

CAPITOLO 2

La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata che include la spesa intermediata da fondi sanitari e da polizze assicurative e la spesa out-of-pocket direttamente sostenuta dai cittadini. Le prime tre componenti di spesa sono in linea con i pilastri che il DL 502/92 aveva individuato per sostenere la sanità nel nostro Paese:

1. La sanità pubblica, basata sui principi di universalità, equità e solidarietà
2. La sanità collettiva integrativa, attraverso i fondi sanitari
3. La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Il modello si basava su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i livelli essenziali di assistenza, la sanità collettiva integrativa copre prestazioni non essenziali e ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali, oltre che di acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando delle detrazioni fiscali previste.

Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo in discussione questo modello a tre pilastri, come emerge dalla composizione della spesa sanitaria che, secondo le stime effettuate dal presente Rapporto, nel 2016 ammonta a € 157,613 miliardi di cui così composti:

- € 112,182 miliardi di spesa pubblica;
- € 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:
 - € 5,601 miliardi di spesa intermediata:
 - € 3,831 miliardi da fondi sanitari;
 - € 0,593 miliardi da polizze individuali;
 - € 1,177 miliardi da altri enti;
 - € 39,830 miliardi di spesa out-of-pocket.

In altri termini, nel 2016 il 28,8% della spesa sanitaria è privata e di questa quasi l'88% è out-of-pocket, di fatto un "quarto pilastro" in termini finanziari secondo solo alla spesa pubblica (figura 2.1).

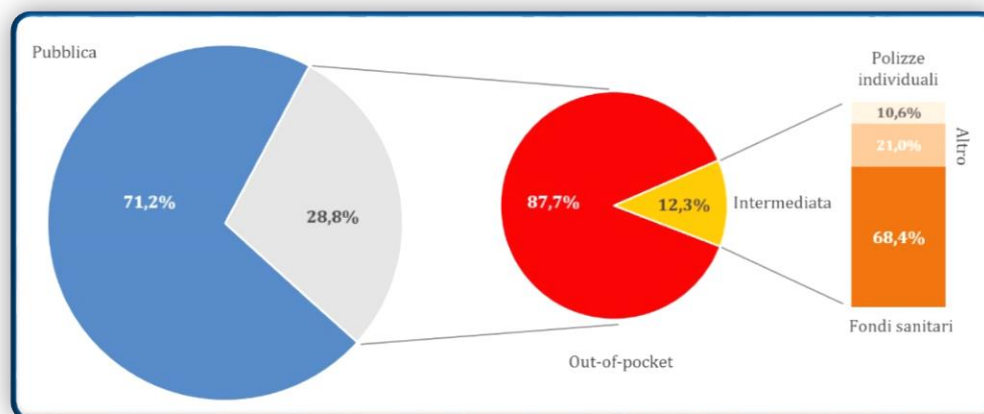


Figura 2.1. Composizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2016)

L'anno di riferimento per tutte le valutazioni e analisi della spesa sanitaria è il 2016 e la fonte principale è il nuovo sistema dei conti della sanità dell'ISTAT¹⁴, costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) utilizzato dall'*OECD Health Statistics*, che permette di allineare i dati a quelli degli altri paesi (box 2.1).

Box 2.1. Il sistema ISTAT dei conti della sanità

Il 4 luglio 2017 l'ISTAT ha diffuso per la prima volta le stime 2012-2016 sul sistema dei conti della sanità, costruito secondo il regolamento UE 359/2015 - *System Health Accounts* (SHA) - e con metodologie coerenti con il sistema dei conti nazionali SEC 2010. Tale sistema misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari con l'obiettivo di fornire uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie del nostro SSN. La disponibilità di dati affidabili e tempestivi, confrontabili sia tra paesi, sia nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari - *International Classification for Health Accounts* (ICHA) - secondo varie dimensioni:

- regime di finanziamento (ICHA-HF);
- funzione di assistenza (ICHA-HC);
- erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP).

La spesa sanitaria pubblica si riferisce alla spesa sostenuta dagli enti delle amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata in due categorie:

- HF.1.1. pubblica amministrazione;
- HF.1.2. assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

La voce "Pubblica amministrazione" include gli enti sanitari locali: aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, aziende ospedaliere universitarie. Inoltre, vi confluiscono altri enti delle AP: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, etc. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- regimi di finanziamento volontari (HF.2) che includono:
 - assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) (al momento solo le assicurazioni nel ramo malattia, ma non la spesa sostenuta per i fondi sanitari integrativi);
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2);
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out of pocket (HF.3).

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) considera le strutture pubbliche, private e private accreditate.

¹⁴ ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Secondo i dati ISTAT-SHA, l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione assorbe € 82.032 milioni, i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici € 31.106 milioni, la long-term care € 15.067 milioni, i servizi ausiliari € 12.342 milioni, i servizi per la prevenzione delle malattie € 6.057 milioni, mentre € 2.896 sono destinati alla governance e amministrazione del SSN (figura 2.2).

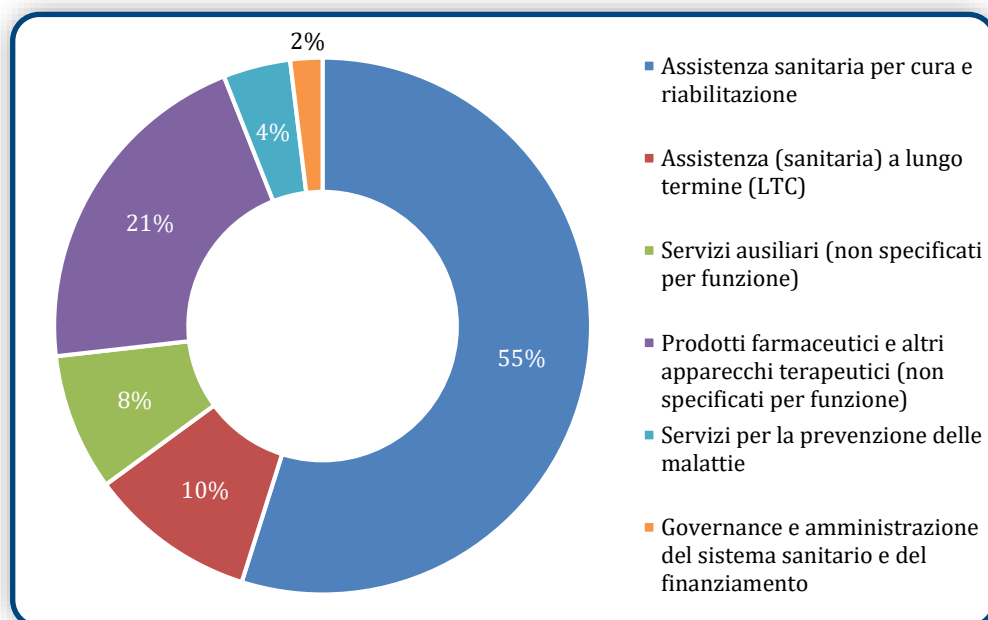


Figura 2.2. Ripartizione della spesa sanitaria totale 2016 per funzione di assistenza (dati ISTAT-SHA)

Va tuttavia rilevato che il sistema ISTAT-SHA presenta alcuni limiti:

- i dati disponibili sono relativi al periodo 2012-2016: di conseguenza non si prestano per valutazioni dei trend della spesa sanitaria su periodi più estesi;
- mancano ancora alcuni dati relativi alla spesa privata intermediata, visto che «la componente della spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi non è al momento contabilizzata e le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni»¹⁴;
- la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” è relativa all’anno 2015 e include sia le polizze individuali, sia quelle collettive, in larga parte destinate alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari;
- non vengono prese in considerazione alcune componenti della spesa delle famiglie tramite le farmacie (es. prodotti erboristici, omeopatici, integratori, etc.) che motivano differenze rilevanti rispetto a stime della spesa out-of-pocket riportate in altre pubblicazioni.

Per tali ragioni, in relazione a specifici obiettivi di analisi, il presente Rapporto ha integrato altre fonti, segnalando le eventuali discrepanze rispetto ai dati ISTAT-SHA:

- il database *OECD Health Statistics* per i benchmark internazionali¹⁵;
- il Rapporto 2017 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato¹⁶ per la valutazione della composizione della spesa pubblica e le variazioni 2000-2016;

¹⁵ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- il Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2017¹⁷ per i dati sulla compartecipazione alla spesa sanitaria;
- l'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ministero della Salute¹⁸ per la stima delle risorse impegnate;
- il report dell'Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA) per i premi versati per le polizze individuali e collettive¹⁹;
- l'Osservatorio Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-Bocconi²⁰, per la scomposizione della spesa out-of-pocket.

2.1. Spesa pubblica

I dati elaborati nella presente sezione derivano dal Rapporto 2017 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato (RGS)¹⁶ e sono riferiti alla spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale (CN) e non a quella rilevata con i modelli di conto economico (CE) degli enti sanitari locali, ampiamente sovrapponibile ma con significativi elementi di differenziazione per la diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La RGS classifica la spesa sanitaria in 4 macro-aggregati, di cui il terzo ulteriormente suddiviso:

- A. Redditi da lavoro dipendente;
- B. Consumi intermedi: prodotti farmaceutici, emoderivati, dispositivi medici, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale;
- C. Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market:
 - C1. Farmaceutica convenzionata;
 - C2. Assistenza medico-generica da convenzione;
 - C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati convenzionati con il SSN;
- D. Altre componenti di spesa: interessi passivi, imposte dirette, ammortamenti, risultato netto di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali.

