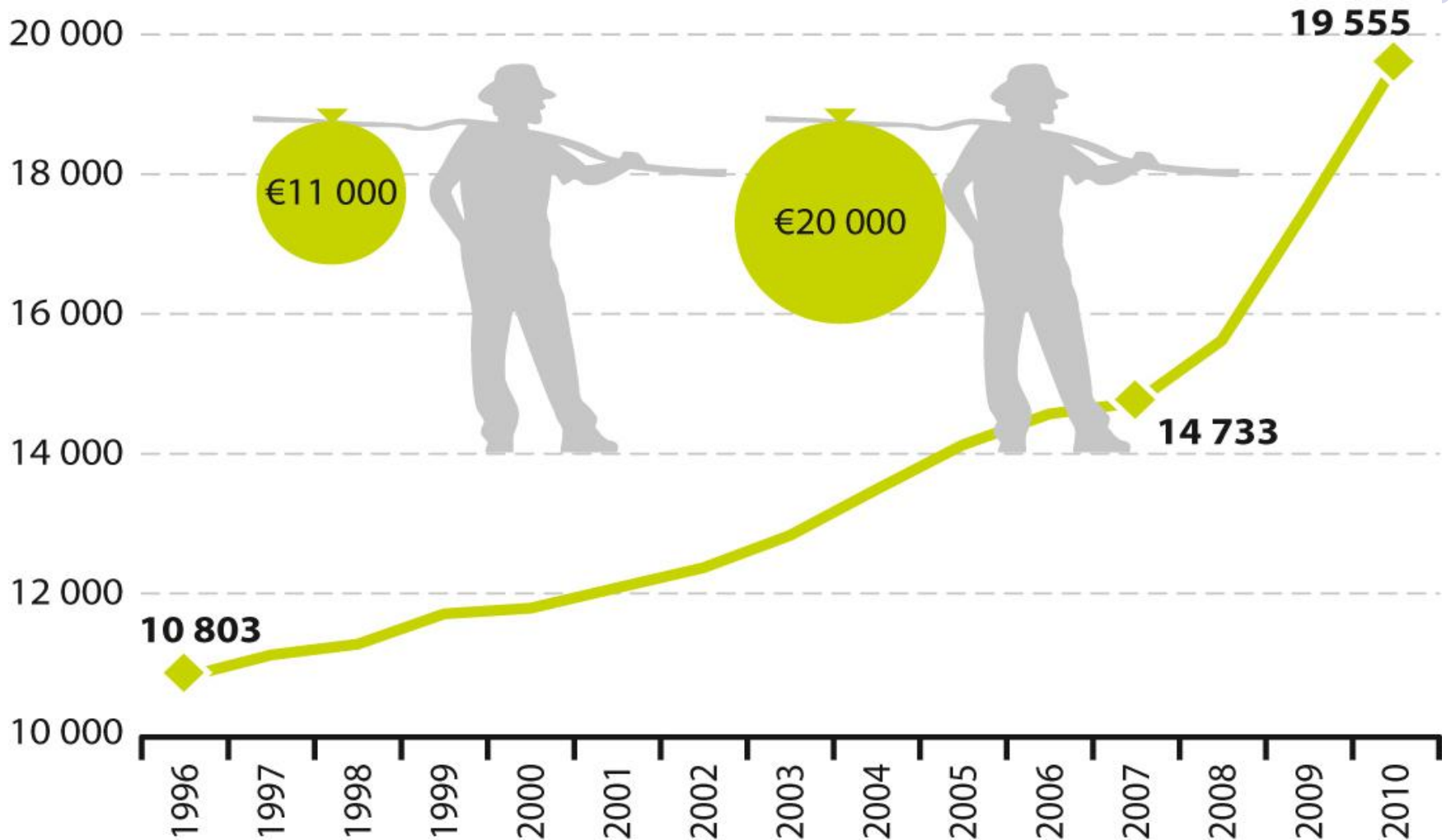


Fonte: Eurostat (codice dei dati online: [tsdec100](#))

