



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

04.2018

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità:
consuntivi del 2017 e prospettive future.

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

Come ogni anno, l'obiettivo del Quaderno sui conti della sanità è di dar conto dei risultati economico-finanziari del settore sanitario nell'ultimo anno trascorso (2017) e di offrire indicazioni sulle future dinamiche del settore, anche sulla base delle decisioni di policy adottate.

La spesa sanitaria della PA è aumentata, ma a un tasso molto contenuto, ben al di sotto delle dinamiche che l'avevano contraddistinta prima del 2010, tanto che in rapporto al Pil, è scesa nuovamente fino a raggiungere il 6,6%.

Quali le prospettive del settore e del SSN? Si farà riferimento all'evoluzione del finanziamento statale "ordinario" del SSN e al quadro programmatico ufficiale del settore, ossia la sua incidenza sul Pil e sulla spesa pubblica complessiva.

Al conseguimento di tali risultati è corrisposta una restrizione dell'erogazione delle prestazioni e/o del loro scadimento qualitativo? Continuando con quanto già fatto in passato, abbiamo fornito una serie di indicazioni sulla dinamica della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini e sulla corrispondenza delle prestazioni erogate dal SSN agli standard qualitativi richiesti. I risultati che emergono testimoniano di un trend crescente della spesa sanitaria privata, un po' più sostenuto, anche se di poco, rispetto al passato e che permangono ancora disparità territoriali per quanto riguarda la conformità delle prestazioni agli standard qualitativi richiesti.

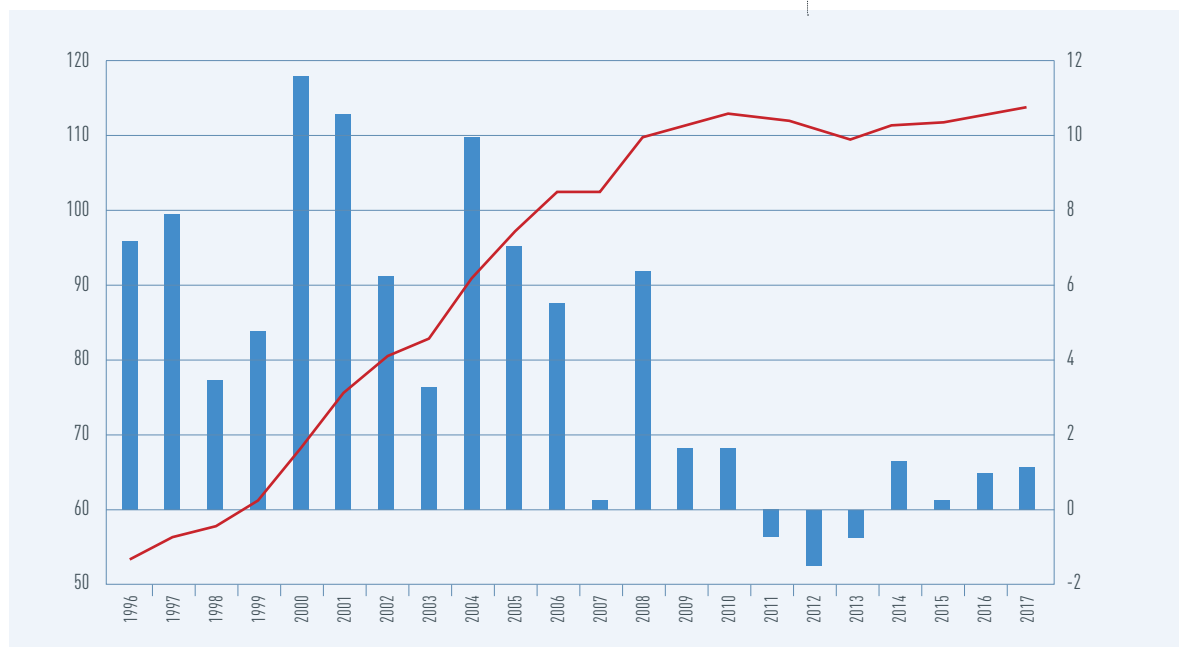
Infine, il quadro complessivo è arricchito da un'analisi quantitativa dei trend della spesa sanitaria privata intermediata (fondi integrativi, assicurazioni private e welfare aziendale). Il quadro che ne emerge è di un settore in continua crescita sia nella parte della sanità integrativa che in quella delle assicurazioni private.

La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2017.