¹⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 4. Roma, luglio 2017. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁸ Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali (a cura di). Rapporto n.5 anno 2018. Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2016. Disponibile a: www.itinerari-previdenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁹ ANIA Assicurazioni, nel 2016 diminuisce la raccolta premi (-11%) e prosegue il calo della RC auto". Roma, 23 marzo 2017. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/sala-stampa/comunicati-stampa/2017/Comunicato-stampa-ANIA-nel-2016-diminuisce-la-raccolta-Vita-e-prosegue-calo-RC-Auto-23.03.2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁰ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEA, dicembre 2017.

2.1.1. Spesa pubblica 2016

Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è pari a € 112,542 miliardi, con un tasso di incremento dell'1,2% rispetto al 2015: ISTAT-SHA (€ 112,182 miliardi) e il DEF 2018 (€112,372 miliardi) riportano stime di poco inferiori. La figura 2.3 riporta la ripartizione percentuale secondo gli aggregati di spesa della RGS.

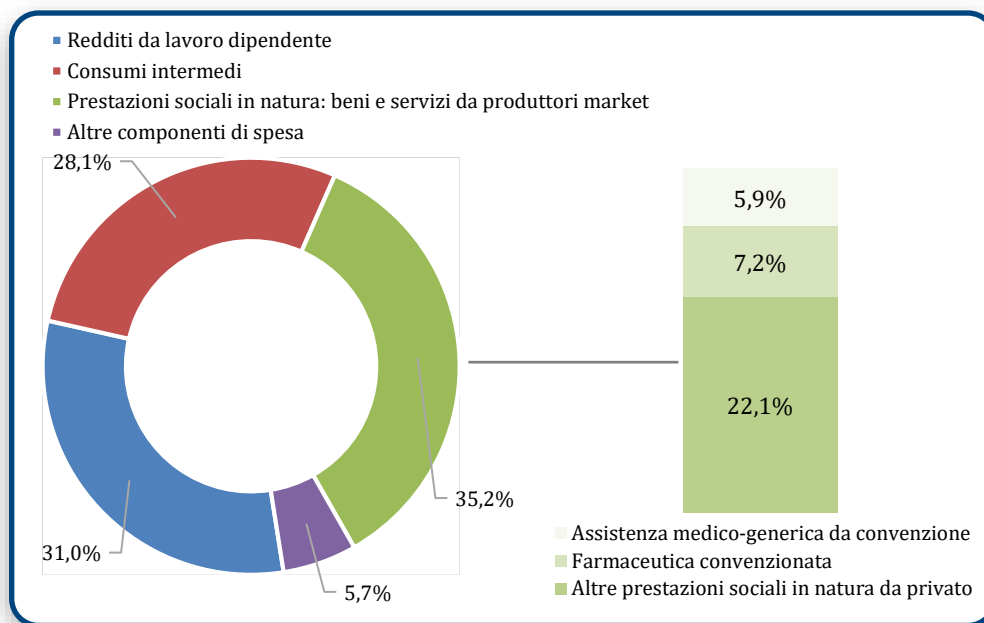


Figura 2.3. Ripartizione percentuale spesa sanitaria pubblica 2016 (dati da¹⁶)

- A. Redditi da lavoro dipendente.** La spesa ammonta a € 34,907 miliardi con una riduzione del 0,5% rispetto al 2015, imputabile al blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro, alle politiche di contenimento delle assunzioni attuate autonomamente dalle Regioni non in piano di rientro e agli automatismi introdotti in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- B. Consumi intermedi.** La spesa è pari a € 31,586 miliardi (+4,3% rispetto al 2015): il trend in crescita è determinato essenzialmente dalla spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici che registra un aumento di poco superiore all'8%, in particolare per i farmaci innovativi oncologici e per l'epatite C, ma comprende già il "rientro" degli importi relativi al pay-back. Al netto della componente farmaceutica, circa 1/3 dell'aggregato complessivo, gli altri consumi intermedi registrano un aumento del 2,3%. Tale risultato ha beneficiato in parte delle misure di contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi, tra cui:
- i processi di centralizzazione degli acquisti, anche tramite gli strumenti messi a disposizione da Consip e dalle centrali regionali;
 - i prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi messi a disposizione dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;
 - la definizione di un tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market. La spesa ammonta a € 39,589 miliardi (+0,3% rispetto al 2015) con differenti dinamiche delle componenti dell'aggregato:

C1. Farmaceutica convenzionata: la spesa è di € 8,076 miliardi (-2% rispetto al 2015). Il dato conferma la riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento della spesa farmaceutica, in particolare del tetto alla spesa farmaceutica territoriale con attivazione del meccanismo del pay-back. Il dato è influenzato anche dalla riduzione del numero delle ricette (-1,3% rispetto al 2015).

C2. Assistenza medico-generica da convenzione: la spesa è pari a € 6,688 miliardi, di fatto stabile rispetto al 2015 (+ 0,5%).

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: la spesa ammonta a € 24,825 miliardi (+ 1,1% rispetto al 2015). La dinamica di tale componente di spesa riflette da un lato una migliore governance, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget; dall'altro è riconducibile alla riduzione in misura percentuale fissa di importi e corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da erogatori privati accreditati, prevista dalla normativa vigente.

D. Altre componenti di spesa. La spesa è pari a € 6,460 miliardi (+0,6% rispetto al 2015).

2.1.2. Spesa pubblica: trend 2001-2016

Nel periodo 2001-2016 la spesa sanitaria ha subito una progressiva riduzione: a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel periodo 2001-2005, il tasso nel quinquennio 2006-2010 scende al 3,1%, quindi diventa negativo nel periodo 2011-2016 (-0,1%) (figura 2.4).

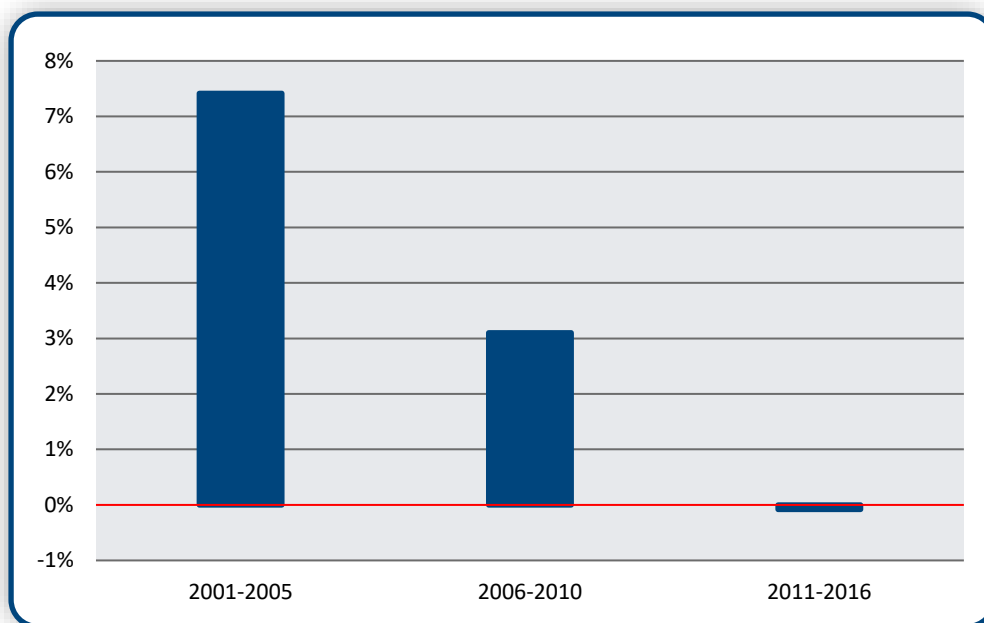


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2001-2016 (dati da¹⁶)

Questa sensibile riduzione della spesa sanitaria ha permesso di ridurre il gap con i valori del finanziamento corrente del SSN, giungendo negli ultimi tre anni ad un sostanziale allineamento (figura 2.5).