# Debito pubblico per paese in % del PIL a prezzi correnti

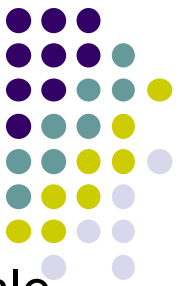


# Anche il debito pubblico pro capite è cresciuto

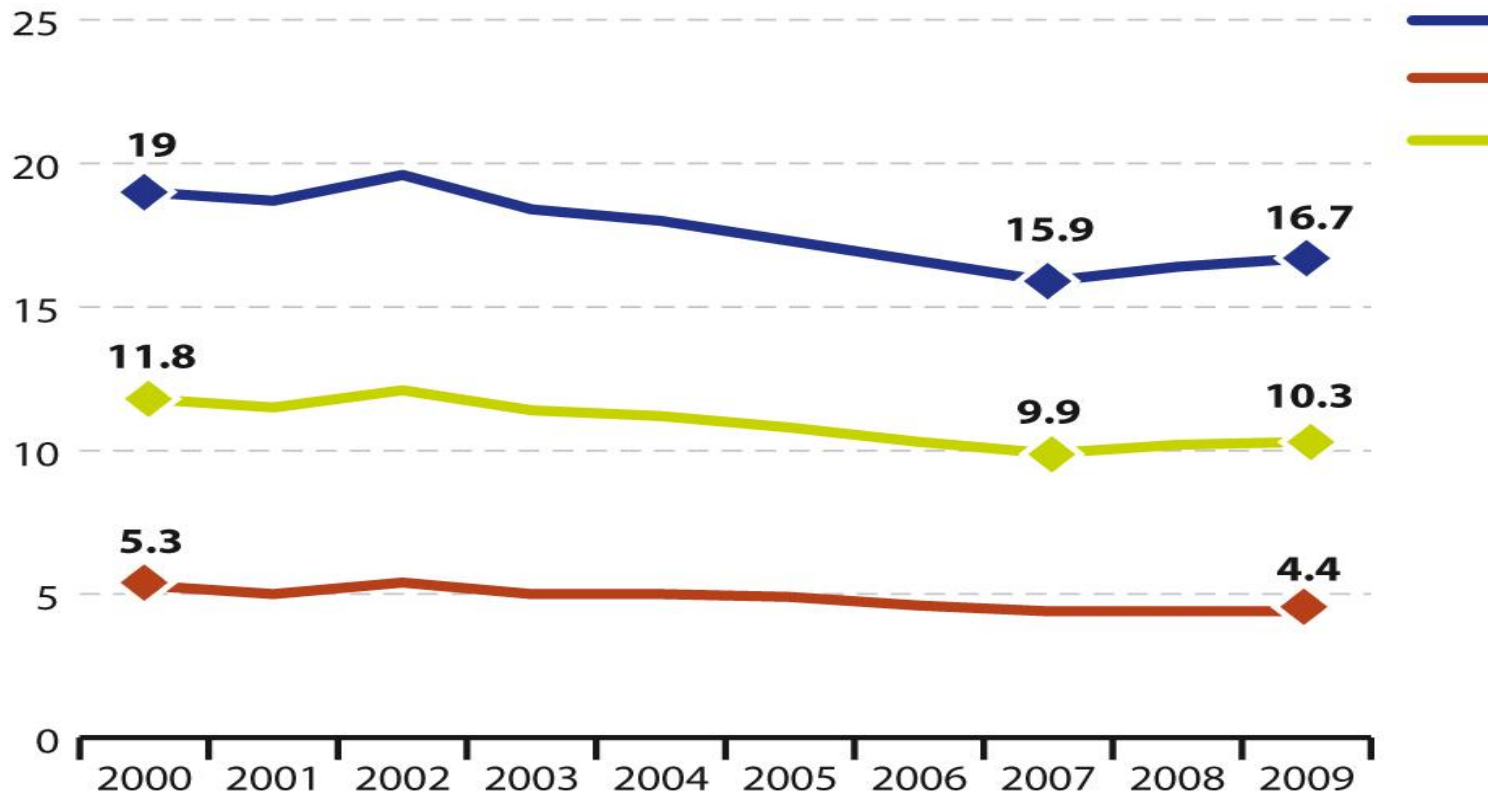




# Tasso di suicidi nell'ultimo decennio



- La linea blu riguarda gli uomini, la rossa le donne, la verde il totale dei suicidi.
- Tra il 2007 ed il 2010 gli aumenti si sono verificati in costanza della crisi economica.



# il libro bianco: Insieme per la salute 2008-2013 e i recenti dati OCSE 2010- 2012



- Secondo l'OCSE l'incidenza media sul PIL, nel 2010, è stata per la spesa sanitaria nei paesi europei che compongono il panel costruito, in base ai dati OECD, **pari al 9,5 %**.