Secondo i più recenti dati di contabilità nazionale, nel 2017 la spesa sanitaria complessiva della PA è stata pari a 113,6 miliardi di euro, in crescita dell'1,1 per cento rispetto all'anno prima (Figura 1)¹. Si tratta del quarto aumento consecutivo della spesa sanitaria, dopo la riduzione sperimentata nel triennio 2011-2013, tale da riportare il livello di spesa al di sopra di quello del 2010. Negli ultimi quattro anni, la spesa è cresciuta in media d'anno dello 0,9%, ben al di sotto della media registrata tra il 1996 e il 2017 (3,9%).

La spesa sanitaria pubblica cresce dell'1,1% nel 2017.

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria pubblica (1996-2017)



■ Variazione annua % (scala destra)
— Valore assoluto (mld. euro)

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2018a)

La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010)

¹ Cfr. Istat (2018a).

Scendendo più nel dettaglio, a trainare la dinamica nel 2017 è stata la spesa sostenuta dalle strutture pubbliche che, tra erogazioni delle prestazioni, servizi amministrativi e altre spese, è cresciuta dell'1,7%, mentre quella per l'acquisto di prestazioni presso operatori privati accreditati e/o convenzionati (cosiddetti operatori *market*) è rimasta sostanzialmente stazionaria. Complessivamente, considerando anche quella dovuta agli acquisti presso gli operatori *market*, la spesa per prestazioni - che negli ultimi 5 anni è stata mediamente pari a circa il 94% del totale della spesa pubblica - è aumentata nel 2017 dell'1,2%, salendo fino al 93,7% della spesa complessiva, un decimo di punto percentuale in più rispetto al 2016.

A spingere verso l'alto la spesa complessiva delle strutture pubbliche sono stati gli acquisti di beni e servizi, cresciuti del 4,2%. Stazionaria, invece, la spesa sostenuta per il personale. Nel primo caso, la dinamica della spesa è stata determinata dalla crescita sia della spesa farmaceutica (4,4%) che da quella delle altre componenti (4,1%)². Nel secondo caso, si arresta il trend decrescente in atto dal 2011, ma si confermano gli effetti di tutta una serie di misure, tra cui il blocco del *turn over* nelle regioni in Piano di rientro e il contenimento delle assunzioni nelle altre³.

Per quanto riguarda la spesa sostenuta per l'acquisto di prestazioni presso operatori *market*, la riduzione di quella per la farmaceutica territoriale (-6,1%) ha sostanzialmente compensato l'aumento delle restanti tipologie, tra cui spicca quello dell'assistenza medica specialistica cresciuta del 3,1%. In particolare, dal 2007 a oggi la spesa farmaceutica convenzionata si è ridotta ininterrottamente del 38,3% (pari al 4,3% medio annuo).

In conclusione, anche quest'anno il settore sanitario ha dato un contributo importante al risanamento dei conti pubblici⁴. L'incidenza sul Pil è diminuita, passando dal 6,7 al 6,6%, mezzo punto percentuale in meno del picco fatto registrare nel biennio 2009-2010 (7,1%). È aumentata di un decimo di punto percentuale l'incidenza sulla spesa primaria corrente, ossia la spesa corrente al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, che si è attestata sul 16%, 1 punto percentuale in meno di quella fatta segnare nel 2010.

La spesa a carico delle strutture pubbliche cresce di più di quella per le prestazioni convenzionate e accreditate.

Il settore sanitario continua a contribuire al riordino dei conti della PA.

² Cfr. MEF (2018), pp. 34-35.

³ Cfr. MEF (2018), p. 34. Dal 2011 ad oggi, la riduzione delle spese per il personale è stata del 7,8%, pari all'1,2% in media d'anno.

⁴ Nel 2017 l'indebitamento netto della PA è sceso dal 2,5 al 2,3% del Pil, nonostante la maggiore spesa una tantum sostenuta per gli interventi di sostegno delle banche in crisi.

Le prospettive future del SSN in termini di finanziamento e spesa.

La legge di bilancio 2018 contiene diverse misure che riguardano il settore sanitario. Secondo le valutazioni ufficiali, alcune di tali misure non comportano effetti sul bilancio pubblico, mentre altre provocano variazioni della spesa, modificando in almeno un paio di casi, secondo la nostra ricostruzione, il livello del finanziamento statale ordinario del SSN.