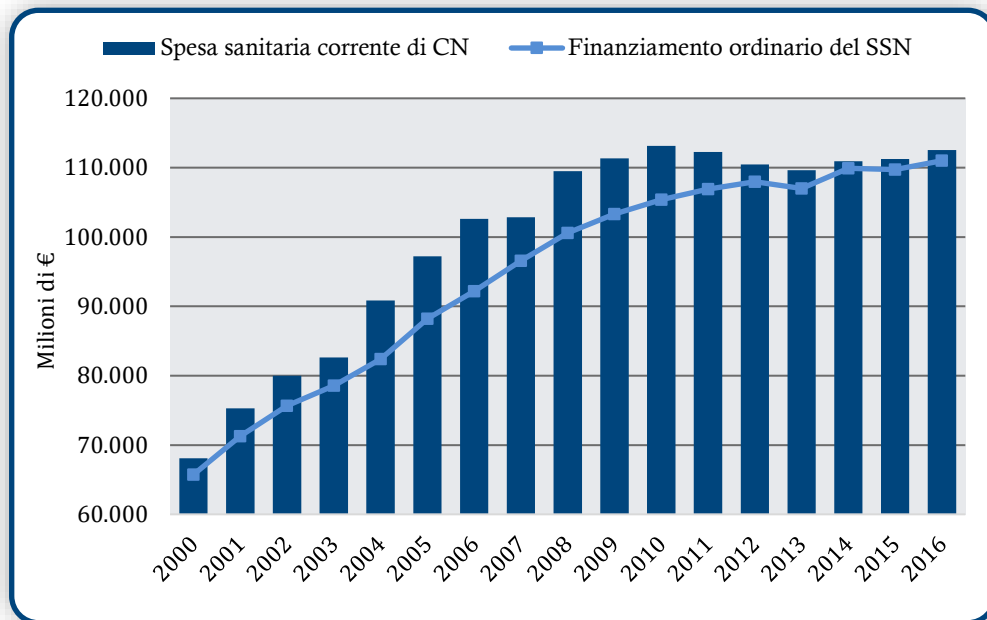


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2016 (dati da¹⁶)

Questo risultato, a cui ha contribuito indirettamente anche il definanziamento del SSN (cfr. § 3.1), ha permesso di ridurre progressivamente il deficit (figura 2.6).

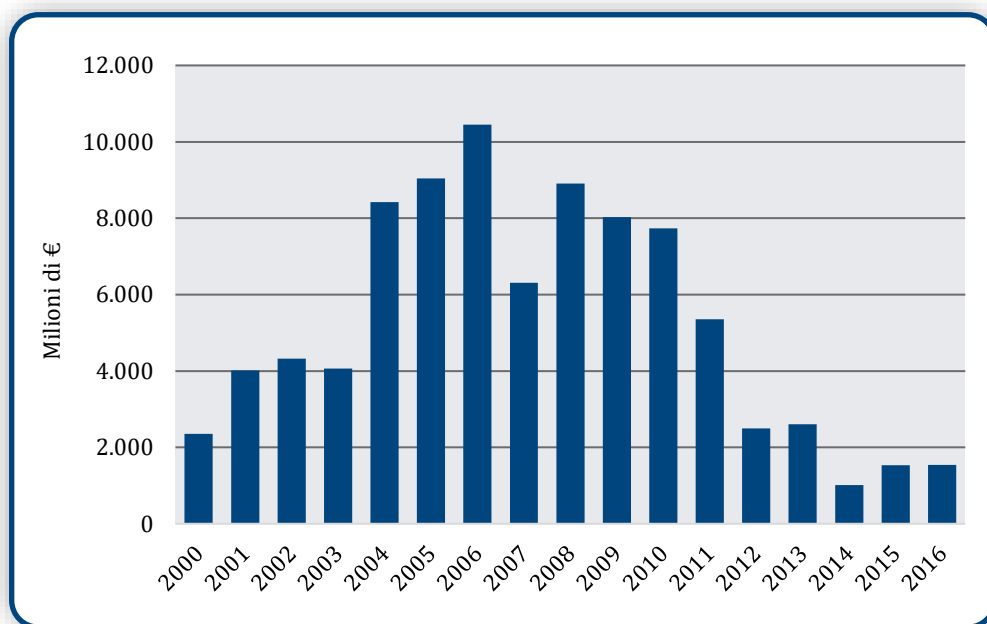


Figura 2.6. Trend deficit del SSN 2000-2016 (dati da¹⁶)

Tuttavia, il contenimento complessivo della spesa sanitaria nel periodo 2000-2016 non riflette trend omogenei tra i differenti aggregati (figura 2.7), un fenomeno che nel tempo ha

determinato una significativa ricomposizione della loro incidenza rispetto alla spesa sanitaria totale (figura 2.8).

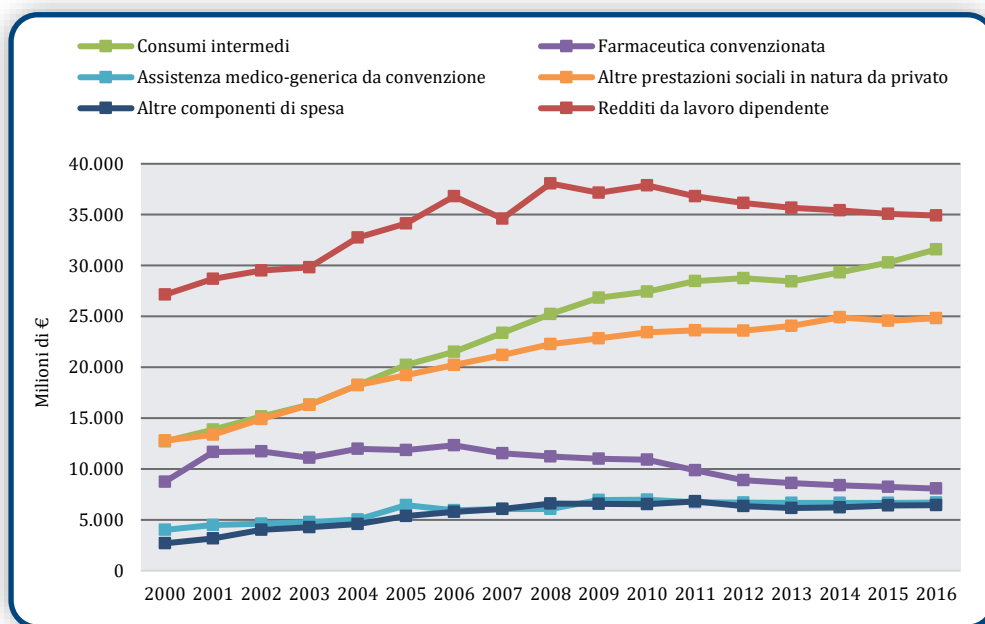


Figura 2.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2000-2016 (dati da¹⁶)

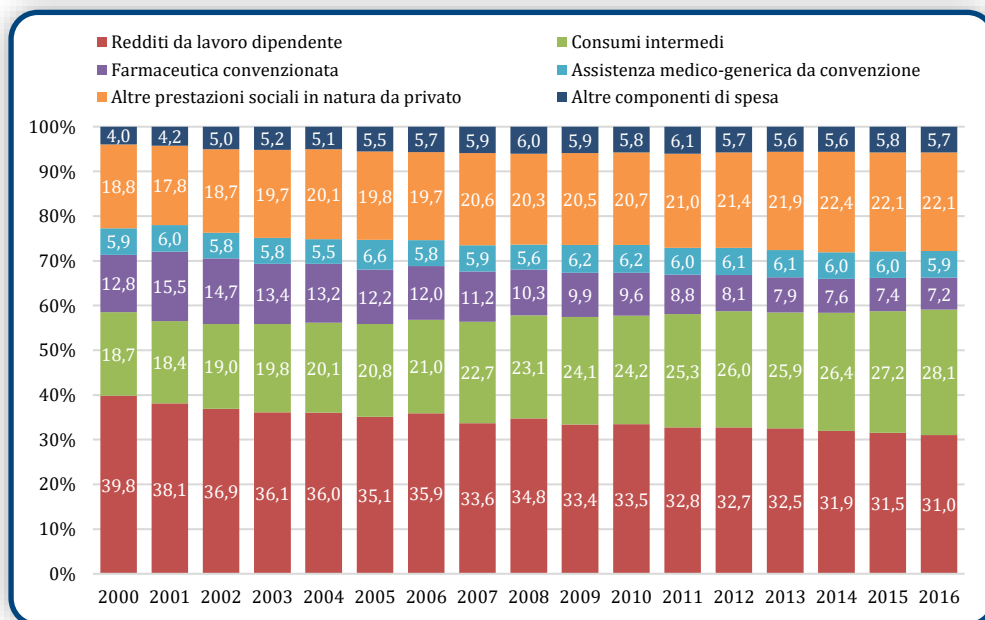


Figura 2.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2000-2016 (dati da¹⁶)

Infatti, analizzando il tasso medio di variazione annuo in tre periodi (2000-2005, 2006-2010 e 2011-2016), risulta che i vari aggregati di spesa hanno seguito dinamiche notevolmente diverse (figura 2.9).