**Gli stati che spendono di più nel settore sanitario: gli USA con il 17,4%.**

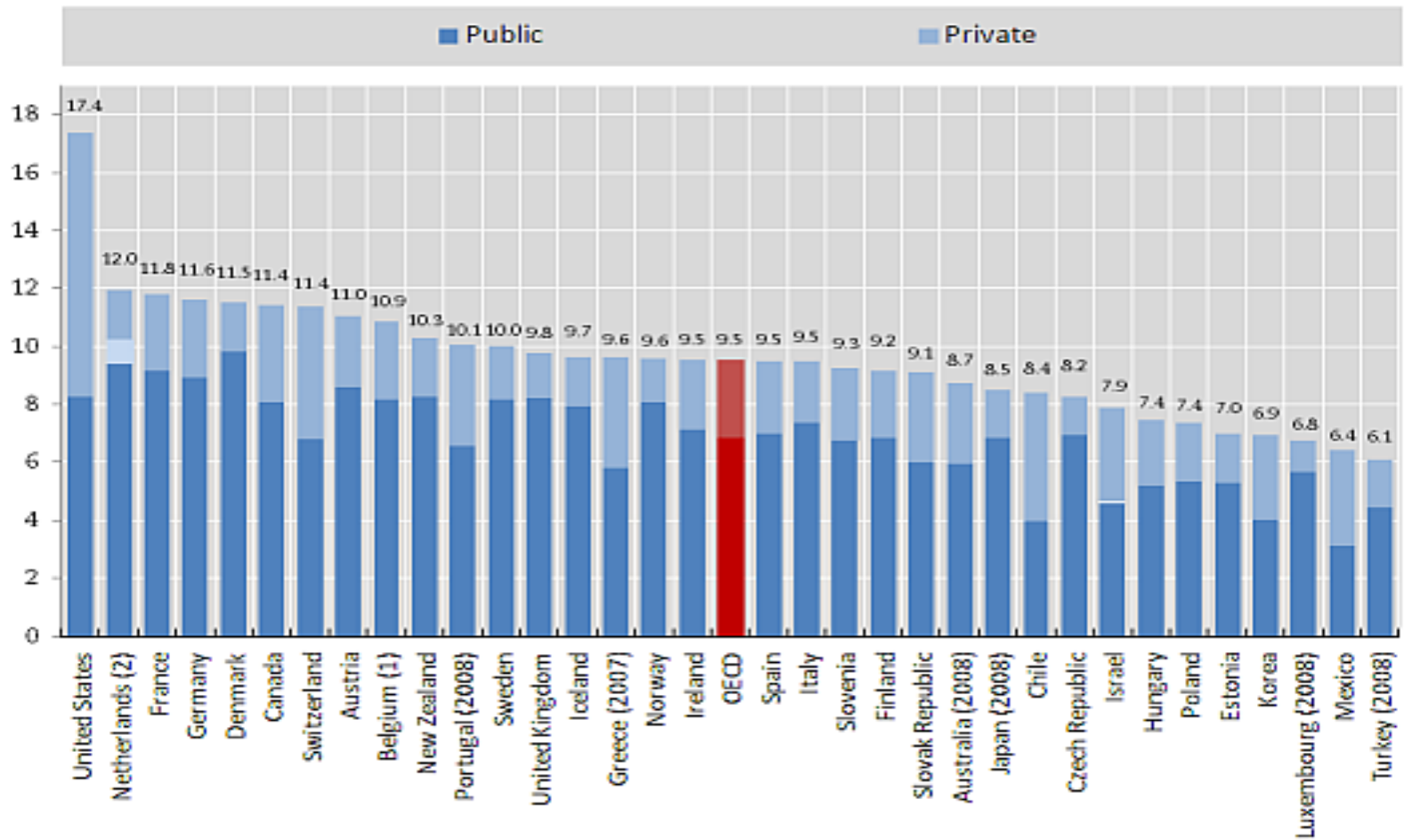
**In Europa:**

**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% era nella media rispetto ai 34 paesi considerati, con un trend in decrescita, che possiamo riscontrare con il 9,3% sul PIL nei successivi grafici**

**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. Nel 2011, 114 miliardi e 818 milioni di spesa pubblica con una spesa privata di 30 miliardi di euro. Dunque una spesa totale di 143 miliardi e 021 milioni di euro pari al 9, 3% di incidenza sul PIL. \***

\*Fonte: relazione generale della Corte dei Conti, pubblicata sulla G.U. del 4 agosto 2011, su dati elaborati dall'andamento dei bilanci delle Regioni italiane.