Tra le misure "neutrali" nei confronti del bilancio pubblico, quella più rilevante appare essere quella relativa alla sistemazione della questione del *pay-back* della spesa farmaceutica. In questo caso, a causa delle difficoltà amministrative incontrate nella sua attuazione, il governo ha rinunciato a una parte del rimborso atteso per il triennio 2013-2015 e ha previsto una dilazione nel pagamento di quello per il 2016, con l'obiettivo di chiudere tale questione ed evitare la restituzione di somme già versate all'erario nel caso di un esito sfavorevole dei procedimenti in corso⁵. Tra le misure che impattano sul bilancio pubblico, ma non sul finanziamento statale del SSN, ricordiamo il potenziamento della dotazione organica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)⁶, degli Istituti di ricerca e cura a carattere sperimentale pubblici (IRCCS) e degli Istituti zoo profilattici⁷ e l'istituzione di un fondo di 60 milioni di euro annui da utilizzare per ridurre il cosiddetto *super-ticket*, ossia la quota fissa di 10 euro per ricetta sull'assistenza specialistica ambulatoriale⁸.

Per quanto riguarda, infine, il finanziamento statale ordinario del SSN, l'effetto della legge di bilancio è tale da lasciarlo sostanzialmente invariato rispetto alla situazione pre-vigente (Tabella 1). Secondo la nostra ricostruzione, le norme rilevanti sono due: l'incremento del Fondo per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria (30 milioni di euro per il 2019 e 35 milioni di euro per il 2020)⁹ e, all'opposto, la riduzione di 1,1 milioni di euro annui relativa al venir meno degli oneri necessari al completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Le misure per la sanità della manovra di bilancio 2018.

Nessun nuovo taglio al finanziamento del SSN.

⁵ Cfr. L. 205/2017, art. 1, commi 389-393.

⁶ Cfr. L. 205/2017, art. 1, c. 445-447.

⁷ Cfr. L. 205/2017, art. 1, c. 424.

⁸ Cfr. L. 205/2017, art. 1, c. 804-805.

⁹ Cfr. L. 205/2017, art. 1, c. 435.

Tabella 1. Il finanziamento statale ordinario del SSN (2016-2019) - (milioni di euro)

	2016	2017	2018	2019
Finanziamento pre-vigente (1)=(a)+(b)+(c)	111.002,0	112.577,0	113.396,0	114.396,0
- Finanziamento pre-Legge bilancio 2017 (a)	111.002,0	113.063,0	114.998,0	117.988,0
- Legge Bilancio 2017 (b)	0,0	-63,0	-998,0	-2.988,0
- DM 5 giugno 2017 (c)	0,0	-423,0	-604,0	-604,0
Legge di bilancio 2018 (2)	0,0	0,0	-1,1	28,9
Finanziamento vigente (3)=(1)+(2)	111.002,0	112.577,0	113.394,9	114.424,9

di cui si è completato il processo di superamento¹⁰. In tal modo, il finanziamento passerebbe dai 112,6 miliardi di euro previsti per il 2017 a 113,4 miliardi di euro nell'anno in corso e a 114,4 miliardi nel 2019 (cfr. Tabella 1, dove la ricostruzione parte dal livello pre-legge di bilancio 2017 e conteggia gli effetti della legge di bilancio 2017 e del Dm 5 giugno 2017, relativo alla mancata partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale alle precedenti manovre sul settore sanitario¹¹).

Tabella 2. La spesa sanitaria nel quadro tendenziale dei conti pubblici (2017-2021)

	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa sanitaria (milioni euro)	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
Quota su Pil (in %)	6,6	6,6	6,4	6,3	6,3
Quota sulla spesa primaria corrente (in %)	16,0	15,9	15,8	15,8	15,9
Spesa sanitaria (variazione in %)	1,1	2,0	0,5	1,9	2,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2018)

Nella Tabella 2, infine, abbiamo riportato le stime ufficiali della dinamica della spesa sanitaria pubblica e della sua incidenza sulle principali variabili macroeconomiche¹². Come visto nel primo paragrafo, la spesa nel 2017 si è attestata a 113,6 miliardi di euro, con una crescita dell'1,1% rispetto al 2016, di tre decimi di punto percentuale in meno di quella stimata nel precedente quadro di previsione ufficiale.¹³ Nel nuovo quadro di previsione, la spesa sanitaria crescerebbe nel 2018 del 2%, dello 0,5% nel 2019 e dell'1,9% in media d'anno nel biennio successivo. In percentuale del Pil, la spesa sanitaria passa dal 6,6% nel biennio 2017-2018 al 6,4% nel 2019, per poi attestarsi al 6,3% nei due anni successivi.¹⁴ L'incidenza sulla spesa primaria corrente, invece, si riduce ulteriormente: si riduce di un decimo di punto all'anno nel biennio 2018-2019 per poi aumentare di un decimo di punto nel 2021.