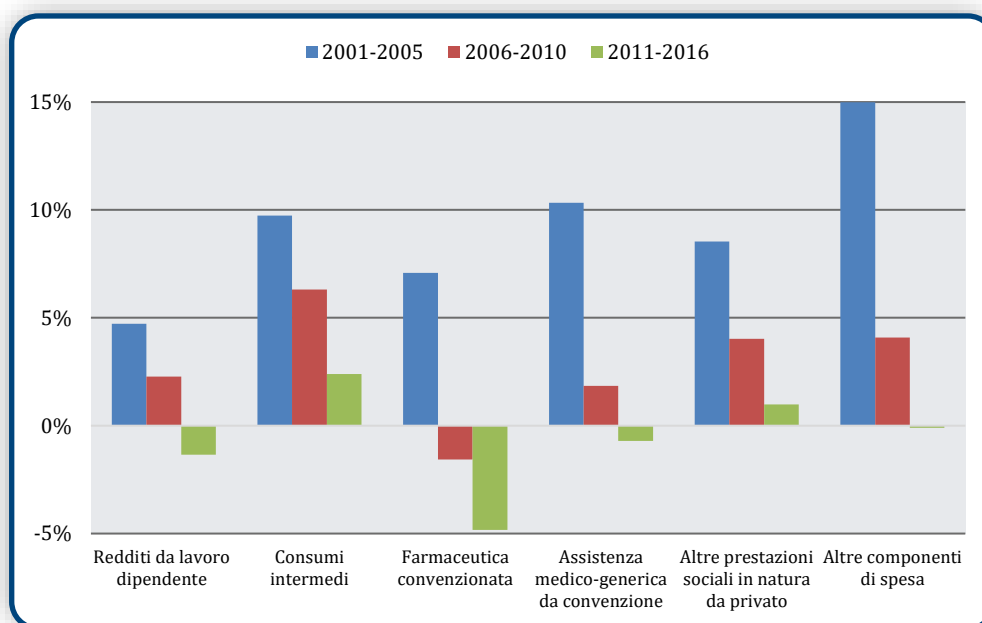


Figura 2.9. Variazioni percentuali di spesa sanitaria 2001-2016 per aggregato (dati da¹⁶)

In particolare:

- A. Redditi da lavoro dipendente.** Il tasso di variazione medio annuo di questo aggregato di spesa si attesta mediamente al 4,7% nel periodo 2001-2005, scende al 2,3% nel periodo 2006-2010 e poi precipita al -1,3% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). L'incidenza sulla spesa sanitaria totale scende dal 39,8% del 2000 al 31% del 2016 (figura 2.8).
- B. Consumi intermedi.** Questo aggregato di spesa, pur presentando un trend in progressiva riduzione, mantiene un tasso di crescita medio superiore alle altre componenti della spesa sanitaria: in particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del quinquennio 2006-2010, quindi al 2,4% del periodo 2011-2016 (figura 2.9). Ad eccezione dei prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2016 pari allo 0,5%. L'incidenza sulla spesa sanitaria totale aumenta dal 18,7% del 2000 al 28,1% del 2016 (figura 2.8).
- C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market.** Le tre componenti dell'aggregato di spesa presentano caratteristiche e dinamiche molto diverse.
- C1. Farmaceutica convenzionata.** La spesa passa da un incremento medio annuo del 7,1% nel periodo 2001-2005, per poi registrare una variazione del -1,6% nel quinquennio 2006-2010 e del -4,9% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). Di conseguenza, il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva si riduce dal 12,8% del 2000 al 7,2% del 2016 (figura 2.8).

C2. Assistenza medico-generica da convenzione. L'incremento medio annuo del 10,3% nel periodo 2001-2005 si riduce all'1,8% nel periodo 2006-2010 e nel periodo

2011-2016 registra un valore negativo dello -0,7% (figura 2.9). Il peso percentuale sul totale della spesa sanitaria del 5,9% nel 2016 è uguale a quello del 2000 (figura 2.8).

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato. L'incremento medio annuo dell'8,5% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4% nel quinquennio 2006-2010 e all'1% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). Questa componente di spesa ha un trend di crescita superiore a quello della spesa sanitaria totale e il suo peso percentuale sul totale della spesa aumenta dal 18,8% del 2000 al 22,1% del 2016 (figura 2.8).

D. Altre componenti di spesa. L'incremento medio annuo del 15% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4,1% nel quinquennio 2006-2010, mentre nel periodo 2011-2016 registra una diminuzione media annua dello 0,1% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale è passato dal 4% del 2000 al 5,7% del 2016 (figura 2.8).

Analizzando i trend di variazione secondo i tre periodi considerati (figura 2.10) emerge che:

- **2001-2005.** Tutti gli aggregati di spesa presentano incrementi medi annui dal 4,7% dei redditi da lavoro indipendente al 15% delle altre componenti di spesa.
- **2006-2010.** Gli incrementi medi annui si riducono sensibilmente, dall'1,8% dell'assistenza medico-generica da convenzione al 6,3% dei consumi intermedi. La farmaceutica convenzionata registra un trend negativo (-1,6%).
- **2011-2016.** Solo i consumi intermedi (+2,4%) e le altre prestazioni sociali in natura da privato (+1%) registrano un incremento medio annuo positivo. Tutte le altre componenti registrano valori negativi: da -0,1% delle altre componenti di spesa a -4,8% della farmaceutica convenzionata.

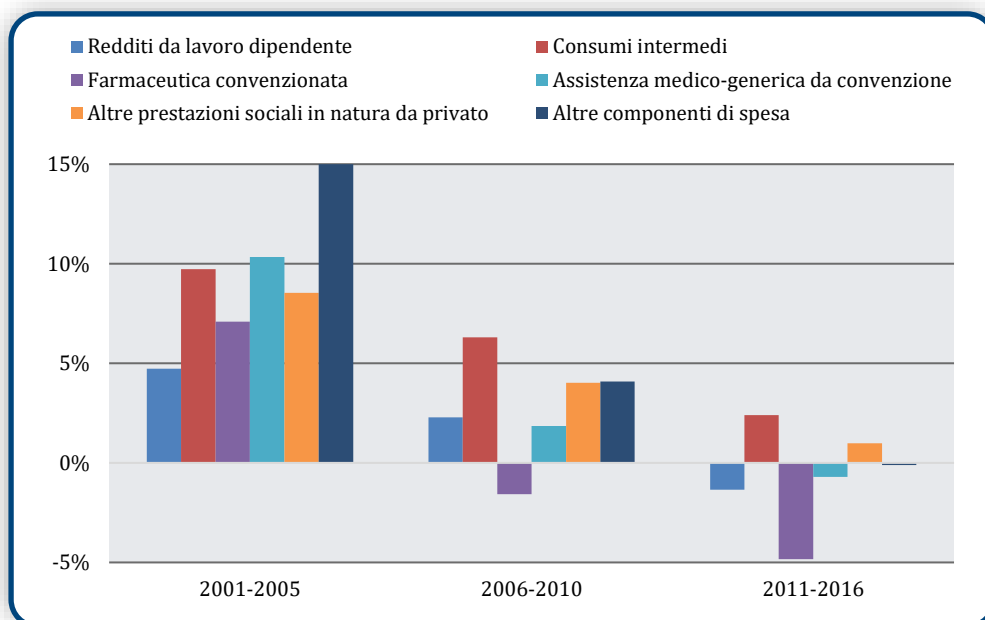


Figura 2.10. Variazioni percentuali aggregati di spesa sanitaria 2001-2016 per periodo (dati da¹⁶)

2.2. Spesa privata

La spesa sanitaria privata include quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti”. In relazione alla pluralità dei soggetti, all’eterogeneità delle fonti, all’inclusione della spesa intermediata (da uno o più “terzi paganti”) e ai metodi utilizzati, le stime sulla spesa privata effettuate da diverse Istituzioni e organizzazioni riportano differenze rilevanti (tabella 2.1).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima [#]
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ²¹ . Classificazione: COICOP ^a . Integrazione di varie fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	36.003*
	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA ^d 2011) ²² . Classificazione: ICHA ^b . Integrazione di varie fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	2.211
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	576
		Imprese (HF.2.3)	601
		Spesa delle famiglie (HF.3.)	33.930
Totale	37.318		
Corte dei Conti ²³	Spesa sanitaria delle famiglie residenti per servizi e spese per la salute (sostenute in Italia e all’estero) stimata su dati campionari. Classificazione: COICOP ^a . Dati rielaborati da: dati ISTAT 2015.	Spesa delle famiglie	34.886*
OCPS, CERGAS Bocconi	Dati rielaborati da: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute, AIFA, Federfarma.	Spesa delle famiglie + rimborsi assicurazioni [§]	39.453 ²⁴ 43.200 ²⁵

²¹ ISTAT. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (Coicop 3 cifre) e durata. Sanità. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²² ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l’Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²³ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017: pag. 356. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁴ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEE, dicembre 2017.

²⁵ Cergas-SDA Bocconi. Osservatorio consumi privati in sanità (aggiornamento maggio 2018).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima [#]
OCSE ²⁶	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) secondo il SHA 2011, trasmessi con JHAQ per 2016. Classificazione: ICHA ^b .	ISTAT-ICHA	37.318

^a Classification of Individual Consumption by Purpose – ^b International Classification for Health Accounts.

^c Joint Health Accounts Questionnaire – ^d System of Health Accounts.

* Non è stato possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali.

[§] I dati dei rimborsi delle assicurazioni non sono scorponabili.

[#] Anno 2016 o più recente disponibile.

Tabella 2.1. Stime della spesa sanitaria privata (dati in milioni di €, modificata da²⁷)

L'elaborazione del presente Rapporto ha rappresentato l'occasione per analizzare le discordanze e ove possibile a identificare le relative motivazioni. Rispetto alle stime riportate nella tabella 2.1 non sono state prese in considerazione quelle della Corte dei Conti (in quanto su dati ISTAT 2015) e quelle dall'OCSE che coincidono con ISTAT-SHA.