# Spesa sanitaria nei 34 paesi OCSE “Health at Glance 2010” in % sul PIL



# Il rapporto Ocse 2012 segnala



- Che in presenza di crescita zero nel 2010, in termini reali, la quasi totalità dei 34 paesi aderenti, che dal 2000 al 2009 avevano visto una crescita della spesa sanitaria dell'ordine del 5%, vedono a partire dal 2010 in poi una frenata ed una diminuzione della spesa pubblica sanitaria di circa mezzo punto %, concentrandosi in Europa quale figlia della crisi che colpisce in modo più pesante il vecchio continente.
- A guidare la riduzione della spesa sono : Irlanda, Islanda, Estonia e Grecia.
- L'Italia con il 9,3% delPIL, leggermente al di sotto della media OCSE, del 9,5%, vede anche la quota capitaria al di sotto della media europea, con 2964 \$ americani pro capite contro 3268\$ di media OCSE.

# 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 UE, 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 2007 e il 2010 ed incide per il 2,7% sul PIL.
- Se si osserva la serie storica dal 1980 al 2007 si rileva un andamento altalenante della copertura privata per la spesa sanitaria.

# La spesa privata



- Il paese che ha fatto registrare il maggior incremento dell'indice fra l'80 e il 2008 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, al 29% del 2010, si colloca fra i paesi che hanno registrato una significativa crescita. Con un'alta percentuale dell'out of pocket, circa il 23%.\*La vera anomalia italiana rispetto ai paesi europei.
- 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. \*\*
- \* Fonte Eurostat 2010
- \*\* Fonte ISTAT, NOI italia 2011

# 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, **fa correre quantomeno il rischio di presunzione**, poiché è in atto un percorso, 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.**

# DOV'E' IL PROBLEMA?



- **Entrambi gli approcci sono risultati insufficienti dovendo conseguire con risorse finite e, quindi, contenimento della spesa, il conseguimento di bisogni e domande 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 i paradigmi interpretativi e programmatori 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



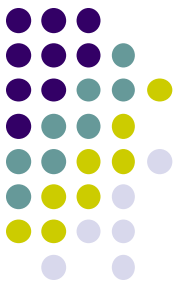
- Le analisi macroeconomiche e di finanza pubblica che dominavano il settore sanitario sono state affiancate da approcci di tipo micro e gestionali.
- Strategie che si proponevano di perseguire **cost containment and quality care, attraverso la regolazione** sono state superate da approcci che mirano 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 maggiore 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



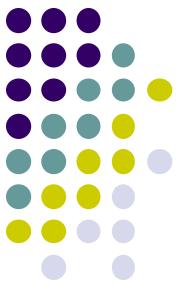
- **Il bilancio di oltre un decennio di riforme, su i due modelli del secolo scorso e che perdurano con aggiustamenti progressivi in questo terzo millennio, dicono che la protezione della salute, come diritto universale e grande bene della collettività, nonché motore di sviluppo della crescita economico 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.**

# Evoluzione dei sistemi di protezione sanitaria secondo il sistema di finanziamento



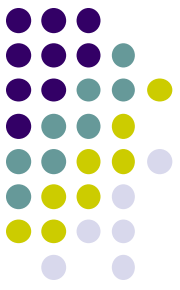
- **Servizi sanitari nazionali sostenuti dalla fiscalità generale:** Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito. (cd. *“Modelli alla Beveridge”*)
- **Sistemi di assicurazione sociale finanziati da contributi obbligatori 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 riforma ACA della presidenza OBAMA.
- **Sistemi Misti che combinano i primi 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 3 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 di categoria o imposte di scopo gravanti sui salari. Ciò avviene nel Regno Unito ed in una certa misura anche 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, vede anche la presenza di fondi integrativi categoriali e di enti no profit che gestiscono beni e servizi sanitari e gran parte delle cure di lunga durata.**
- **BENENDEN è la più grande SMS che copre e gestisce le RSA e i servizi e le cure domiciliari, nonché alcuni grandi ospedali di provincia.**
- **le analisi di Nicita, Smith e Goddard, 2009, sono ampiamente dimostrative a questo proposito.**

