

**Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi
del Servizio sanitario nazionale**

**Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica
Prof. Gian Carlo Blangiardo**

**XII Commissione (Affari sociali)
Camera dei deputati
Roma, 9 aprile 2019**

Indice

Introduzione	5
1. Welfare aziendale	5
2. Spesa pubblica e privata	6
3. Rinunce o ritardi per prestazioni sanitarie	9

Allegato:

- **Allegato statistico**

Introduzione

In questa audizione l'Istat intende offrire un contributo informativo utile ai lavori della Commissione in materia di Fondi sanitari integrativi. L'Istituto, non accedendo all'anagrafe dei Fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo, tuttavia è in grado di mettere a disposizione alcuni dati sulle imprese che stanziavano finanziamenti per la partecipazione a fondi integrativi per la salute e, più in generale, un articolato quadro informativo sui livelli e la composizione della spesa sanitaria in Italia e sulle rinunce alle cure. Il sistema dei conti della sanità¹ (disponibile dal 2012 al 2017) fornisce, attraverso la misura dei flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari, dati sull'andamento della spesa sanitaria in Italia comparabile con il resto dei paesi europei. Inoltre, classificando la spesa a seconda del regime di finanziamento, consente di scomporre la spesa in pubblica e privata. Ulteriori fonti a disposizione dell'Istituto permettono di indagare la rilevanza della spesa sanitaria sul complesso della spesa delle famiglie, le tipologie di beni e servizi sanitari acquistati dalle famiglie e le spese sanitarie rilevanti ai fini fiscali.

1. Welfare aziendale

Nell'ambito delle politiche di welfare aziendale, una delle iniziative che le aziende possono adottare per gli occupati e i loro familiari è quella del finanziamento per la partecipazione a fondi o assicurazioni integrative per la salute. L'Istat ha rilevato che nel 2016 circa una impresa ogni 10 (8,8%) tra quelle attive nel settore della manifattura, il 6,4% di quelle del commercio e il 5,8% nell'ambito degli altri servizi di mercato (ad esclusione del comparto finanziario e assicurativo), hanno adottato un'iniziativa di questo tipo. Esistono importanti differenze non solo settoriali ma soprattutto riconducibili alla dimensione di impresa. Sono, infatti, le imprese di dimensioni maggiori quelle che più frequentemente finanziano fondi o assicurazioni sanitarie

¹ Il sistema dei conti della sanità è inserito nel quadro delle statistiche europee ed è costruito secondo le disposizioni del regolamento UE 359/2015 (System Health Accounts) entrato in vigore nel 2016. Tale sistema è coerente con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti - Sec 2010 (regolamento Ue 549/2013).

integrative. Si tratta di quasi la metà (45,6%) delle imprese con più di 250 dipendenti nella manifattura, contro il 17,6% di quelle tra i 50 e i 249 dipendenti e il 7,6% di quelle fino a 49 dipendenti. Queste coperture assicurative sono molto meno diffuse e con differenze meno marcate nelle imprese dei servizi dove quelle che finanziano fondi integrativi sono il 20% tra le imprese oltre i 250 addetti (18,4%), contro il 13,8% di quelle tra i 50 e i 249 dipendenti e il 5,1% di quelle fino a 49 dipendenti.

2. Spesa pubblica e privata

Le regole europee consentono di rappresentare la spesa sanitaria secondo tre regimi di finanziamento: Amministrazioni pubbliche (AP)²; i regimi di finanziamento volontari e la spesa diretta delle famiglie (spesa *out of pocket*); questi ultimi due regimi insieme costituiscono la spesa sanitaria privata. La spesa sanitaria delle AP soddisfa i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente e comprende anche la spesa delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria. All'interno dei regimi di finanziamento volontari sono contabilizzate le spese delle assicurazioni sanitarie volontarie, delle istituzioni senza scopo di lucro e delle imprese³. Per quanto concerne le assicurazioni volontarie si contabilizza la parte relativa alle assicurazioni nel ramo malattia. La componente della spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi non è al momento dettagliata poiché, come già accennato, la mancanza di informazioni puntuali e di un'anagrafe di tali fondi non ha consentito fino ad ora una rappresentazione esaustiva dell'attività svolta da tali operatori. La spesa sanitaria pubblica nel 2017 è cresciuta dell'1,1% rispetto al 2016 e rappresenta il 74% del totale. La spesa diretta delle famiglie ha registrato un incremento del 3,7% con un'incidenza sul totale della spesa sanitaria pari a circa un quarto (23,6%). Infine, i regimi di finanziamento volontari rappresentano la quota di spesa minoritaria (2,4% del totale) e hanno registrato una crescita dell'1,3%.