Utilizzando come fonte primaria la spesa privata stimata da ISTAT-SHA le voci sono state riclassificate utilizzando la classificazione COICOP attraverso la tabella di transcodifica dell'OECD-Eurostat-World Health Organization²⁸ (tabella 2.2).

Categoria COICOP	ISTAT SHA	ISTAT COICOP	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	13.195,0	13.519,8	324,8
062: servizi ambulatoriali	15.447,0	17.491,1	2.044,1
063: servizi ospedalieri	5.225,0	4.992,2	-232,8
06: servizi sanitari e spese per la salute	33.867,0	36.003,1	2.136,1
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	63,0	0,00	-63,0
Totale	33.930,0	36.003,1	2.073,1

*codifica COICOP non prevista

Tabella 2.2. Spesa sanitaria privata 2016: confronto dati ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP (dati in milioni di €)

²⁶ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁷ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEA, dicembre 2017: pag. 326.

²⁸ OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011 (revised edition) OECD Publishing; Paris, March 2017. Disponibile a: www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

L'analisi delle differenze tra ISTAT-SHA e ISTAT-COICOP è particolarmente complessa in quanto per il 2016 i dati secondo classificazione COICOP sono disponibili solo a livello dei codici a 3 cifre e non a 4. Nell'impossibilità, pertanto, di confrontare le voci di dettaglio delle categorie 061, 062, 063, la discrepanza delle stime (poco più di € 2 miliardi) potrebbe essere ascrivibile a due criteri che influenzano la raccolta dati:

- popolazione di riferimento: ISTAT-SHA considera la spesa delle famiglie italiane, ISTAT-COICOP quella delle famiglie residenti e non residenti;
- territorio economico: ISTAT-SHA considera la spesa effettuata dalle famiglie italiane sia in Italia che all'estero, mentre COICOP quella effettuata solo in Italia.

È stata quindi condotta una comparazione tra ISTAT-SHA e la stima OCPS 2018 (tabella 2.3), verificando dove possibile i dati con altre fonti sia primarie (Federfarma, AIFA), sia secondarie (Rapporto CREA Sanità 2017).

Categoria COICOP	ISTAT SHA	OCPS 2018	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	13.195,0	13.400,0	205,0
0611: prodotti farmaceutici	9.867,0	8.200,0	33,0
0612: altri prodotti medicali		1.700,0	
0613: attrezzature ed apparecchi terapeutici	3.328,0	3.500,0	172,0
062: servizi ambulatoriali	15.447,0	18.700,0	3.253,0
0621: servizi medici	12.420,0	5.000,0	1.080,0
0622: servizi dentistici		8.500,0	
0623: servizi paramedici	3.027,0	5.200,0	2.173,0
063: servizi ospedalieri	5.225,0	5.200,0	-25,0
06: servizi sanitari e spese per la salute	33.867,0	37.300,0	3.433,0
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	63,0	0,0	-63,0
Prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc.	0,0	5.900,0	5.900,0
TOTALE	33.930,0	43.200,0	9.270,0

* codifica COICOP non prevista

Tabella 2.3. Spesa sanitaria privata: confronto tra stime ISTAT SHA e OCPS 2018 (dati in milioni di €)

Sono quindi state indagate le possibili motivazioni delle discrepanze, sia sugli importi totali, sia ove possibile sulle varie categorie di spesa, senza tuttavia poter documentare oggettivamente l'entità di tali differenze. In particolare, OCPS:

- arrotonda tutte le stime ad una cifra decimale, il che potrebbe determinare una lieve sovrastima di tutte le voci di spesa;
- include una parte della spesa intermediata, sotto forma di rimborsi delle assicurazioni, che giustificherebbe in parte la maggiore spesa per i servizi ambulatoriali per la quale il gap è in effetti il più consistente (+ € 3,253 miliardi);
- include € 5,9 miliardi di spesa non considerata da ISTAT-SHA relativa a prodotti omeopatici (€ 255 milioni), erboristici (€ 167 milioni), integratori (€ 3.034 milioni), nutrizionali (€ 407 milioni) e parafarmaci (€ 1.970 milioni), come documentato da Federfarma²⁹.

Il Rapporto CREA Sanità³⁰ stima che i rimborsi delle assicurazioni ammontano a 2/3 dei premi incassati (€ 1.662 milioni a fronte di € 2.493 milioni di premi): di conseguenza il dato OCPS 2018 sarebbe fissato al netto dei rimborsi assicurativi a € 41.538 milioni. Tuttavia, essendo il dato di cui sopra fortemente influenzato dalla discrepanza delle stime realizzate da due diverse organizzazioni, il presente Rapporto fa riferimento alla spesa per le famiglie ISTAT-SHA (€ 33.930 milioni), alla quale è stata aggiunta la spesa di € 5.900 milioni relativi alla spesa per prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc.

2.2.1. Spesa out-of-pocket

Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto la spesa diretta delle famiglie per l'anno 2016 ammonta a € 39.830 milioni, una cifra nettamente superiore a quella stimata per il 2015 nel Rapporto precedente. Tale variazione è dovuta principalmente alla disponibilità di nuovi dati (ISTAT-SHA) e di una scomposizione più analitica della spesa out-of-pocket (OCPS-Bocconi).

Analizzando le singole componenti del grande "contenitore" della spesa out-of-pocket è possibile fare alcune considerazioni:

- Spesa per i servizi ospedalieri (€ 5.225 milioni):
 - oltre € 3 miliardi vengono destinati alla long-term-care, rilevando la mancata copertura pubblica di una prestazione che nei prossimi anni sarà oggetto di una domanda sempre più elevata;
- Spesa per servizi ambulatoriali (€ 15.477 milioni):
 - € 1,3 miliardi sono destinati alla compartecipazione della spesa;
 - € 8,5 miliardi (dati OCPS 2018) sono destinati all'assistenza odontoiatrica, attualmente esclusa dai LEA;
 - dei circa € 5,7 miliardi (dato ISTAT-SHA al netto della compartecipazione e delle spese odontoiatriche stimate da OCPS) per servizi medici e paramedici

²⁹ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2016. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2016/Spesa2016.aspx. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

³⁰ 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017: pag. 315. Disponibile a: www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fild/Rapporto_Sanita_2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

(specialistica ambulatoriale, test diagnostici, etc.) è lecito stimare che almeno il 30% sia inappropriato, in percentuale analoga, se non maggiore, a quelli pagati con la spesa pubblica;

- Spesa per i prodotti farmaceutici (€ 13.195 milioni):
 - € 1,5 miliardi sono destinati alla compartecipazione della spesa, ma di questi € 1 miliardo viene volontariamente sborsato per acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti;
 - dei € 12,36 miliardi di spesa privata in farmacia:
 - € 1,31 miliardi dei farmaci di fascia A, formalmente a carico del SSN, vengono pagati direttamente dalle famiglie, configurando la rinuncia volontaria ad una tutela pubblica;
 - i rimanenti € 11 miliardi sono destinati a farmaci, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchi terapeutici, che possono essere ulteriormente analizzati grazie al report annuale di Federfarma³¹, previa esclusione dei farmaci di classe A e dei prodotti di “igiene e bellezza” (tabella 2.4). Accanto a spese sostenute dai cittadini per prodotti indispensabili (apparecchi per aerosol, sfigmomanometri, farmaci di fascia C di provata efficacia, latte artificiale per le donne impossibilitate ad allattare, acido folico in gravidanza, etc.) ben € 255 milioni vengono spesi per prodotti omeopatici, € 166,6 milioni per prodotti di erboristeria, oltre € 3 miliardi per integratori, oltre a spese per numerosi altri prodotti dal *value* assolutamente discutibile che alimentano l’out-of-pocket, ma hanno un impatto minimo o nullo sulla salute delle persone.

Mercato	Valore prezzo pubblico
Farmaci Etici	€ 4.265.840
Rimborsabili (classe A)	€ 1.309.000
Non rimborsabili (classe C)	€ 2.956.840
Farmaci di autocura	2.258.102
Farmaci automedicazione	€ 1.653.503
Farmaci SOP	€ 604.599
PMC + altri notificati	€ 3.460.286
PMC	€ 5.230
Prodotti omeopatici	€ 254.970
Prodotti uso erboristico	€ 166.597
Altri (integratori)	€ 3.033.488

³¹ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2016. Analisi dell’andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2016/Spesa2016.aspx. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Mercato	Valore prezzo pubblico
Nutrizionale	€ 406.927
Dietetici infanzia	€ 122.064
Dimagranti	€ 14.549
Altri nutrizionali	€ 270.314
Parafarmaceutico	€ 1.969.738
Totale	€ 12.360.893

Tabella 2.4. La spesa farmaceutica privata (modificata da³¹)

In tal senso, anche la distribuzione della spesa media out-of-pocket pro-capite 2014-2016 tra le diverse aree del Paese (da un massimo di € 859 della Valle D'Aosta a un minimo di € 303 della Campania, rispetto ad una media nazionale di € 560³²) vede posizionarsi sopra la media tutte le regioni del nord dove l'offerta pubblica di servizi sanitari è adeguata, mentre quelle del sud, di cui la maggior parte in piano di rientro, si attestano sotto la media. Il dato può essere letto come un indice di benessere economico che porta i cittadini ad acquistare prodotti assolutamente futili, condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze, e non certo guidati da basi scientifiche (es. prodotti senza glutine in soggetti non celiaci, prodotti aproteici per soggetti senza insufficienza renale cronica, latte artificiale per le donne che scelgono deliberatamente di non allattare, etc.).

