

Rapporto **CEIS - Sanità 2006**

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio

M. Meneguzzo

F.S. Mennini

F. Spandonaro

CEIS - Sanità, Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

3.8 - Assicurazioni sanitarie private e spesa out of pocket: livelli di protezione

Borgia P.¹, Doglia M.², Spandonaro F.³

3.8.1 Premessa

Le assicurazioni sanitarie private contribuiscono ad una più completa copertura delle famiglie dai rischi di spese per le cure mediche (OECD 2004).

L'impatto delle spese sanitarie può risultare particolarmente gravoso e talvolta insostenibile soprattutto sui bilanci delle famiglie con reddito medio basso (Doglia e Spandonaro, 2005). D'altra parte anche le famiglie con reddito medio alto si trovano spesso ad affrontare ingenti spese sanitarie che segnalano una richiesta all'*opting out*.

Si evidenzia quindi l'utilità di un sistema assicurativo che da una parte tuteli le famiglie più deboli e dall'altra offra a quelle benestanti la possibilità di scelta fra pubblico e privato.

In Italia l'assicurazione sanitaria privata è tuttavia ancora poco sviluppata.

I premi incassati dalle 93 Compagnie operanti nel Ramo Malattia nel 2005 sono stati pari a € 1.716 mil. e hanno rappresentato solo il 4,7% del portafoglio dei Rami Danni e circa l'1% della spesa sanitaria nazionale.

Al fine di indagare sulle motivazioni alla base delle difficoltà di sviluppo dell'assicurazione sanitaria in Italia, in questo lavoro è stato analizzato il livello di protezione offerto dalle polizze sanitarie e l'incidenza dell'assicurazione sulla spesa *out of pocket* (OOP) delle famiglie. In particolare, partendo dalle osservazioni di un precedente lavoro (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005), si è voluto approfondire lo studio sul livello di OOP delle famiglie assicurate che risultava sorprendentemente maggiore o quantomeno uguale a quello delle famiglie non assicurate.

Infine, attraverso lo studio dei differenziali di spesa sanitaria delle famiglie assicurate e non, sono state sviluppate alcune considerazioni sui livelli di protezione attualmente offerti dalle polizze malattia e sui possibili interventi per promuoverne l'utilità sociale.

3.8.2 Dati e metodologia

Lo studio utilizza i dati provenienti da molteplici fonti (Banca d'Italia, Istat, Nomisma, Ceis); tuttavia gran parte delle elaborazioni è stata effettuata sui microdati dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie relativa all'anno 2004. Nella spesa *out of pocket* sono state considerate le spese di ospedalizzazione, le visite specialistiche, infermieristiche e di assistenza, le odontoiatriche, quelle per l'acquisto o l'affitto di apparecchi sanitari, le farmaceutiche e i trattamenti termali.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

² ISTAT.

³ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

Essendo il livello di reddito fortemente correlato sia con il livello di spesa OOP che con la probabilità di acquisto di un'assicurazione privata, si è provveduto a rimuoverne l'effetto confondente, stratificando le famiglie in base ai quintili di consumo standardizzato⁴.

Si sono quindi confrontati i livelli di spesa OOP per le famiglie con e senza assicurazione all'interno di uno stesso quintile. I dati riportati in tabella 1 evidenziano, come era lecito aspettarsi, una forte concentrazione di famiglie assicurate⁵ fra quelle appartenenti ai quintili più elevati. Pertanto, anche al fine di mantenere la rappresentatività del campione, si è indirizzata l'analisi soprattutto al quarto e quinto quintile (che contengono circa il 74,2% delle famiglie assicurate). Dove è stato possibile, si è incluso anche il terzo quintile (arrivando quindi ad includere circa l'84,8% delle famiglie assicurate).

Tabella 1 - Distribuzione delle famiglie con spesa per assicurazione sanitaria (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Famiglie con spesa per assicurazioni sanitarie
1° Quintile	3,2%
2° Quintile	8,0%
3° Quintile	14,6%
4° Quintile	25,7%
5° Quintile	48,5%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

3.8.3 Analisi

Come si evince dalla tabella 2, la spesa media OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate appartenenti allo stesso quintile risulta fondamentalmente simile.