# I sistemi di health care sono numerosi



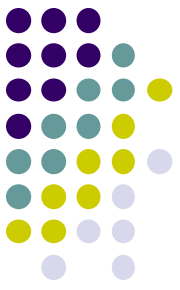
- **Non vanno identificati solo con gli altrettanto numerosi sistemi di finanziamento, molteplici sono le soluzioni organizzative adottate.**
- **I sistemi basati sulla prevalenza di assicurazioni private, non garantiscono una copertura dei rischi adeguata ed equa e sono ormai, quasi ovunque, integrati da assicurazioni sociali, in tale direzione è approvata la riforma Obama.**
- **Le riforme europee nei sistemi sanitari durante tutto l'arco degli anni '90 e in questi primi dodici 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 3 pilastri, distinguendosi per le dimensioni che assumono i tre. Noi, in Italia, nonostante l'ordinamento lo preveda, art.9 della riforma ter 229/99 tendiamo a privilegiare il primo e stentiamo a far decollare il secondo, nonostante i detti italiani di una elevata spesa privata out of pocket delle famiglie. Creti Turco, 2008 e Sacconi, 2009, senza però riuscire a regolare il terzo, di qui l'anomalia tutta italiana di una elevata spesa out of pocket.**

# Quale ruolo per le assicurazioni private nei paesi OCSE



- **L'assicurazione privata può ricoprire 4 ruoli: PRIMARIA, INTEGRATIVA, 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. OPTING OUT p. es. in Germania per i redditi al di sopra dei 70.000 euro annui netti, con l'obbligo di comunicare alle autorità centrali e federali di aver contratto un'assicurazione privata.**
- **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, ma non solo.
- A seguito dei processi di riforma avviati ed in atto, hanno continuato a svilupparsi, anche negli ultimi 5 anni di crisi, in quasi tutti i paesi europei della UE a 17. 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.
- La mutualità senza scopo di lucro, secondo il recente rapporto, luglio 2011, THE ROLE OF MUTUAL SOCIETIES IN THE 21st CENTURY, preparato dalla commissione europea per il Parlamento affinché deliberi LO STATUTO EUROPEO DELLA MUTUALITA', le mutue offrono coperture sanitarie e sociali, assicurative, a 230 milioni di cittadini europei, rappresentano 180 miliardi di quote associative con cui direttamente o acquistando sul mercato, offrono servizi e prestazioni ai propri soci e alle loro famiglie, dando lavoro a 350.000 persone, reggono meglio sul piano finanziario, nonostante la crisi, data la loro finalità in assenza di lucro.

# Alcuni numeri indicativi nei paesi UE

1

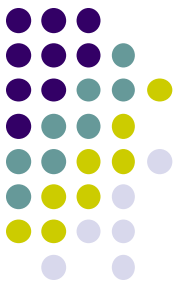


- **Francia:** l'assicurazione di malattia obbligatoria, copre quasi il 90% della popolazione. Il Fondo nazionale di malattia CNAMTS, 16 fondi di assicurazione sanitaria regionale CRAM, 128 fondi di assicurazione primaria a livello cittadino CPAM, 4 fondi nei dipartimenti d'oltremare CSST.
- I fondi 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 8580 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. Cioè 38 milioni di cittadini. **Harmonie mutuelle**, raggruppa le più grandi mutue no profit, 295 agenzie sparse nei 62 dipartimenti, 4.500.000 di persone, 57% a titolo individuale e 43% a titolo collettivo nei luoghi di lavoro attraverso la CMUC.
- **Nel 2011 fondi complementari e les mutuelles sono aumentati del 2%.**



# Alcuni numeri indicativi nei paesi UE

2



- **Inghilterra accanto al NHS, basato sulla fiscalità generale, coesistono fondi negoziali di grandi categorie di lavoratori dipendenti (trasporti, Poste, Banche), Assicurazioni private che si rivolgono a redditi medio alti attraverso BUPA, la più grande holding assicurativa sanitaria che rappresenta il 6,7% del mercato privato, esistono inoltre 46 grandi CHARITIES che assolvono compiti di assistenza verso la cronicità e i malati terminali dietro versamento di un piccolo contributo, in media 70 sterline annue, ed infine BENENDEN una grande SMS a cui sono iscritti circa 1.000.000 di cittadini, che offre la copertura, soprattutto per le diverse forme di copayments, per servizi domiciliari e cure di lunga durata, con l'offerta di servizi a modiche cifre, che variano da 8 sterline a settimana a 35 mensili a 420 sterline l'anno per assistenza domiciliare, pacchetti di prestazioni riabilitative, fino a cure di tipo medico o più continuative.**
- **Svezia accanto al SSN basato sulla fiscalità generale, alcune categorie a reddito alto usufruiscono di assicurazione privata e nelle contee sono fortemente presenti le società di Purchasing, delle quali fanno parte molte Charities, le quali offrono soprattutto servizi e cure di lunga durata, dietro il pagamento di una quota da parte dell'autorità pubblica ed una quota da parte del cittadino, il quale può anche vendere la nuda proprietà di un immobile posseduto al fine di garantirsi il soggiorno in una residenza protetta per anziani o in una casa di cura dedicata.**