L'ipotesi che la spesa out-of-pocket sia destinata a fronteggiare le minori tutele pubbliche risulta così ampiamente confutabile: infatti, se l'entità della spesa out-of-pocket rimane un dato incontrovertibile, secondo le nostre stime almeno il 40% non viene utilizzato per beni e servizi dall'elevato *value*, efficaci e appropriati per migliorare lo stato di salute della popolazione, ma per soddisfare bisogni consumistici indotti dalla medicalizzazione della società.

I conti ISTAT-SHA³³ forniscono l'opportunità di ulteriori considerazioni sulla spesa out-of-pocket. Incrociando i dati relativi al regime di finanziamento con la spesa per erogatore, l'incidenza percentuale della spesa out-of-pocket è circa un terzo per l'assistenza ambulatoriale (36%), la long-term care (34%) e i servizi sanitari ausiliari (32%), mentre raggiunge il 53% per le farmacie e altri fornitori di presidi medici e ha una copertura residuale per ospedali (5%) e prevenzione (1%) (figura 2.11).

³² Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017: pag. 348. EGEA, dicembre 2017.

³³ ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

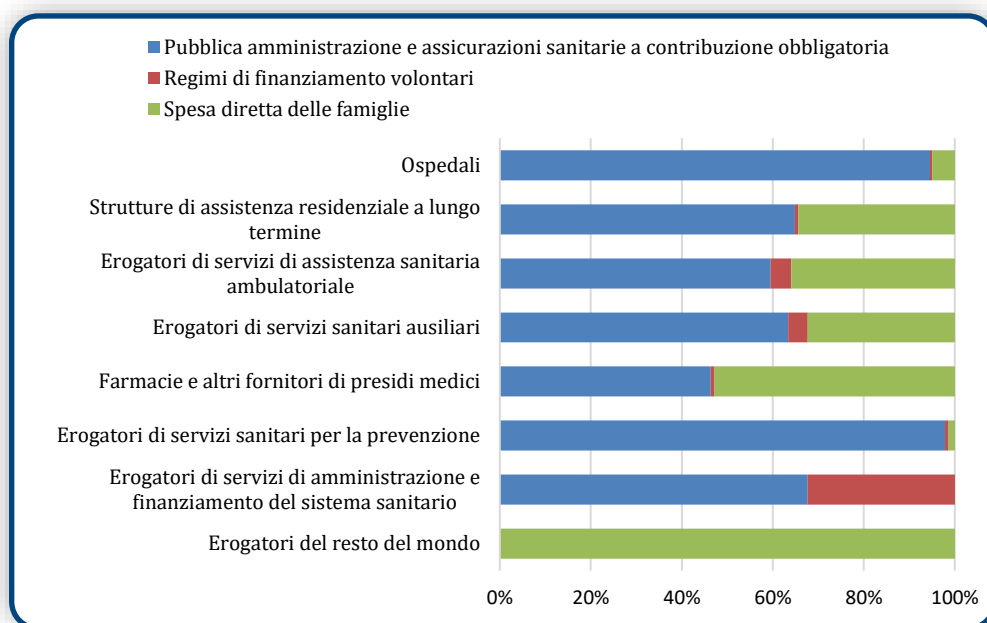


Figura 2.11. Spesa sanitaria 2016 per erogatore: composizione % per schema di finanziamento (dati da³³)

Compartecipazione alla spesa. Della spesa out-of-pocket 2016 oltre il 7,2% proviene dai ticket per farmaci e prestazioni sanitarie. Tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, con un'autonomia che negli anni ha generato una vera e propria "giungla dei ticket": infatti, come documentato dall'Agenas nel 2015³⁴, le differenze regionali sui ticket riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso, etc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Secondo la Corte dei Conti nel 2016 i ticket hanno prodotto un gettito per le casse regionali di € 2.885,5 milioni (per una media pro-capite di € 47,0), variamente distribuiti tra farmaci e prestazioni e tra le varie Regioni (figura 2.12).

³⁴ La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a: www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

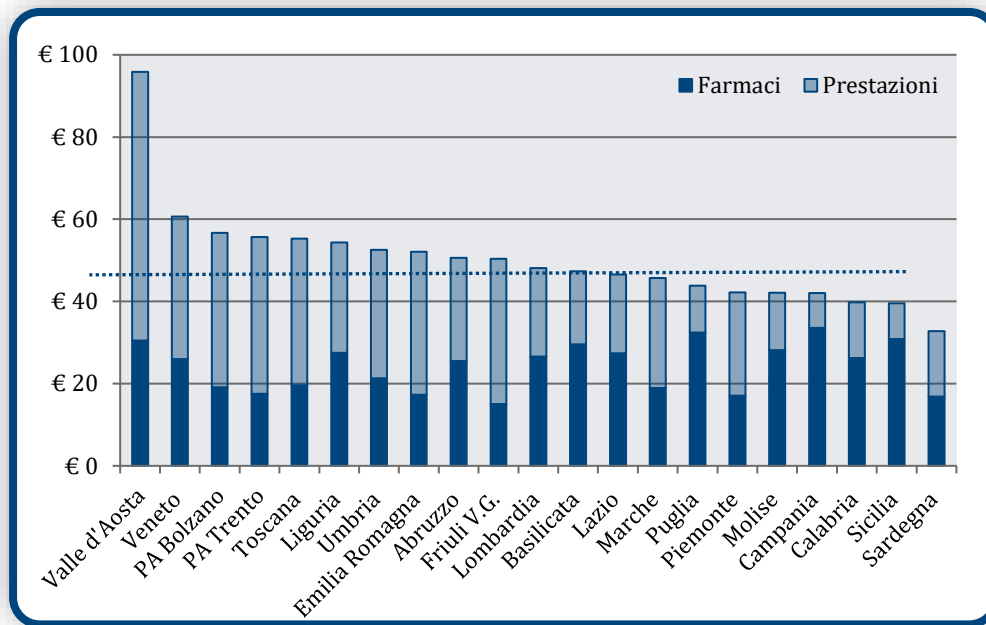


Figura 2.12. Compartecipazione alla spesa sanitaria: spesa pro-capite 2016

Detrazioni per spese sanitarie. Il dibattito pubblico sull'incremento della spesa out-of-pocket solo raramente fa riferimento alle detrazioni fiscali concesse ai cittadini. Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi prevede infatti una detrazione del 19% per la parte eccedente la franchigia di € 129,11 per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Secondo quanto riportato dal MEF gli importi indicati nel 2016 ammontano a € 17.695.164.000³⁵ (vs € 16.705.249 del 2015), corrispondenti a mancati introiti IRPEF per € 3,362 miliardi (vs € 3,174 miliardi del 2015).

Questo dato si presta inevitabilmente a due considerazioni: da un lato circa l'8,5% della spesa out-of-pocket viene indirettamente sostenuta dallo Stato sotto forma di detrazioni fiscali; dall'altro è inderogabile la necessità di utilizzare criteri *evidence & value-based* per rivedere – analogamente a quanto proposto per i LEA – l'elenco delle prestazioni che possono essere portate in detrazione, visto che almeno in parte riguardano attualmente prestazioni sanitarie assolutamente futili (una per tutte l'omeopatia), generando spreco di denaro pubblico.

2.2.2. Spesa sanitaria intermediata

L'intermediazione della spesa privata viene effettuata dai cosiddetti "terzi paganti" (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, etc.) che popolano un ecosistema molto complesso e articolato (§ 3.4.2). Identificare l'entità della spesa intermediata rappresenta un'ardua

³⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento delle Finanze. Analisi statistiche - Dichiarazioni 2017 - Anno d'imposta 2016. Aggiornato al 28 marzo 2018. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2017AAPFTOT020801. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

impresa in ragione di variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici³⁶:

- L'analisi può essere effettuata secondo i premi incassati (da fondi sanitari e assicurazioni) oppure secondo i rimborsi effettuati.
- I rimborsi possono essere gestiti dai “terzi paganti” con due modalità che possono determinare sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:
 - rimborso diretto all'erogatore e conseguente esclusione degli importi rimborsati dalla spesa out-of-pocket;
 - rimborso (totale o parziale) all'assicurato/iscritto al fondo che anticipa la spesa all'erogatore e conseguente inclusione dell'importo nella spesa out-of-pocket.
- Se tutte le stime sulla spesa privata riportate in tabella 2.1 includono la spesa out-of-pocket, le varie tipologie di spesa intermediata sono prese in considerazione in maniera variabile e con metodi differenti:
 - ISTAT-SHA (e di conseguenza OCSE) include assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2) e imprese (HF.2.3), ma non contabilizza i fondi sanitari integrativi;
 - Dai dati di ISTAT-COICOP e della Corte dei Conti non è possibile scorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da “terzi paganti”, né identificare quelle da loro direttamente sostenute³⁷;
 - OCPS-Bocconi include i rimborsi delle assicurazioni, senza tuttavia scorporarli.

