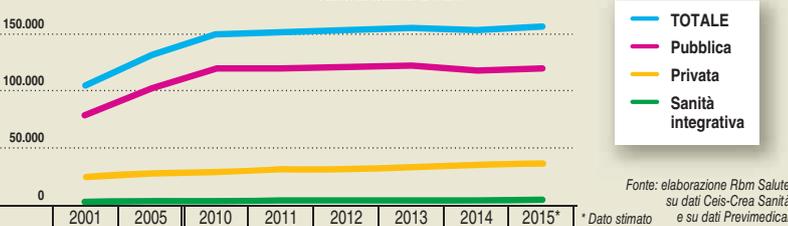


L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA IN ITALIA

Valori in milioni di euro



GRAFICA MF-MILANO FINANZA

BOOM DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA

Spesa pro-capite e pro-nucleo in euro

	2013	2014	2015*
♦ ITALIA (totale)	30,6 mld	32,4 mld	34,6 mld
♦ Pro capite	484,9	530,29	568,7
♦ Pro nucleo	1.218,86	1.802,06	1.924,86

* Dato stimato

Fonte: elaborazione Rbm Salute su dati Ceis-Crea Sanità e su dati Previmedical

GRAFICA MF-MILANO FINANZA

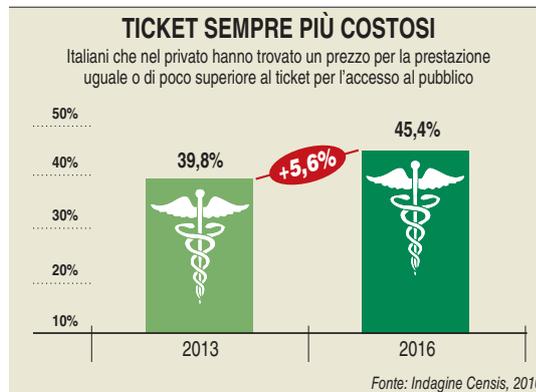
WELFARE L'aggiornamento dei Lea innova, dopo 15 anni, l'elenco delle prestazioni del Ssn. Ma pone nuovi costi, con il rischio di ulteriori tagli. E cresce la spesa a carico delle famiglie per curarsi

di Paola Valentini

Ogni anno gli italiani pagano una tassa nascosta: nel 2015 è stata di 569 euro, con un aumento di 80 euro rispetto al 2013. Si tratta della spesa che i cittadini pagano di tasca propria per curarsi. Il totale fa 34,5 miliardi a fine 2015, valore record che si confronta con i 27,2 miliardi del 2010. Il problema è che soltanto il 13% di questa spesa è intermediata da fondi o polizze sanitarie (4,5 miliardi nel 2015). Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica è diminuita da 112 miliardi del 2010 a 111 miliardi del 2015 e 2016. Da una parte ci sono i vincoli di finanza pubblica che non consentono di erogare alla sanità risorse senza limiti, dall'altra le richieste di cura delle popolazione crescono, non soltanto perché la quota di anziani aumenta ma anche perché l'evoluzione scientifica alza l'asticella qualitativa, aumentando le aspettative di cura. Ogni anno quindi si assiste a un dibattito serrato sui finanziamenti da destinare al Servizio sanitario nazionale. E anche il 2016 non fa eccezione. Il 7 settembre la Conferenza Stato-Regioni ha approvato i nuovi Lea (i Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni che il Ssn è tenuto a garantire ai cittadini), un aggiornamento necessario visto che gli ultimi risalgono al 2001 e questi 15 anni i cambiamenti in medicina sono stati rilevanti sia sul fronte di nuove malattie, sia nell'evoluzione scientifica.

In particolare il decreto sui Lea «definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Ssn, innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete, ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione, descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza». Per la ministra della salute Beatrice Lorenzin

Una salute più protetta



GRAFICA MF-MILANO FINANZA



GRAFICA MF-MILANO FINANZA

servono 800 milioni l'anno per garantire i nuovi Lea, mentre per altri servirebbero almeno dagli 1,5 ai 3 miliardi. «Per tutte queste novità abbiamo chiesto 800 milioni di euro. È una stima basata su uno studio molto approfondito», aveva spiegato in luglio Lorenzin. «Mentre l'assessore lombardo al Welfare Giulio Gallera avverte: «come regioni riteniamo che per far fronte alla spesa occorra un miliardo e mezzo di euro all'anno».