Tabella 2 - Spesa OOP media effettiva (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Spesa OOP media familiare effettiva	
	famiglie senza assicurazione	famiglie con assicurazione
1° Quintile	€ 720	€ 756
2° Quintile	€ 1.044	€ 1.584
3° Quintile	€ 1.380	€ 1.344
4° Quintile	€ 1.932	€ 1.836
5° Quintile	€ 3.144	€ 3.096

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

⁴ Il reddito non è direttamente disponibile nell'indagine sui consumi delle famiglie. Pertanto si è utilizzato il livello di consumo standardizzato come variabile proxy per la stima del livello del reddito.

⁵ Per famiglie assicurate si intendono quelle per le quali è stata registrata una spesa per premi di assicurazione.

Le differenze fra le medie di spesa sono state sottoposte al t-test. L'analisi ha mostrato che, anche nei casi in cui le differenze siano risultate statisticamente significative, il *gap* è risultato così basso da non risultare economicamente significativo (tabella 3).

Tabella 3 - Differenze nelle spese OOP medie effettive tra le famiglie con e senza spesa per assicurazione (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Differenza fra le medie
3° Quintile	€ 36
4° Quintile	€ 96
5° Quintile	€ 48

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

Considerando, ad esempio, il quarto quintile, è possibile notare come una famiglia assicurata abbia avuto nel 2004 una spesa media effettiva⁶ OOP di € 1.836. Per una famiglia non assicurata appartenente allo stesso quintile, la spesa effettiva media risultava invece di € 1.932. La differenza media stimata tra le due spese risulta dunque pari a € 96, che non può in generale giustificare i premi pagati.

In altri termini non è lecito affermare che le polizze malattia contribuiscano ad una efficace protezione dalle spese sanitarie OOP.

Al fine di verificare ulteriormente la tesi, si è ricorso anche ad una modellizzazione di tipo ANOVA. Tale studio ha evidenziato l'assenza di una relazione lineare tra OOP e assicurazione e ha confermato che la variabilità delle spese OOP è solo in minima parte dovuta alla presenza o assenza di una polizza assicurativa.

3.8.4 Discussione

Da quanto sopra riportato, si delinea come l'assicurazione sanitaria privata in Italia apparentemente non provveda ad una effettiva protezione dalla spesa OOP. È comunque opportuno considerare i seguenti aspetti:

1. I dati utilizzati per le coperture assicurative potrebbero comprendere anche le polizze che non prevedono il rimborso delle spese sanitarie (ad esempio indennità, diarie e simili). L'indagine Istat sui consumi delle famiglie infatti considera solo la spesa effettuata per una polizza malattia senza specificare il tipo di copertura. Tuttavia (Borgia, Maruotti, e Spandonaro, 2004) tali tipologie di garanzie rappresentano una quota estremamente marginale del mercato e non possono quindi essere considerate distorsive ai fini della nostra analisi.

⁶ Per spesa media effettiva si intende la spesa media calcolata solo sulle famiglie che hanno effettivamente sostenuto quel tipo di spesa, escludendo le famiglie che non hanno avuto la spesa OOP.

2. Ad una prima analisi si potrebbe concludere che il fenomeno osservato sia riconducibile ad un livello di salute peggiore degli assicurati, che li porterebbe ad affrontare un maggior quantitativo di spese sanitarie, nonostante la copertura assicurativa. Peraltro, le compagnie sottoscrivono contratti di assicurazione solo dopo aver controllato lo stato di salute dei potenziali clienti attraverso appropriati questionari. Cosicché per affermare uno stato di salute peggiore negli assicurati rispetto ai non assicurati si dovrebbe presupporre un errore sistematico da parte delle compagnie. Una tale ipotesi appare alla luce delle nostre conoscenze poco plausibile, anche data la selezione per età fatta dalle compagnie.
3. Un'altra ipotesi è che i rimborsi erogati dalle Compagnie costituiscano risorse finanziarie aggiuntive, da contabilizzare in aumento al reddito disponibile. Queste disponibilità aggiuntive potrebbero essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni sanitarie non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale o dalle polizze. Se ciò avvenisse dovremmo però osservare una differente distribuzione delle spese OOP fra le famiglie assicurate e quelle non assicurate; ciò non appare però evidente nella nostra analisi (tabella 4). Piuttosto le evidenze lasciano intravedere un ruolo duplicativo delle coperture assicurative private.
4. La similitudine dei livelli di spesa OOP potrebbe anche essere spiegata supponendo

Tabella 4 - Composizione della spesa OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate (Italia 2004)

Voci di Spesa OOP	Famiglie assicurate	Famiglie non assicurate
Ospedaliera	3,32%	1,45%
Specialistica	16,70%	13,02%
Dentista	22,59%	21,09%
Ausiliari	3,10%	2,24%
Analisi	8,58%	7,15%
Apparecchi	7,03%	7,43%
Termali	0,01%	0,44%
Farmacia	38,67%	47,18%
Totale OOP	100,00%	100,00%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

che sia uguale il livello delle franchigie e dei ticket. In altre parole si potrebbe immaginare che le quote di spesa non garantite dall'assicurazione privata e quelle non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale siano simili. Anche in questo caso, però, si dovrebbe concludere che l'assicurazione privata non sia efficace nel proteggere le famiglie dalla spesa OOP.