Ciò premesso, la metodologia utilizzata nel presente Rapporto per stimare l'entità della spesa intermediata ha seguito i seguenti criteri:

- La stima è stata effettuata dal lato dei premi versati e non dei rimborsi erogati per due ragioni fondamentali. Anzitutto, per essere comparabile con la spesa pubblica e out-of-pocket, la stima della spesa intermediata deve essere riferita a quella sostenuta dai cittadini o dalle imprese e non ai rimborsi erogati, che rappresentano solo un indicatore indiretto e rischiano di sottostimare l'entità della spesa intermediata perché non includono costi amministrativi ed eventuali utili dei “terzi paganti”. La seconda ragione è squisitamente pratica, vista la reale impossibilità a identificare l'entità dei rimborsi erogati, condizionati sia dalla duplice modalità di rimborso (diretto e indiretto), sia dall'entità (parziale o totale).
- Il riferimento primario dell'analisi sono i dati ISTAT-SHA integrati con i dati amministrativi dei “terzi paganti”, di fatto la fonte più affidabile per stimare l'entità della spesa intermediata dal lato dei premi incassati.
- Si è ipotizzato, come già presunto da altri³⁶, che la totalità delle polizze assicurative collettive si identifichi con la “ri-assicurazione” dei fondi sanitari, tenendo conto delle maggiori agevolazioni fiscali a vantaggio dei fondi rispetto a quelle direttamente previste per le polizze collettive.

³⁶ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEA, dicembre 2017.

³⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017, pag. 356. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Fondi sanitari. Per l'anno 2016 il Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF) del Ministero della Salute³⁸ documenta l'esistenza di 323 fondi sanitari registrati per un totale di 10.616.847 iscritti (cfr. § 3.4.4.1). Tuttavia, non è disponibile il dato economico riferito ai contributi versati dagli iscritti, ma solo all'ammontare delle risorse impegnate (rimborsi) che nel 2016 sono pari a € 2,33 miliardi. Per tale ragione sono stati presi in considerazione i dati del VII Rapporto RBM Salute-CENSIS, dove si legge che «la spesa intermediata nel 2016 ha raggiunto i 5 miliardi di euro» e che «si tratta mediamente di un contributo di € 77 per ciascun cittadino»³⁹, due affermazioni che non concordano tra loro visto che la popolazione residente al 31 dicembre 2016 è di 60.589.445 abitanti (dati ISTAT). Inoltre, utilizzando una classificazione dei “terzi paganti” finalizzata ad enfatizzare il ruolo complessivo dell'intermediazione assicurativa, viene riportato che «poco meno del 70% di tale contributo è stato garantito da compagnie assicurative»³⁹.

In assenza dei valori assoluti relativi alle 4 categorie di “terzi paganti” e considerata la discordanza di cui sopra, la cifra di € 5 miliardi è stata ritenuta sovrastimata, rispetto ai dati OCSE, e preso a riferimento il contributo medio di € 77 pro-capite corrispondente a € 4,665 miliardi. La tabella 2.5 riporta le stime per entrambi gli scenari.

Tipologia di terzo pagante	%	Spesa intermediata	
		€ 5 miliardi	€ 77 pro-capite
Fondi sanitari assicurati e polizze collettive	50,7%	€ 2.533,5	€ 2.363,9
Fondi sanitari autoassicurati	28,4%	€ 1.418,0	€ 1.323,1
Società di mutuo soccorso	3,1%	€ 154,0	€ 143,7
Polizze individuali	17,9%	€ 894,5	€ 834,6
Totale	100,0%	€ 5.000,0	€ 4.665,0

^a € 82,5 pro-capite; ^b € 77,0 pro-capite

Tabella 2.5. Spesa intermediata 2016: confronto stime RBM Salute-CENSIS (dati in milioni di euro)

Polizze assicurative. Secondo l'ANIA, circa 1,7 milioni di famiglie italiane sono coperte da una polizza a cui si aggiungono circa 3 milioni di persone che aderiscono a fondi integrativi “assicurati”⁴⁰. Nel 2016 i premi raccolti per polizze assicurative relative al ramo malattia (danni + vita) ammontano a € 2,493 miliardi, di cui € 593 milioni per polizze individuali e € 1.900 milioni per quelle collettive che, come già premesso, si stima siano interamente destinati alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari.

³⁸ Ministero della Salute. Anagrafe fondi sanitari integrativi. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

³⁹ VII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Luglio 2017: pag. 16-17. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁴⁰ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2016. Giugno 2017. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2016/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_Anno-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il dato ANIA 2016⁴⁰ è stato utilizzato per aggiornare la stima di ISTAT-SHA per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) di € 2,211 miliardi relativa all'anno 2015.

Altro. Questa categoria include altre componenti della spesa sanitaria privata considerate da ISTAT-SHA, ovvero:

- € 576 milioni da Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2), definiti come “accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese”. Va ribadito che i fondi sanitari, nonostante la natura no-profit, non sono inclusi nei conti ISTAT-SHA.
- € 601 milioni da imprese (HF.2.3), definiti come “accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro”.

Dalle analisi sopra effettuate, ribadendo i limiti relativi ad affidabilità di fonti e dati e alla possibile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2016 si stima una spesa intermediata di € 5.600,8 milioni (12,3% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di “terzi paganti” (figura 2.13): € 3.830,8 milioni da fondi sanitari e polizze collettive, € 593 milioni da polizze assicurative individuali, € 576 milioni da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2.) e € 601 milioni da imprese (HF.2.3.).

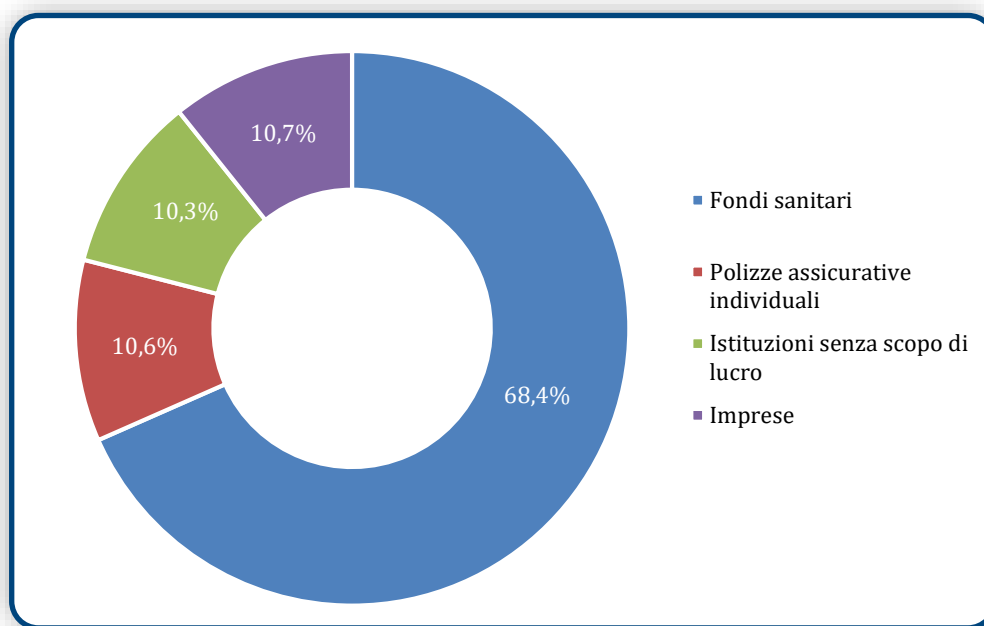


Figura 2.13. Composizione della spesa intermediata (anno 2016)

2.2.3. Trend spesa sanitaria privata 2000-2016 e confronti internazionali

L'unica fonte che riporta i dati per la spesa pubblica e privata, differenziata in intermediata e out-of-pocket, è il database dell'OCSE⁴¹ (figura 2.14), da cui si evince che:

- La curva della spesa pubblica si è appiattita dopo il 2008: l'incremento percentuale del 47,7% nel periodo 2000-2008 è precipitato al 7,9% nel periodo 2009-2016.
- L'appiattimento della curva del finanziamento pubblico non ha determinato alcuna parallela impennata della spesa out-of-pocket, che nei periodi corrispondenti ha mantenuto lo stesso incremento percentuale: 18,4% dal 2000 al 2008 e 18% dal 2009 al 2016.
- La crescita percentuale della spesa intermediata in quindici anni è quasi triplicata: dal 50,5% del periodo 2000-2008 al 142% negli anni 2009-2016, un dato apparentemente eclatante, ma in realtà poco significativo visto il basso valore assoluto.