# Alcuni numeri indicativi nei paesi UE

3



- **In Germania le SPARKASSEN, 241** mutue dei lavoratori dipendenti delle industrie, si sono molto espanse ad altri settori dell'economia, hanno un ruolo integrativo del sistema obbligatorio assicurativo sociale e sanitario, nonché dell'assicurazione obbligatoria di LTC, istituita già dal 1995, che si alimenta con una quota a carico dell'impresa e del lavoratore che recentemente è stata elevata dall'1,7% all'1,9% e nel patto di stabilità della Germania per il 2014 si prevede debba essere aumentato ancora dello 0,1%.
- Recentemente vanno diffondendosi soprattutto nei paesi del **Nord Europa ed in Olanda** esperienze di **cash for care**, che rendono meno appariscente il solco tra assistenza formale ed informale. Sono schemi di assistenza informale retribuita, che vengono introdotti accanto agli schemi tradizionali esistenti al fine di rafforzare la libertà di scelta e l'empowerment del cittadino.

# In Italia



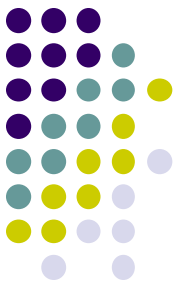
- Le attuali forme integrative di assistenza sanitaria fanno capo a **casce, fondi , SMS e assicurazioni.**
- Raccolgono su base volontaria risparmio dai singoli cittadini o da gruppi di cittadini, o risparmio di tipo contrattuale **al fine di fornire la copertura di prestazioni sanitarie o sociosanitarie, che sostituiscono o integrano in parte o globalmente quelle assicurate dal SSN.**
- Le prime, **(casce, fondi, SMS)** operano secondo **modalità non-profit, le assicurazioni ramo malattia o ramo vita secondo modalità profit oriented.**

# Fondi negoziali, casse, mutue



- **Anni    Iscritti    Assistiti    Fonti indagine**
  - **1998    657.962    1.436.208    Mastrobuono**
  - **2003    980.865    2.179.363    Pfizer**
  - **2004    3.570.000    4.900.000    Università di Padova**
  - **2007    4.983.000    8.341.210    Gruppo di studio Min. Salute**
  - **2008    5.457.132    10.178.200    Labate-Tardiola**
  - **2009    6.396.700    10.178.200+x    Labate**
- 
- **Il dato 2009 degli assistiti compare con +x, poiché solo alla fine del 2010 sarebbe stato possibile avere il dato certo degli assistiti in quanto tra il 2009 ed il 2010 si sono conclusi circa 50 rinnovi contrattuali che avevano previsto accordi di sanità integrativa, prevedendone l'estensione ai familiari a carico o addirittura alla quiescenza postpensionamento, e con CADIPROF l'estensione ai giovani lavoratori co.co.pro e co.co.co.degli studi professionali. Nel 2011 sono nati 2 grossi fondi, Cassacolf, 250.000 iscritti e CASA il fondo per l'artigianato e la piccola impresa, che riguarderà circa 700.000 iscritti su una platea potenziale di 1.200.000 aventi diritto. Esistono inoltre solo 2 Fondi LTC, uno per i dipendenti del settore assicurativo ed uno per quello bancario. Nel settore pubblico e statale un dato esatto è difficile reperirlo se non per stima o analisi sul campo. 8 Regioni su 21 hanno fondi integrativi per i propri dipendenti. 10 Comuni capoluogo di regione, la presidenza del Consiglio, alcuni grandi enti nazionali, dalla ricerca ai beni culturali, alle università ed infine anche le grandi organizzazioni sindacali e cooperative.**