Il problema è sempre il contenimento dei costi per la sanità. E incombe la solita spada di Damocle: i tagli delle prestazioni erogabili. Lo scorso anno, proprio di questi tempi, aveva fatto sollevare ampie levate di scudi il decreto del ministero della Salute sull'appropriata prescrizione. La norma rivedeva visite ed esami coperti dal Ssn e conteneva un elenco di 208 prestazioni quasi automaticamente cancellate. Il decreto toccava varie voci erogabili solo se rispettate certe condizioni, dall'odontoiatria alla radiologia diagnostica, fino agli esami di laboratorio. E i medici di famiglia che non avessero rispettato le regole del decreto rischiavano una riduzione dello stipendio. La misura poi non è stata mai approvata anche a seguito dell'ondata di polemiche che aveva suscitato. Ma ora con



Beatrice Lorenzin

l'aggiornamento dei Lea si rischia che alcune voci diventino per così dire meno essenziali nel campo di azione del Ssn. Perché da un lato si è cercato di fissare livelli qualitativi inserendo prestazioni innovative per tener conto delle evoluzioni di questi anni. Innanzitutto c'è stata una ridefinizione e l'aggiornamento degli elenchi delle malattie rare e di quelle croniche e invalidanti.

Ad esempio tra le malattie croniche è ora inclusa l'endometriosi, che in Italia colpisce circa 3 milioni di donne. Ed è prevista l'inclusione di oltre 110 nuove malattie rare, come la sclerosi sistemica progressiva e la miastenia grave. La celiachia invece cambia classificazione e diventa una malattia cronica, non più una malattia rara. Mentre per quanto concerne i vaccini,

entrano nei Lea l'anti-papillomavirus e l'anti-pneumococco. È stato poi profondamente rivisto l'elenco delle prestazioni di genetica inserendo la consulenza genetica. D'altro lato questi aggiornamenti caricano di costi aggiuntivi le finanze pubbliche che, dati i vincoli di debito, non arriveranno a garantire tutta la spesa: come si diceva solo 800 milioni sono coperti degli almeno 1,5 miliardi di spesa in più. Il finanziamento della parte restante potrebbe essere affidata a tagli, misure per avere maggiore efficienza, meccanismi di razionamento ben noti e che negli anni hanno dato luogo a difficoltà di accesso alla sanità, alle liste d'attesa, fino alla cosiddetta sanità negata, il fenomeno per via dei costi escluse dalle cure pubbliche fasce sempre maggiori della popolazione. Secondo le rilevazioni

del Censis, nel 2016, 11 milioni di italiani rinunceranno a curarsi o rinvieranno le cure, 2 milioni in più rispetto al 2012. Non solo. Dove non arriva la coperta pubblica si rischia anche un rincaro del ticket. E Rbm Assicurazione Salute, che a fine giugno a Roma ha organizzato la sesta edizione del Welfare Day, avverte che i nuovi Lea prevedono un aumento della compartecipazione a carico degli italiani per circa 18 milioni, con maggiore incidenza nelle Regioni in piano di rientro, dove peraltro la garanzia dei Lea è più a rischio e le tasse sono più alte.

Affinché il sistema rimanga sostenibile e la qualità delle cure garantite ai cittadini non si riduca pur a fronte dell'aumento dei costi della sanità, una via di uscita è diversificare le fonti di finanziamento attraverso l'intermediazione della spesa sanitaria privata da parte delle forme sanitarie integrative (polizze salute individuali e fondi sanitari). La creazione di un secondo pilastro creerebbe un polo di acquisto da affiancare al Ssn in grado di poter spuntare con le strutture medico-sanitarie condizioni di prezzo ma anche possibilità di accesso più favorevoli (si veda l'intervista

(continua a pag. 28)