Nel quadriennio 2018-2021 la spesa sanitaria pubblica si riduce ancora in % del Pil.

¹⁰ Cfr. L. 205/2017, art. 1, c. 827.

¹¹ A tal riguardo, cfr. Fondazione Farmafactoring (2017), pp. 14-16.

¹² Cfr. MEF (2018), pp. 36-37.

¹³ Cfr. MEF (2017).

¹⁴ Secondo le più recenti previsioni ufficiali, il Pil crescerebbe del 2,9% nel 2018, ad un tasso medio annuo del 3,1% nel biennio successivo e del 2,7% nel 2021. Cfr. MEF (2018).

L'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza nel SSN.

Una valutazione corretta del funzionamento del SSN richiede che si considerino anche i risultati conseguiti in termini di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni e dei servizi effettivamente erogati. Tale necessità si impone sia per verificare il rispetto nelle diverse Regioni dei principi costituzionali e istitutivi del servizio sanitario di uniformità, qualità, appropriatezza e costo delle prestazioni erogate, ma anche per verificare e eventualmente ricalibrare la politica sanitaria.

Il sistema di valutazione esistente è per sua natura molto complesso. Senza entrare nei dettagli, prevede che le Regioni siano tenute a rispettare una serie di obblighi o adempimenti.¹⁵ Tra questi, oltre a quelli di natura economica e finanziaria (il più importante dei quali è il mantenimento del pareggio di bilancio), ve ne sono altri concepiti per verificare la corrispondenza dei servizi sanitari regionali ai principi di efficacia, appropriatezza e qualità delle cure che ispirano il SSN, la cui verifica è affidata al cosiddetto "Comitato LEA", che si avvale del supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA. Il mancato rispetto anche di un solo adempimento, pregiudica alla Regione responsabile l'accesso alla cosiddetta quota premiale del finanziamento statale ordinario e richiede, per essere sanato la sottoscrizione di un "Piano di rientro".¹⁶ Al momento, non sono ancora disponibili i risultati del monitoraggio della verifica degli adempimenti previsti nel 2015, se non per uno solo di questi, ossia quello relativo al "Mantenimento nell'erogazione dei LEA". La verifica di tale adempimento, che riveste per ovvie ragioni una particolare importanza, presenta significative novità. La sua verifica avviene mediante una specifica griglia di indicatori, denominata "Griglia LEA" che nel 2015 è stata effettuata sulla base di 35 indicatori, riferiti ai livelli più generali dell'assistenza erogata (ospedaliera, emergenza urgenza, territoriale e prevenzione), tre in più di quelli utilizzati per il monitoraggio dell'anno precedente.¹⁷ La novità più rilevante, tuttavia, riguarda il fatto che si passa dalle tre precedenti classi di valutazione (adempienza, adempienza con impegno, inadempienza) a due classi (adempienza e inadempienza).

Per il 2015 risultano inadempienti il Molise, la Puglia, la Sicilia, la Campania e la Calabria (cfr. Tabella 3, dove sono riportati gli esiti delle verifiche effettuate dal 2008, per le Regioni a statuto ordinario, per la Sicilia e, per i primi due anni, anche per la Sardegna). Tali Regioni registrano, quindi, un arretramento rispetto ai risultati degli anni precedenti, che è particolarmente forte per la Sicilia e la Puglia che erano risultate pienamente adempienti in precedenza. Le aree in cui le Regioni inadempienti registrano le maggiori criticità sono quelle delle vaccinazioni, degli *screening*, dell'assistenza agli anziani e ai disabili e dell'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera (ad esempio, eccessivo ricorso ai parti cesarei). All'opposto la Toscana, l'Emilia Romagna e il Piemonte con punteggi superiori a 200 si confermano per il terzo anno consecutivo in testa al *ranking*.

Nella valutazione del SSN contano anche l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate.

L'erogazione del LEA nel 2015: inadempienti quasi tutte le regioni del Sud.

¹⁵ Agli originari adempimenti stabiliti nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 se ne sono aggiunti altri definiti da leggi, accordi e intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria definiti in seguito.