# L'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute



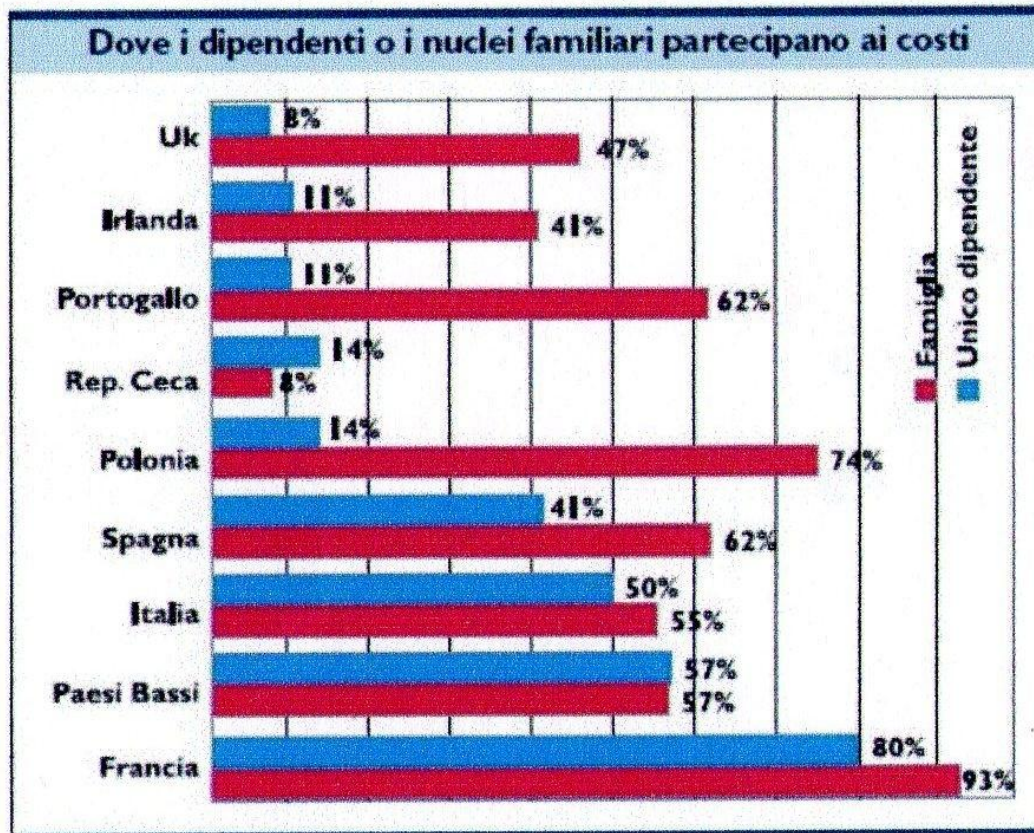
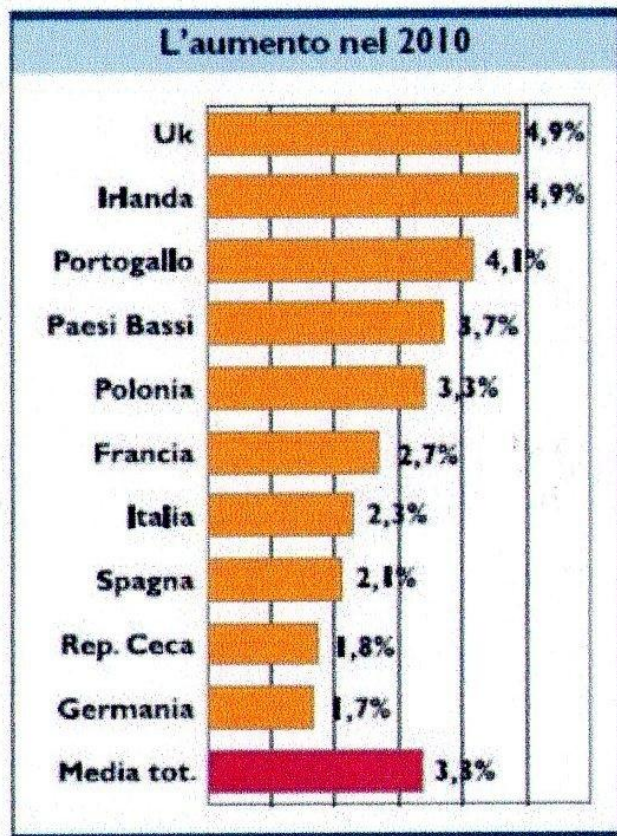
- **Istituita con il decreto del 2008 e regolamentata dal decreto del 2009 ha il compito di monitorare e certificare i fondi sanitari e le società di mutuo soccorso esistenti nel paese, che rispondano ai requisiti ed ai vincoli previsti dall'ordinamento e dai 2 decreti attuativi dell'art.9 della legge 229/1999.**
- **Sta ancora operando per la completa certificazione e ciò che è dato di sapere, per affermazioni fatte dal dirigente responsabile, in un recente convegno ad Arezzo, è che attualmente si sono iscritti all'Anagrafe 293 fondi e 55 SMS, di cui circa 200 certificati e gli altri in attesa dell'istruttoria di verifica della documentazione inviata e della verifica del raggiungimento del vincolo del 20% in odontoiatria e non autosufficienza dell'ammontare delle prestazioni erogate; in maggioranza sono operanti nel centro-nord del Paese, con poca presenza nel sud, hanno rispettato il vincolo del 20% per adire al beneficio fiscale previsto dalla legge nella misura di 3615.20 euro, destinando maggiormente all'odontoiatria e alla riabilitazione post-acuzie le prestazioni verso i propri assistiti. Hanno movimentato circa 4 miliardi di euro di cui oltre 900 milioni destinati alla copertura delle prestazioni vincolate.**
- **Entro la fine dell'anno si saprà ufficialmente come stanno le cose, poiché il Min. Salute con l'Agenzia delle Entrate dovrà procedere alla verifica per l'ottenimento da parte di Fondi, Casse e SMS del beneficio fiscale.**