UN CONFRONTO TRA LE COPERTURE OFFERTE DALLE POLIZZE SALUTE SUL MERCATO

Compagnia	Nome della polizza	Controllo medico pre sottoscrizione (questionario/visita)	Malattie pregresse	Ricoveri ospedalieri	Diagnostica (esami strumentali)	Esami di laboratorio, accertamenti e visite specialistiche	Spese per odontoiatria
GENERALI ITALIA <i>generali.it</i>	Sei in Salute Alta Protezione Opzione Top	Richiesto	Escluse	Massimale annuo: 500.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 100%	Massim. annuo: 5.000 € Pagamento Diretto: 75% Rimborso: 75%	Massim. annuo: 2.500 € Pagamento Diretto: 80% con 50 € a carico assicurato Rimborso: 80% con 50 € a carico assicurato	Massim. annuo: 2.500 € Condizioni: Solo infortunio e cure ricostruttive Pagamento Diretto: 80% Rimborso: 80%
RBM SALUTE <i>rbmsalute.it</i> <i>tuttosalute.it</i>	Salute Completa 5 Stelle Opzione Totale*	Non richiesto	Incluse dopo i primi 5 anni	Massimale annuo: 800.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 85%	Massimale annuo: 6.000 € Pagamento Diretto: 80% con 50 € per evento a carico assicurato Rimborso: 80% con 50 € per evento a carico assicurato	Massimale annuo: 5.000 € Pagamento Diretto: 90% con 50 € per evento a carico assicurato Rimborso: 80% con 50 € per evento a carico assicurato	Massimale annuo: Illimitato Condizioni: Tutte le prestazioni dentarie incluse Pagamento Diretto: 100% con quota a carico assicurato differenziata per prestazione
UNISALUTE <i>unisalute.it</i>	Piano Completo	Richiesto	Escluse sempre se non dichiarate nel questionario	Massimale annuo: 100.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 80%	Massimale annuo: 5.500 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 75% con 55 € per evento a carico assicurato	Massimale annuo: 1.600 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 75% con 55 € a carico assicurato per accertamento o ciclo terapia	Prestazioni particolari Pagamento diretto: ablazione tartaro max 60 € 1 visita odontoiatrica Cure da infortunio Massimale annuo: 1.000 € Pagamento Diretto: 75% Rimborso: 75% con 55 € per fattura a carico assicurato
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI <i>www.unipolsai.it</i>	Sanicard Rinnovo Garantito-Formula Completa	Richiesto	Escluse	Massimale annuo: illimitato nei centri convenzionati 150.000 € in quelli non convenz. Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 80% con max 6.000 € a carico assicurato	Massimale annuo: 5.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 80% con 60 € a carico assicurato esclusi esami sangue, MOC e DOC, Pap Test Visite specialistiche non previste		Non previste
ALLIANZ <i>allianz.it</i>	Universo Salute	Richiesto	Escluse se conosciute e non accettate dalla compagnia	Massimale annuo: 100.000 € Massim. annuo: 200.000 € per grandi interventi ed eventi morbosi Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 80%	Massimale annuo: 2.500 € Pagamento Diretto: 80% Rimborso: 80%	Non previste	Solo da infortunio
REALE MUTUA <i>realemutua.it</i>	Per te Salute reale - Opzione Top	Richiesto	Escluse se conosciute e non accettate dalla compagnia	Massimale annuo: 500.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 90% con max 2.000 € a carico assicurato	Massimale annuo: 10.000 € Pagamento Diretto: 90% con 30 € a carico assicurato Rimborso: 90% con 30 € per evento a carico assicurato		Non previste
AXA ASSICURAZIONI <i>axa.it</i>	Protezione Salute	Richiesto	Escluse se conosciute e non accettate dalla compagnia	Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 80% con 1.600 € a carico assicurato **	Pagamento Diretto: 80% con 30 € a carico assicurato Rimborso: 80% con 50 € a carico assicurato	Pagamento Diretto: 80% con 30 € a carico assicurato Rimborso: 80% con 50 € a carico assicurato	Non previste
CATTOLICA ASSICURAZIONI <i>cattolica.it</i>	Più Salute	Richiesto	Escluse	Garanzia Base: ricoveri e g.i. ^o Massim. annuo: indicato in polizza Pagamento Diretto / rimborso: indicato in polizza	Garanzia Aggiuntiva Massimale annuo: 6.000 € Pagamento Diretto / Rimborso: franchigia 500 €/anno a carico assicurato		Non previste
EUROP ASSISTANCE IT. <i>europassistance.it</i>	Eura Salute Ogni giorno	Non richiesto	Escluse	Indennizzo differenziato per classe di intervento da 100 € a 7.000 € Indennizzo di 100 € al giorno massimo 10 giorni per sinistro per ricoveri senza intervento solo per malattia	Rimborso: nei 100 giorni pre e post per classe di intervento da 100 € a 1.500 €		Non previste
CARGEAS ASSICURAZIONI <i>(cargeas.it)</i>	Blufamily XL - Platinum	Richiesto	Escluse	Massimale annuo GI ¹ : 100.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 75% con massimo 10.000 € a carico assicurato indennizzo ricoveri: 100 € al giorno massimo 100 giorni per anno	Solo nei 90 giorni pre e post ricovero e GI Massimale annuo GI ¹ : 7.000 €. Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 90% con 50 € per evento a carico assicurato Massimale annuo ricoveri ordinari: 1.000 € Pagamento Diretto: 100% Rimborso: 100%		Non previste