¹⁶ La quota premiale è pari al 3% del finanziamento del fabbisogno indistinto, al netto delle entrate proprie. Per le regioni adempienti nell'ultimo triennio, essa scende al 2%. Cfr. L. 191/2009, art. 2, c. 68.

¹⁷ Cfr. Ministero della salute (2017), p. 6.

Tabella 3. Verifica mantenimento erogazione LEA (2008-2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte								
Lombardia								
Veneto								
Liguria								
Emilia R.								
Toscana								
Umbria								
Marche								
Lazio								
Abruzzo								
Molise								
Campania								
Puglia								
Basilicata								
Calabria								
Sicilia								
Sardegna			nd	nd	nd	nd	nd	nd

in grigio: Regioni pienamente adempienti
 in arancione: Regioni adempienti con ulteriore impegno
 in rosso: Regioni inadempienti

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (vari anni)

In una prospettiva più ampia, si conferma il quadro emerso nei precedenti monitoraggi che vede le Regioni del Centro-Nord, con le eccezioni della Liguria (parzialmente adempiente nel 2010) e del Lazio (che solo a partire dal 2011 ha avviato un percorso virtuoso che lo ha portato a essere in regola con gli adempimenti previsti) superare pienamente in tutti gli anni considerati la verifica. Al contrario, nelle Regioni meridionali solo la Basilicata è sempre stata in "regola" con lo *standard* di un'adeguata erogazione dei LEA, sebbene solo parzialmente nel biennio 2008-2009 e nel 2013. Si distingue, inoltre, l'Abruzzo che a partire dal 2010 ha intrapreso un costante percorso di miglioramento fino a risultare pienamente adempiente nel 2014-2015. All'opposto, vanno segnalati i risultati della Campania che a parte il biennio 2013-2014, quando è risultata parzialmente adempiente, non ha mai superato la verifica.

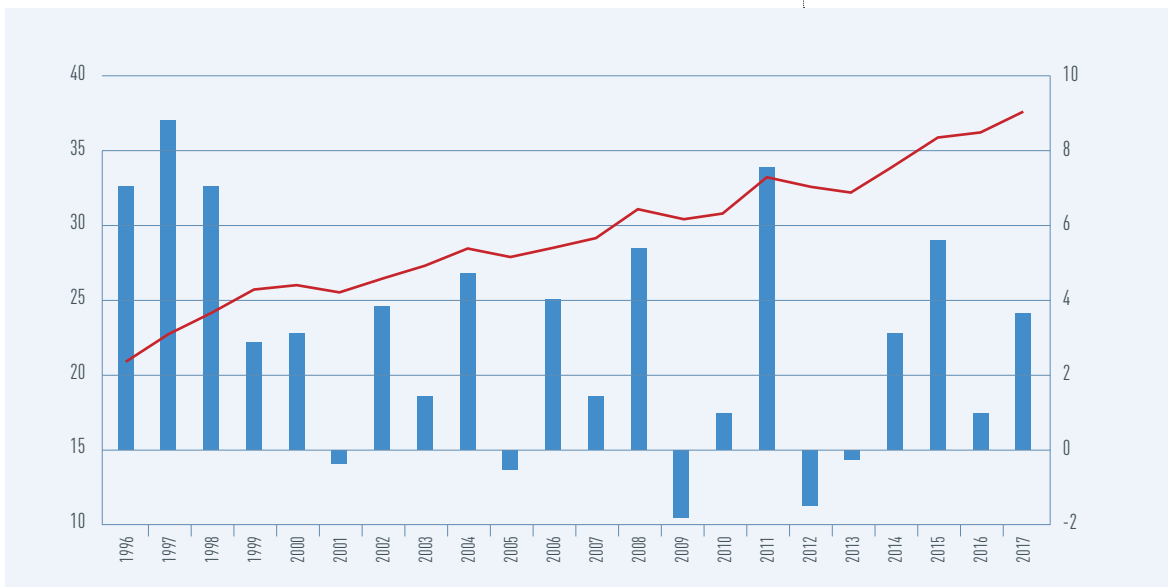
La dinamica della spesa sanitaria privata.

Abbiamo documentato nelle pagine precedenti i notevoli progressi realizzati negli ultimi anni nel contenimento della spesa sanitaria pubblica. E' difficile dire se e in quale misura tale successo sia riconducibile ad una maggiore efficienza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari o si sia anche tradotto in un restringimento del campo dell'assistenza garantita.