# **2010/2011: in presenza della crisi, tendenze all'aumento, dei Fondi sanitari negoziali, in alcuni paesi U E**



- **Nel 2010/2011 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 fidelizzare i dipendenti al lavoro e ad innalzare i troppo bassi tassi di crescita.**

# La ricerca Mercer: Employee health & benefit, condotta in 14 paesi europei su 9500 imprese



# 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 oculistiche, 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.**



# Ma anche le Sms sono cresciute



- In Italia, oltre a FIMIV che conta circa 2500 sms, di cui circa 50 riguardano il settore sanitario. **Cesare Pozzo** e consorzio **MUSA** sono le più rappresentative. Recentemente si è costituita la **MUTUA NUOVA SANITA'** con oltre 100.000 soci e 61 sezioni territoriali.
- **La Fondazione Easy Care**, per gli anziani non autosufficienti.
- **Pronto Serenità**, che eroga servizi, insieme alla cooperativa Coopselios, leader in Italia nell'erogazione dei servizi alla persona, che offre soluzioni alle famiglie, ai soggetti fragili, agli anziani non autosufficienti, soluzioni di sostegno assistenza e cura, attraverso l'ANCOM, una associazione di medici di medicina generale e specialisti in geriatria.
- **Infine nel settembre 2011 è nato in Trentino Alto Adige**, il primo fondo sanitario integrativo regionale, gestito con le parti sociali, imprese e lavoratori, SMS per integrare i LEA soprattutto nel campo della non autosufficienza e dell'odontoiatria. Attraverso una Fondazione il fondo eviterà il costo della cessione in gestione a compagnie di assicurazioni e potrà gestire sul territorio attraverso contratti di collaborazione pubblico-privato prestazioni e servizi richiesti dalle famiglie.

# 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, sui costi standard, ancor prima di aver avuto il coraggio di dire quali LEA sono il riferimento attuale e quali bisogni assistenziali costituiscono la priorità di un paese che invecchia. Un paese, che non rinunciando alla tutela universalistica della salute, sia capace di chiamare ad una responsabilità collettiva di protezione e socializzazione dei rischi, cittadini, imprese, istituzioni regionali e locali a fare la propria parte, perchè un grande bene collettivo possa essere tutelato con l'apporto responsabile dell'intera comunità, sul terreno della sua sostenibilità, comprese tutte le misure di lotta agli sprechi del sistema.**



- **Proposte sono venute avanti in convegni e seminari di approfondimento, ormai da più di 3 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 attuazione della delega al Governo in materia assistenziale e fiscale.**
- **Certo non si può lasciare nell'irrazionalità il vigente sistema, ma non ci si può esimere dall'affrontare quale protezione sociale e a chi e con quali strumenti e risorse certe si vuole mettere in atto.**
- **C'è molto da fare e se ci ritroviamo a riflettere, confrontarci, verificare soluzioni ed esperienze, il problema è che siamo mossi dall'idea di coniugare universalità, solidarietà, con gli strumenti più idonei a fare del sistema di protezione sociale e della salute uno strumento sempre più efficace e rispondente ad una società che cambia, ma con risorse scarse, e che non si può far precipitare la situazione verso forme di protezione universale residuali, per i ceti a basso reddito e per il resto ognuno si protegga come può.**
- **E' questione cruciale dal punto di vista culturale, scientifico, sociale e politico, che segna e segnerà il tratto del Welfare del terzo millennio. Rigore, equità e crescita sono possibili, a patto che ognuno faccia la propria parte e del momento difficile di crisi, necessità e virtù.**