Le compagnie sono state ordinate in base alla posizione nella classifica Ania del ramo malattia (dal primo al decimo posto)

* Attivabile Copertura Opzionale "9 SETTIMANE" che garantisce in caso di lista di attesa del SSN superiore a 60 giorni incremento massimali del 20% e Pagamento Diretto delle prestazioni sanitarie al 100%

** formula completa con scoperto

^o Grandi Interventi

Nota: Pagamento Diretto: presso le Strutture Sanitarie Convenzionate con la Compagnia
Rimborso: presso qualsiasi Struttura Sanitaria

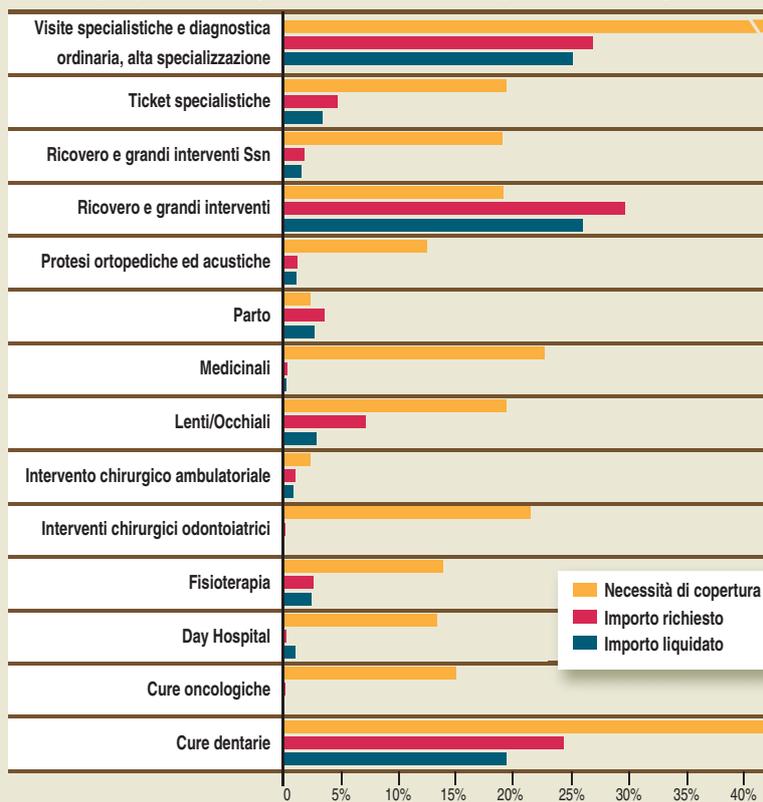
(segue da pag. 26)

a seguire). Tanto più che oggi, sempre secondo l'Indagine Censis, sono 10,2 milioni gli italiani che hanno aumentato rispetto a qualche anno fa il ricorso al privato, soprattutto perché le liste di attesa nel privato si stanno allungando (72,6%). Cresce anche il ricorso all'intramoenia, quindi di tutta la sanità a pagamento (anche in questo caso la maggioranza, ovvero il 66,4%, lo fa per accorciare i tempi di accesso alle cure).