A tal riguardo, una prima serie di indicazioni possono ricavarsi dall'osservazione della dinamica della spesa sanitaria privata. Nel 2017 la spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta del 3,7%, raggiungendo l'importo di 37,3 miliardi di euro (Figura 2).

La spesa sanitaria privata continua a crescere: nel 2017 del 3,7%.

Figura 2. Dinamica della spesa sanitaria privata (1996-2017)



■ Variazione annua % (scala destra)
 — Valore assoluto (mld. euro)

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2018b)

Complessivamente dal 1995 la spesa sanitaria diretta delle famiglie si è quasi raddoppiata, crescendo a un tasso medio annuo del 3%. In particolare, concentrando l'attenzione negli ultimi anni, si osserva come la spesa sia cresciuta significativamente nel 2011 (7,4%), per poi ridursi nei due anni successivi e ritornare nel quadriennio finale su un sentiero di crescita del 3,4% in media d'anno, quattro decimi di punto percentuale in più di quello storico. In percentuale dei consumi complessivi (quelli finali interni, ossia quelli effettuati sul territorio

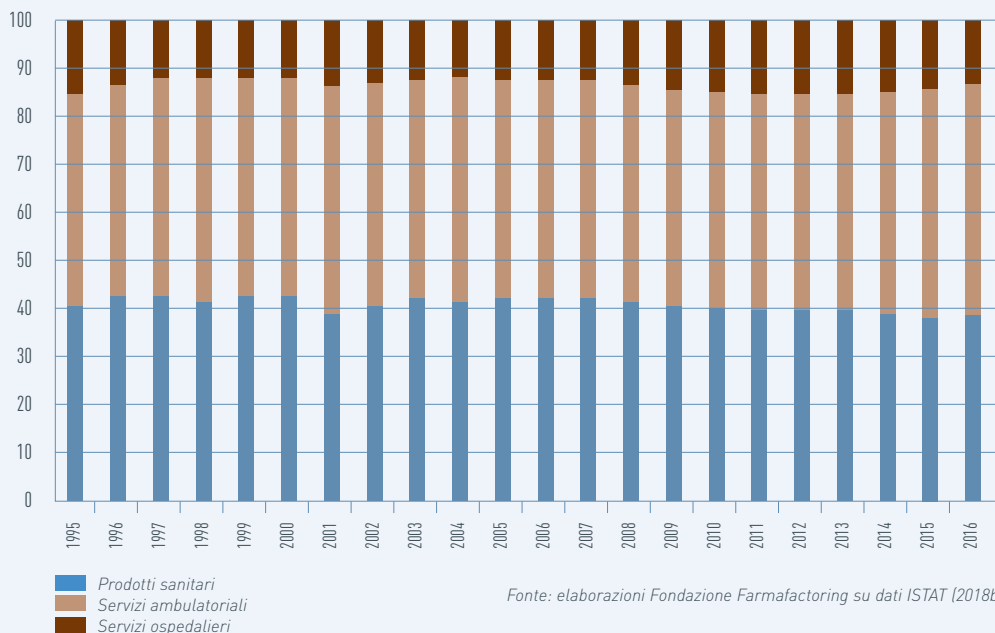
Cresce l'incidenza della spesa sanitaria privata su quella complessiva e sul Pil.

nazionale dalle famiglie residenti e non residenti), la spesa sanitaria è stata pari al 3,5%, quattro decimi di punto percentuale in più di quella registrata nel 2010 e due decimi in più della media dell'intero periodo. In termini di Pil, la spesa sanitaria privata ha raggiunto il 2,2% del Pil, superiore di un decimo di punto percentuale rispetto a quella dell'anno precedente e due decimi di punto percentuale rispetto alla media dell'intero periodo considerato.

Scendendo più nel dettaglio, nella Figura 3 abbiamo riportato per il periodo 1995-2016 la ripartizione della spesa tra le principali tipologie che la compongono: prodotti sanitari (medicinali e altri articoli sanitari), servizi ambulatoriali e ospedalieri. La tipologia più rilevante è quella dei servizi ambulatoriali che, in media nell'intero periodo esaminato, ha assorbito il 45,7% della spesa totale. Seguono la spesa per prodotti sanitari e per servizi ospedalieri, pari in media rispettivamente al 40,5 e al 13,7% della spesa totale. A partire dal 2010, infine, il peso dei servizi ambulatoriali e di quelli ospedalieri sul totale della spesa è cresciuto rispetto a quello registrato negli anni precedenti.