² In questa voce sono inclusi gli enti sanitari locali (ESL) che comprendono le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale. Inoltre, vi confluiscono gli enti delle AP diversi dagli ESL: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e altri. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

³ Si riferisce alla spesa che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Tra il 2012 e il 2017 questi ultimi sono cresciuti, nel complesso, del 3,2% rispetto al 2,8% della spesa sostenuta dalle famiglie e lo 0,6% della spesa delle AP.

Il confronto tra i principali paesi europei mostra che, nel 2016, l'incidenza dei regimi volontari sul totale della spesa varia tra il 15,3% della Slovenia e lo 0,8% della Lituania. Nei Paesi Bassi e Francia questa quota è pari rispettivamente al 7,6 e al 7,4% mentre in Germania si attesta al 3% valore prossimo a quello dell'Italia (pari al 2,4%).

La spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica ha fatto registrare dal 2000 al 2008 un aumento medio annuo del 6%, ben superiore all'aumento del Pil nominale (+3,5%); dal 2009 al 2017 si è assistito ad una sostanziale stabilità (+0,3% medio annuo) della spesa. In questo ultimo periodo, al rallentamento della componente pubblica ha fatto riscontro la crescita della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie, aumentata in media annua del 2,5%.

Dal 2008 al 2016 la quota di spesa out of pocket, cioè quella sostenuta dalle famiglie, sul totale della spesa sanitaria è salita dal 22,3% al 25%⁴. Più recentemente, tra il 2012 e il 2016, le entrate da ticket sono diminuite da 1.548 a 1.349 miliardi. Questo testimonia che l'introduzione nel 2007 dei super ticket ha portato ad un aumento della quota di compartecipazione delle famiglie, mentre dal 2012 si è iniziato ad osservare una discesa delle prestazioni domandate al settore pubblico.

I trend delle due componenti di spesa sanitaria (pubblica e privata) sono fortemente collegati alla crisi economica e al deficit accumulato nel corso degli anni dalle Regioni.

Il finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale⁵ (Ssn), dal 2000 al 2017, è passato da circa 66 miliardi a 112 miliardi di euro, con un incremento medio annuo del 3,2%, dinamica più sostenuta di quella del Pil nominale che nello stesso periodo ha registrato un aumento medio annuo del 2%.

⁴ Corte dei Conti- Relazione sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG

⁵ Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, il fabbisogno sanitario DLgs 56/2000, la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "cristallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato.

Il disallineamento tra la spesa corrente del Ssn e il finanziamento ordinario è una delle cause dei disavanzi che si sono registrati negli ultimi anni. Infatti, dal 2000 al 2005 l'incremento della spesa corrente è stato del 7,2% medio annuo mentre quello del finanziamento ordinario, pari al 6% annuo, è risultato più contenuto. Dal 2006, anno dell'introduzione dell'obbligo per le Regioni a predisporre i piani di rientro dal debito, la dinamica espansiva del deficit ha subito un significativo rallentamento, anche grazie a uno stanziamento dei finanziamenti più coerente con i fabbisogni di salute. Infatti, in questo periodo le risorse stanziate sono cresciute dell'1,9% medio annuo, a fronte di una crescita dello 0,9% della spesa corrente.

La spesa sanitaria delle famiglie

Mensilmente la spesa media complessiva delle famiglie a livello nazionale è pari a circa 2.600 euro e la voce più rilevante è quella della spesa per l'abitazione che ne assorbe più di un terzo (35,0%) del totale. Seguono la spesa per prodotti alimentari e bevande analcoliche (17,8%), e per trasporti (11,3%). La quota destinata ai beni e i servizi sanitari si attese a circa 123 euro mensili, pari a poco meno del 5% della spesa complessiva. Di questi, oltre la metà (52,9%) è destinata all'acquisto di medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali; circa il 45% è invece destinato all'acquisto di servizi ambulatoriali, pubblici o privati. Oltre la metà di questa spesa è comunque riconducibile ai servizi odontoiatrici. Il restante 1,4% della spesa in servizi sanitari è destinato all'acquisto di servizi di natura ospedaliera.

La quota di spese sanitarie sul totale delle spese varia di poco sul territorio nazionale. Valori sostanzialmente sopra la media si registrano sia in alcune regioni del Nord, quali Valle d'Aosta (5,5%), Lombardia (5,2%), Veneto (5,4%), sia in alcune del Mezzogiorno come Calabria (6,0%), Basilicata (5,4%) e Sicilia (5,5%).

Sono le famiglie composte da una persona sola con più di 65 anni o da una coppia con persona di riferimento over 65 quelle in cui le spese sanitarie incidono di più sul totale delle spese (6,9% e 6,7% rispettivamente).

La "prestazione sanitaria" è per sua natura un bene o servizio pressoché incompressibile, quindi la quota più alta di consumi sanitari sul totale dei consumi si registra proprio nelle famiglie meno abbienti, le quali, nei casi più gravi, arrivano addirittura ad impoverirsi per sostenere le spese mediche.