Rilevante è anche la questione dei prezzi delle prestazioni. Continua a crescere la quota di italiani che hanno trovato nel privato un prezzo uguale o di poco superiore al ticket: si è passati dal 39,8% del 2013 al 45,4% di quest'anno. Una situazione che, unita al fenomeno delle lunghe liste di attesa, convince sempre più persone a rivolgersi alle cure private, almeno chi se lo può permettere. Una cosa è certa: gli italiani, sempre secondo le rilevazioni del Censis, sono consapevoli degli sprechi nella sanità e di un certo eccesso di prestazioni inappropriate, ma hanno fiducia nei medici anche come baluardo contro la logica dei tagli. Proprio per scongiurarla, nell'intesa sui nuovi Lea, le Regioni chiederanno al governo di rispettare l'accordo sulle ri-

IL DIVARIO TRA LE COPERTURE RICHIESTE E I RIMBORSI OTTENUTI

Le principali necessità di copertura e i rimborsi effettivamente erogati dai fondi sanitari integrativi*



* Fondi contrattuali, aziendali e fondi territoriali

Fonte: Rbm, Censis - Costruire la nuova sanità integrativa, ed. giugno 2016

GRAFICA MF-MILANO FINANZA

sorse complessive da destinare al Ssn nel prossimo biennio: 113 miliardi per il 2017, quindi 2 miliardi in più rispetto al 2016 e 2015 e 114,9 miliardi per il 2018. «È fondamentale che questi importi», ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, «trovino una puntuale indicazione nella prossima Legge di Bilancio». Il bisogno di finanziamento è crescente perché la popolazione invecchia e le aspettative di cura dei cittadini aumentano. Nel frattempo gli iscritti alla sanità integrativa sono poco più di 11 milioni di persone, solo il 18% della popolazione italiana. Tra le ultime iniziative nel settore c'è Rbm Salute, che ha deciso di includere nelle sue coperture anche le necessità sanitarie sorte dopo il sisma del 24 agosto tra Lazio, Marche, Abruzzo e Umbria (di solito sono esclusi gli interventi sorti a seguito di eventi eccezionali). La compagnia inoltre ha eliminato qualsiasi scoperto o franchigia, ovvero la quota da pagare che di solito resta a carico dell'assicurato, per le cure mediche che gli assicurati residenti nelle quattro regioni devono sostenere come conseguenza diretta del sisma. (riproduzione riservata)

Quotazioni, altre news e analisi su www.milanoфинanza.it/ssn

Vecchietti (Rbm), ora bisogna creare il secondo pilastro della sanità

Un secondo pilastro che affianchi e sostenga il Ssn. Finanziabile subito con 15 miliardi già disponibili. Secondo Marco Vecchietti, consigliere delegato di Rbm Assicurazione Salute, i temi sono maturi per creare una sanità complementare con regole e incentivi fiscali omogenei tra i diversi strumenti (fondi sanitari, polizze salute e società di mutuo soccorso). Sulla falsariga di quanto realizzato nel settore della previdenza integrativa.

Domanda. Dottor Vecchietti, ci spieghi meglio la sua proposta.

Risposta. Siamo partiti dall'analisi della spesa sanitaria privata, ovvero quanto gli italiani spendono di tasca propria per curarsi: nel 2015 è stata raggiunta quota 34,5 miliardi di euro. Voce composta per il 56% dall'acquisto di beni, di cui l'80% circa sono farmaci, e per il 44% da servizi, di cui il 45% cure dentarie, il 31% specialistiche e il 15% diagnostica. Con un sistema di sanità integrativa diffusa, anche attraverso incentivi, che consenta a tutti di dotarsi di un fondo o di una polizza sanitaria che oggi di fatto anche per motivi fiscali sono riservati ai soli dipendenti, sarebbe possibile far risparmiare a ciascun cittadino almeno il 30% dei costi che già sostiene di tasca propria per le cure private, costi dei ticket inclusi. Inoltre, proprio tramite la canalizzazione di tale spesa privata attraverso le forme sanitarie integrative si potrebbe recuperare, per il sistema sanitario nel suo complesso, almeno la quota di spesa dei cittadini impiegata in servizi, tra cure dentarie, specialistiche e diagnostica, stimabile in oltre 15 miliardi.