Dal 2010 è cresciuta la spesa per servizi ambulatoriali e ospedalieri.

Figura 3. Composizione della spesa sanitaria privata (1995-2016)



La spesa sanitaria privata intermediata: fondi integrativi, assicurazioni private e welfare aziendale.

Il sistema sanitario italiano è organizzato sulla base di tre pilastri. Al SSN si aggiungono un sistema di sanità integrativa (secondo pilastro) e uno di sanità privata (terzo pilastro), disciplinati da regole e norme specifiche che stabiliscono i compiti degli attori coinvolti, le loro funzioni e i relativi campi di attività. In questo quadro, giocano un ruolo rilevante, soprattutto per le agevolazioni fiscali di cui usufruiscono, come avremo modo di vedere in seguito, quel complesso di norme che regolano il cosiddetto *welfare* aziendale. Ma procediamo con ordine.

I soggetti coinvolti nel secondo pilastro sono i cosiddetti enti di sanità integrativa, ossia i Fondi sanitari e le Società di mutuo soccorso. Si tratta nel complesso di Enti senza scopo di lucro e sottoposti al controllo del Ministero dello Sviluppo Economico, del Ministero della Salute e dell'Agenzia delle Entrate. Proprio per tali caratteristiche, consentono ai loro associati di usufruire di specifiche agevolazioni fiscali, consistenti nella deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo pari a 3.615,2 euro, oltre alla possibilità di portare in detrazione all'imposta lorda una quota delle spese sanitarie sostenute. Scendendo più nel dettaglio possiamo distinguere due tipologie di Enti. La prima è quella dei cosiddetti "Fondi di Tipo A o doc", soggetti al divieto di adottare strategie di selezione dei rischi, ossia di selezionare le persone da assicurare in base al rischio, e all'obbligo di fornire specifiche prestazioni, ossia quelle non rientranti nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (LEA), quelle rientranti nei LEA e quelle sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, ma solo per la parte a carico dell'assistito, e, infine, quelle finalizzate al recupero della salute delle persone inabilite temporaneamente, a causa di infortuni o di malattie, per i casi non coperti dalla normativa esistente.¹⁸ La seconda tipologia è costituita dai cosiddetti "Fondi di Tipo B o non doc", che non sono soggetti alle limitazioni della tipologia precedente. In questo caso, però, per usufruire della deducibilità dei contributi versati è necessario che i fondi destinino almeno il 20% delle loro attività nelle stesse prestazioni previste per i fondi doc,¹⁹ a patto che il versamento dei contributi sia realizzato secondo le disposizioni previste da contratti, accordi o regolamenti aziendali.

Non si dispone al momento di dati ufficiali, non essendo libero l'accesso all'Anagrafe di tali Fondi, istituito presso il Ministero della Salute. Secondo alcune stime disponibili, basate sui dati di tale Anagrafe, il numero di Fondi esistenti nel 2016 sarebbe pari a 323, di cui 314 di tipo B o non doc (cfr. Tabella 4). Dal 2010 si registra una continua crescita dei Fondi (nel 2016 vi sarebbero 68 unità in più) largamente concentrata sui Fondi di Tipo B, che passerebbero dall'81,6 al 97,2% del totale, accompagnata da una riduzione di quelli Tipo A (dal 18,4 al 2,8% del totale). Nel complesso, nel 2016 gli iscritti ai fondi (A+B) sono stati pari circa 10,4 milioni di persone. Di questi, i lavoratori dipendenti e i loro familiari sono circa 8,6 milioni di persone,

Gli altri due pilastri del settore sanitario.

I Fondi sanitari integrativi.

I Fondi integrativi di Tipo A o doc.

I Fondi integrativi di Tipo B o non doc.

Numero di Fondi integrativi, iscritti e prestazioni erogate.

¹⁸ Cfr. D. Lgs. 502/1992 e D. lgs. 299/1909, art. 9 e DM 31/3/2008, art. 1.