5. Ci sembra inoltre che vada evidenziato come l'analisi condotta supporta l'idea che almeno parte della spesa OOP delle famiglie assicurate sia dovuta ad una forma di selezione avversa operante nel mercato assicurativo; in altri termini, le dimensioni infime del mercato comportano alti premi (per ragioni cautelative) che finiscono per selezionare solo

le famiglie che tendono ad avere *expensive tastes*, così che l'uguaglianza ex post delle spese OOP sarebbe spiegabile con un differente livello di consumo ex ante.

3.8.5 Conclusioni

La nostra analisi ha confermato come la spesa OOP aumenti al crescere del livello del reddito. Ciò è evidente sia per le famiglie assicurate sia per quelle non assicurate.

Piuttosto sorprendentemente l'assicurazione sanitaria privata non sembra ridurre significativamente la spesa OOP e le famiglie assicurate presentano una distribuzione di spesa molto simile rispetto a quelle non assicurate.

Considerando il ruolo principalmente duplicativo dell'assicurazione sanitaria in Italia, è possibile rilevare come questa non consenta una effettiva protezione dalle spese OOP. È tuttavia evidente come l'assicurazione possa contribuire positivamente ad aumentare le opportunità di accesso alle cure, assecondando quelle che sono le preferenze dei cittadini (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005). Purtroppo gli importi richiesti per i premi di tali coperture⁷ risultano abbastanza elevati e tali opportunità sono ancora quasi esclusivamente riservate alle famiglie con reddito più elevato.

Se teniamo anche conto della bassa redditività delle Compagnie di assicurazione sul Ramo Malattie, che nel 2005 ha evidenziato un rapporto sinistri a premi del 75,4%, sono difficilmente ipotizzabili maggiori spazi di crescita dell'assicurazione sanitaria privata in Italia.

Pertanto uno sviluppo dell'assicurazione integrativa sarebbe auspicabile al fine di aumentare il livello di equità a livello di spese OOP (Borgia, Maruotti e Spandonaro 2004).

L'assicurazione privata dovrebbe essere prerogativa non solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione che non solo favorisca coloro che abbiano un reddito più basso, ma che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte.

Quest'ultima condizione è necessaria per evitare la stipula di polizze di fatto duplicative, il cui valore sociale è modesto.

Si potrebbe così anche ottenere un allargamento della popolazione assicurata che, oltre a comportare una maggiore dispersione del rischio e quindi presumibilmente una possibilità di contenimento dei premi richiesti dalle Compagnie, è anche condizione necessaria per evitare la selezione avversa evidenziata nel presente studio e quindi il fallimento del mercato assicurativo privato.

Riferimenti bibliografici

- ANIA (2005), "L'assicurazione italiana nel 2004/2005", Roma.
- Banca d'Italia (2004) "I Bilanci delle famiglie italiane".
- Borgia P, Doglia M, Spandonaro F (2005), "I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia" in Rapporto CEIS Sanità 2005, Italtrend Esis Publishing, Roma.
- Borgia P, Maruotti A, Spandonaro F (2005), "Costi delle forme di assistenza sanitaria

⁷ Il premio annuale medio è circa € 390 individuo (ANIA).

integrativa e prospettive di sviluppo” in Sanità Pubblica e Privata n. 1-2/2005, Maggioli.

- Bruni (2002), “Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un’analisi empirica del caso italiano”, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), “La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano” in Rapporto CEIS Sanità 2005, Italtrend Esis Publishing, Roma.
- ISTAT (2002), “Indagine Multiscopo sulla famiglia Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000”.
- OECD (2004), “Towards High - Performing Health Systems: The OECD Health Project”.
- OECD (2004), “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems – Health Working Papers.
- OECD (2005), “Health Data”.
- R.I.B. (2002), “L’industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia” in Atti del 9° Convegno.