D. Quali i vantaggi concreti?

R. Si passerebbe da una situazione come quella attuale, in cui solo alcuni cittadini, circa il 18% della popolazione, beneficiano di un supporto economico per le cure sostenute privatamente a un modello strutturato di Secondo Pilastro Sanitario che potrebbe finalizzare a favore del Ssn, in maniera più efficiente e con protocolli di cura integrati, una parte dell'attuale spesa sanitaria privata contenendo

al contempo i comportamenti di consumismo sanitario dei cittadini. In secondo luogo gli operatori del settore potrebbero mettere a disposizione la propria capacità di intermediazione la spesa nei confronti delle strutture sanitarie private consentendo sconti importanti alla popolazione. Il nostro gruppo, Rbm Assicurazione Salute e Previmedical, ad esempio, ogni anno intermedia 850 milioni di spesa sanitaria privata per 7 milioni di persone e, a fronte di questo volume, le strutture convenzionate con noi applicano uno sconto sui prezzi di listino compreso mediamente tra il 30 e il 35% del prezzo al pubblico. Terzo: un secondo pilastro potrebbe consentire di reinvestire nel Ssn una quota molto significativa di queste risorse ora spese in autonomia dai cittadini. Se si garantisse a tutti i cittadini di poter accedere periodicamente a dei protocolli di prevenzione finalizzati a contrastare le malattie croniche non trasmissibili sarebbe possibile ottenere un risparmio per il Ssn 8-12 miliardi nei prossimi 20 anni.



Marco Vecchietti

D. Da dove partire?

R. Oggi nella sanità integrativa c'è la compresenza di diverse categorie di operatori. Ci sono le società di mutuo soccorso, enti aperti a tutti che tutelano oggi tuttavia una fetta ristretta di popolazione e offrono indennizzi economici piuttosto contenuti a fronte di alcune prestazioni sanitarie. C'è poi il mondo dei fondi sanitari occupazionali istituiti dalla contrattazione collettiva nazionale o dalle aziende. Il 50% dei lavoratori dipendenti è assicurato proprio attraverso questi strumenti. Si aggiungono poi le forme sanitarie integrative riservate al pubblico impiego e i piani sanitari integrativi degli enti privatizzati rivolti ai professionisti. Infine ci sono le polizze salute individuali offerte sul mercato dalle compagnie assicurative, sempre più diffuse ormai anche tra i cittadini a reddito medio-basso. A nostro avviso servirebbe in primo luogo una disciplina unica per il settore che, sulla scorta di quanto già fatto ormai più di 10 anni fa per la previdenza complementare, stabilisca un campo unico di gioco e, ferme restando le peculiarità di ciascun operatore, consenta ai cittadini di scegliere con i medesimi vantaggi fiscali la soluzione più idonea. Del resto se appare ormai chiaro a tutti che non è più possibile lasciare sulle spalle delle famiglie i costi crescenti di cure private sempre più necessarie non si può permettere solo ad alcuni cittadini di poter accedere, con l'incentivo dello Stato, alla soluzione.

D. In termini di coperture offerte dai diversi strumenti com'è la situazione attuale?

R. I fondi sanitari occupazionali istituiti con contrattazione collettiva e in buona parte i piani sanitari integrativi riservati ai liberi professionisti si caratterizzano in particolare per un'elevata quota di prestazioni sostitutive o duplicative del Ssn. Questi fondi, infatti, concentrano la propria operatività prevalentemente sulle coperture per grandi interventi chirurgici un tipo di prestazione che, oltre a essere ben presidiato dal Ssn, ricorre nella vita con una bassa frequenza. Diversamente i fondi sanitari aziendali, i piani sanitari integrativi del pubblico impiego e le polizze individuali presentano, generalmente, un mix più equilibrato di prestazioni che abbracciano anche le voci sulle quali attualmente si concentra la spesa sanitaria privata dei cittadini ovvero le prestazioni di natura extraospedaliera. Proprio perché rispondono a queste ultime esigenze, tali strumenti sono mediamente più costosi dei primi. Riteniamo che l'area di azione di un secondo pilastro sanitario andrebbe identificata proprio andando a coprire l'intera estensione dell'attuale spesa sanitaria out of pocket (ovvero di tasca propria, ndr) dei cittadini. In questo modo la sanità integrativa in Italia non intercetterebbe più solo il 13% della spesa privata, 4,5 miliardi, ma, come avviene in altri Paesi europei, ad esempio la Gran Bretagna che ha un sistema sanitario pubblico assimilabile a quello italiano, sarebbe in grado di sostenere almeno il 50% della spesa delle famiglie per le cure private, costi dei ticket del Ssn inclusi.