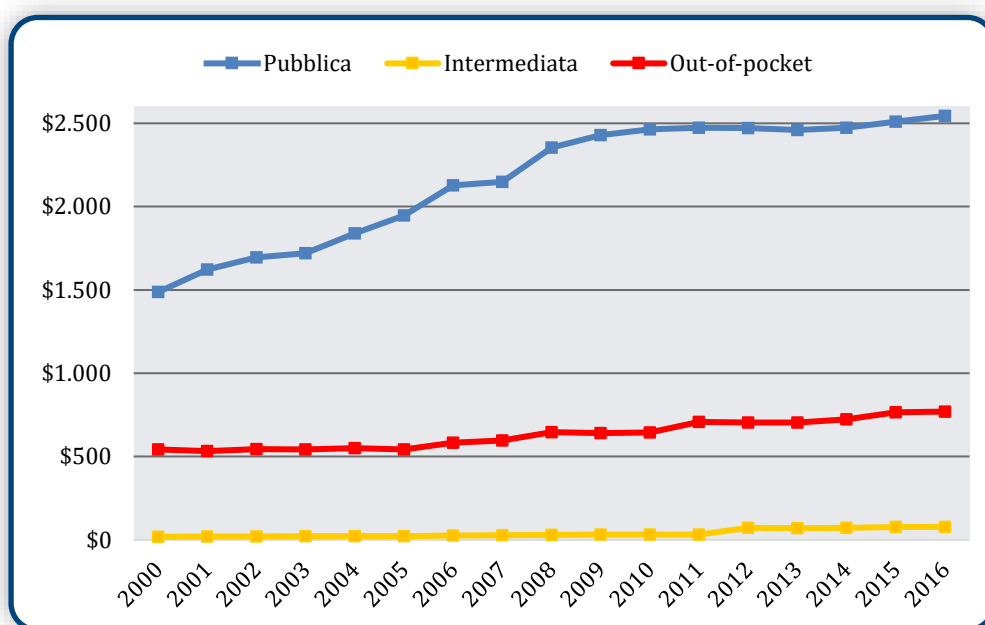


Figura 2.14. Trend spesa sanitaria pro-capite 2000-2016

I dati OCSE documentano nel 2016 una spesa out-of-pocket di \$ 769,7 cifra di poco superiore alla media OCSE (\$ 700,9), ma simile a quella di molti altri paesi (figura 2.15).

⁴¹ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

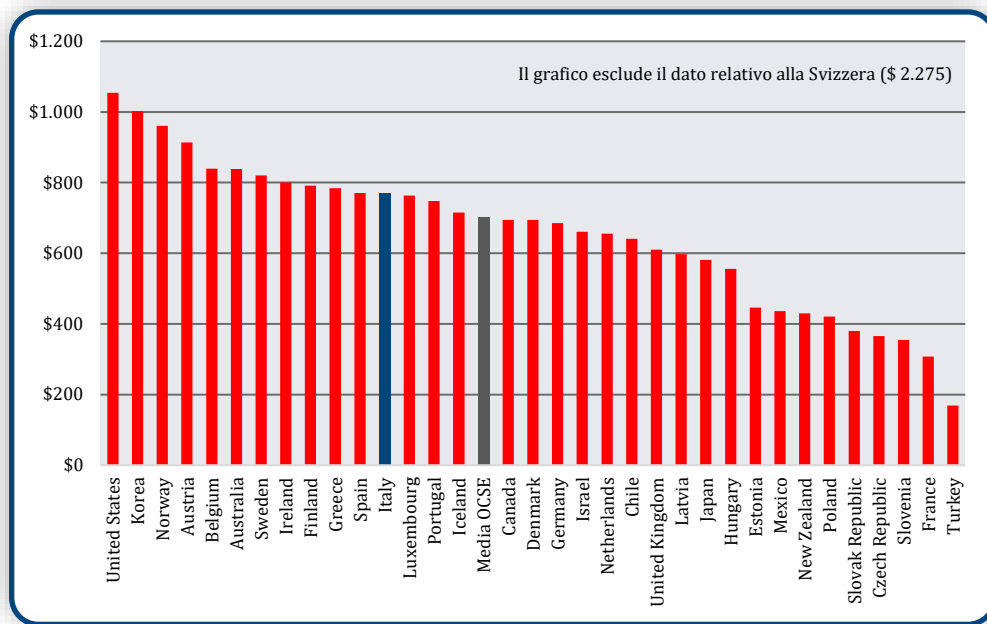


Figura 2.15. Spesa out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

Emerge inoltre che l'Italia è agli ultimi posti sia per valore assoluto della spesa privata intermediata pro-capite (\$ 76 pro-capite rispetto ai \$ 340 della media OCSE con USA e \$ 239 senza USA) (figura 2.16), sia in termini di percentuale della spesa intermediata sul totale della spesa privata (9,1% vs 32,7% della media OCSE con USA e 25,7% senza USA) (figura 2.17).

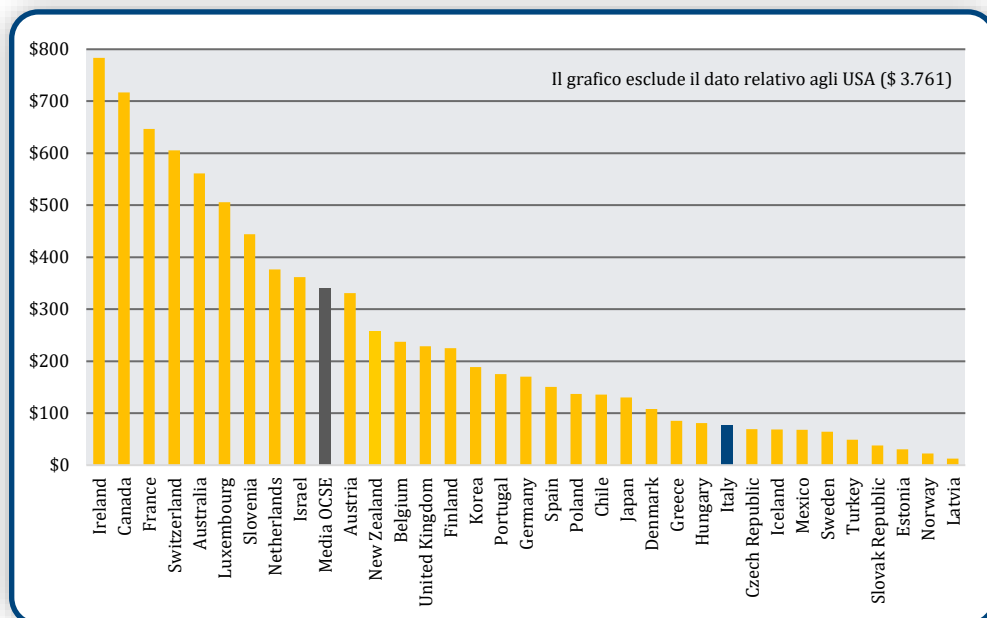


Figura 2.16. Spesa pro-capite intermediata nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

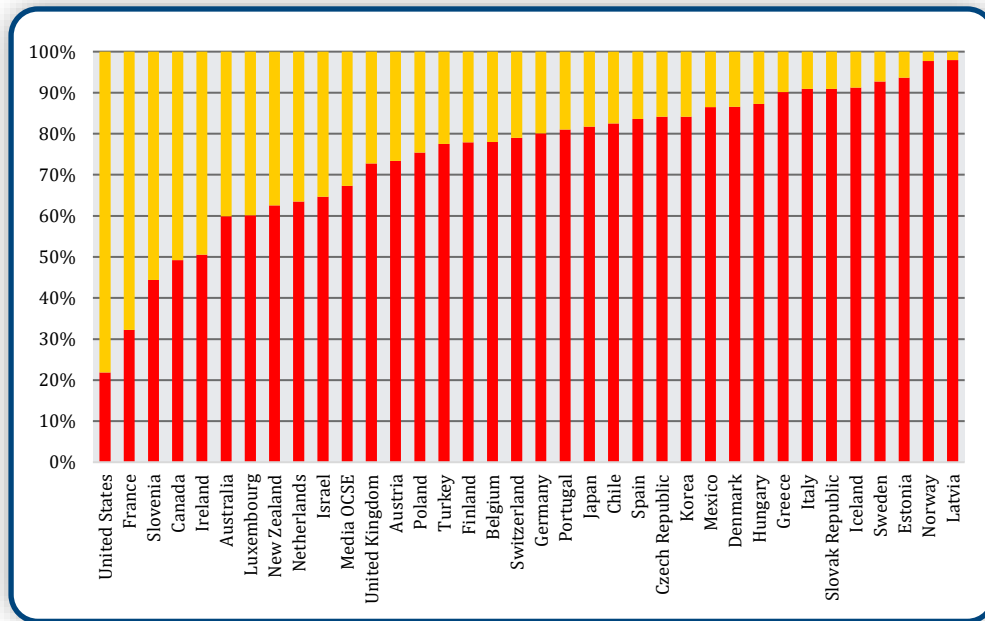


Figura 2.17. Ripartizione percentuale della spesa privata nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente)

Questi dati rappresentano un inevitabile “cavallo di battaglia” dei fautori dell’espansione del secondo pilastro, che fanno leva sul fatto che in Italia oltre il 90% della spesa sanitaria privata è a carico dei cittadini. Tuttavia, le analisi comparative effettuate nel presente Rapporto tra le differenti fonti di spesa privata dimostrano che l’entità della spesa intermediata nel database OCSE risulta sottostimata: infatti i dati, che derivano da ISTAT-SHA, non includono per definizione la spesa intermediata dai fondi sanitari.