Le agevolazioni fiscali per le spese sanitarie

Una parte della spesa sanitaria delle famiglie gode di agevolazioni fiscali prevalentemente in forma di detrazioni al 19% ma anche in forma di deduzioni dal reddito imponibile. Sulla base delle informazioni provenienti dall'indagine sulle condizioni economiche delle famiglie, al netto della franchigia, queste deduzioni ammontano a 16,2 miliardi di euro, di cui 15,8 di spese detraibili e 435 milioni di spese deducibili. Concentrando l'attenzione sulle spese detraibili, si osserva che richiedono la detrazione fiscale poco più di 13 milioni di famiglie che presentano dunque una spesa sanitaria media detraibile pari a circa 1200 euro. Le detrazioni comportano una minore entrata per circa 3 miliardi di euro. Le famiglie che si collocano nel quinto più ricco della distribuzione dei redditi, beneficiano complessivamente di maggiori detrazioni pari a circa 1,3 miliardi. Di contro, le famiglie meno abbienti, che si collocano nel quinto più basso della distribuzione, usufruiscono complessivamente di uno sconto che supera di poco i 100 milioni. Questo risultato non deve sorprendere, in quanto sono le famiglie più ricche quelle con la maggior capacità di spesa: la spesa sanitaria media delle famiglie del quinto più ricco è pari a 1700 euro contro i 686 delle famiglie meno abbienti.

3. Rinunce o ritardi per prestazioni sanitarie

L'andamento della spesa osservato nel corso degli ultimi anni mette in luce come le famiglie si facciano carico, in misura maggiore di quanto avveniva in passato, della spesa per l'assistenza sanitaria. Si tratta di un dato che induce qualche preoccupazione visto che le famiglie, in caso di necessità, potrebbero dover rinunciare alle cure non offerte dal settore pubblico o ritardarle a causa di lunghe file d'attesa.

Nel 2017 circa il 75% delle persone ha effettuato l'ultimo esame o accertamento specialistico⁶ nel SSN (circa il 41% con pagamento del ticket, il restante senza onere di spesa), il 21% lo ha effettuato pagando per intero la prestazione e il 4% ha sostenuto la spesa con un rimborso parziale o totale dell'assicurazione privata/aziendale. Per quanto riguarda le visite, il 59,2% delle persone ha effettuato l'ultima visita specialistica⁷ nel SSN (il 32,7%

⁶ Radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, eco-cardiogramma, elettrocardiogramma, elettro-encefalogramma, pap test o altri accertamenti

⁷ Sono escluse le visite dentistiche, della guardia medica, quelle avvenute in pronto soccorso o in occasione di un ricovero ospedaliero e di un day hospital.

pagando un ticket, il restante senza onere di spesa), il 35,8% ha pagato per intero la visita e il 5% ha sostenuta la spesa con un rimborso parziale o totale dell'assicurazione privata/aziendale.

Misure indirette dell'accessibilità dei servizi sanitari sono presenti in alcune indagini campionarie dell'Istat, che rilevano il ritardo nella fruizione di prestazioni sanitarie o la rinuncia ad effettuarle. Il dato più aggiornato⁸, riferito al 2017, rileva la rinuncia a prestazioni, quali visite specialistiche (escluse odontoiatriche), e ad accertamenti specialistici in condizione di bisogno, con la segnalazione dei motivi che hanno comportato la rinuncia alla prestazione. Sebbene si faccia riferimento a tali specifiche prestazioni, e quindi non da intendersi come rinuncia generale a curarsi, ciò rappresenta un segnale di vulnerabilità nell'accesso alle cure che riguarda in particolare meno abbienti.

La rinuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa complessivamente riguarda circa 2 milioni di persone (3,3% dell'intera popolazione), mentre sono oltre 4 milioni le persone che vi rinunciano per motivi economici (6,8%).

La rinuncia per liste di attesa per le citate prestazioni raggiunge quasi il 5% tra gli adulti di 45-64 anni e si attesta al 4,4% tra gli anziani di 65 anni e più. Sono forti le differenze territoriali tra Nord e Centro-Sud. La percentuale più bassa delle rinunce si rileva, infatti, nel Nord-est (2,2%) e la più elevata nelle Isole (4,3%). Inoltre, tra quanti dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti la rinuncia alle prestazioni specialistiche è complessivamente pari al 5,2% a fronte dell'1,9% tra chi dichiara risorse familiari ottime o adeguate.

Distinguendo le prestazioni sanitarie, la rinuncia per liste di attesa è più frequente per le visite specialistiche (2,7%) rispetto a quella per gli accertamenti specialistici (1,6%).

⁸ Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, anno 2017.