¹⁹ Cfr. DM 31/3/2008, art. 1 e DM 27/10/2009.

pari all'80,9% degli iscritti totali. I lavoratori non dipendenti (e i loro familiari) sono pari a circa 1,3 milioni (12,5% del totale), mentre i pensionati (e i loro familiari), il cui numero negli anni precedenti non è disponibile, sono pari a circa 0,7 milioni (6,6%). Le prestazioni complessivamente erogate sono pari a 2,3 miliardi di euro nel 2016, con una crescita nell'arco di tempo considerato del 6,3% in media d'anno.²⁰

Tabella 4. Fondi sanitari: numero, iscritti e prestazioni erogate

	Numero Fondi			Iscritti			Risorse	mln. euro
	Tipo A	Tipo B	Totale	Dipendenti (*)	Non Dipendenti (*)	Pensionati		
2010	47	208	255	2.630.664	681.810		3.312.474	1.614,3
2011	43	222	265	4.474.121	672.512		5.146.633	1.741,0
2012	3	273	276	5.015.030	816.913		5.831.943	1.913,5
2013	4	286	290	6.108.242	806.159		6.914.401	2.111,8
2014	7	293	300	6.704.238	789.586		7.493.824	2.159,9
2015	8	297	305	8.285.668	868.824		9.154.492	2.243,5
2016	9	314	323	8.589.466	1.325.993	701.388	10.616.847	2.329,8

Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Itinerari previdenziali (2018)

Il sistema di sanità privato (il terzo pilastro) è gestito dalle imprese di assicurazione ed è finalizzato a garantire coperture sanitarie elaborate in funzione, ovviamente, di elementi attuariali. Più precisamente, la sottoscrizione di una polizza malattia consente il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o l'erogazione di una prestazione medica attraverso strutture convenzionate, mentre la sottoscrizione di una polizza vita consente la copertura dei rischi di non autosufficienza, ossia l'erogazione di una rendita a favore di soggetti colpiti da eventi invalidanti che ne compromettono l'autosufficienza. Da un punto di vista fiscale, mentre i premi versati per le polizze assicurative relative al ramo malattia non sono detraibili dal reddito imponibile, ma sono anzi assoggettati a un'imposta del 2,5%, quelli relativi alla copertura del rischio di non autosufficienza godono di una detrazione d'imposta del 19%, fino a un importo annuo di 1.291,14 euro. In ogni caso le spese mediche sostenute dai cittadini sono detraibili fiscalmente, nei limiti stabiliti dalla legge, anche se parzialmente o interamente riscalate da un assicuratore.²¹

Nel 2016 le famiglie in possesso di almeno una polizza sanitaria erano circa 1,7 milioni pari al 6,9% del totale, in decisa crescita rispetto al 2014 e 2012, quando erano rispettivamente 800 mila e 1 milione

Le assicurazioni sanitarie.

²⁰ Le risorse destinate ogni anno alle prestazioni extra LEA dai Fondi di Tipo B supera il tetto del 20% necessario ai fini della deducibilità fiscale dei contributi (il 31,5% in media nell'intero periodo).

²¹ Cfr. Ania (2015), p. 5.

(rispettivamente il 3,3% e il 4% delle famiglie complessive).²²

La maggiore diffusione della copertura assicurativa si registrava nel Nord, dove il 9,6% delle famiglie possedeva una polizza assicurativa sanitaria. Di poco inferiore la percentuale registrata nel Centro (8,3%), mentre decisamente più bassa quella del Sud (2,1%). Considerando la condizione professionale del capofamiglia, quelli che ricorrono di più all'assicurazione sanitaria sono gli autonomi, sebbene nel 2016 la distanza rispetto ai dipendenti si era di molto accorciata: tra i primi la diffusione di polizze era pari al 10,3% (7,2% nel 2014 e 9,5% nel 2012), mentre tra i secondi era quasi del 10% (3,4% e 4,3%). La sottoscrizione di una polizza sanitaria ha continuato, invece, a mantenersi molto bassa per i capifamiglia in condizione non professionale: appena il 2,9% delle famiglie di tale tipologia risultava nel 2016 aver sottoscritto una polizza sanitaria (2,3 e 2,4% nelle due precedenti rilevazioni). Infine, nel 2016 si è accentuata la correlazione (positiva) rispetto al reddito familiare, tanto che la percentuale di famiglie assicurate facenti parte del quintile più ricco della distribuzione del reddito era superiore a quella del quintile più povero di quasi 19 punti percentuali (nel 2012 e 2014 tale differenza era rispettivamente di 12,9 e di 10,6 punti percentuali).

Infine, i premi raccolti per il ramo malattia, sono stati nel 2017 pari a 2.704 milioni di euro, con un aumento rispetto all'anno precedente del 15,1% (dal 2010 l'incremento è stato del 23,3% e dal 2005 del 57,6%).²³ I premi raccolti per il rischio di non autosufficienza sono stati, a loro volta, pari a 90,9 milioni di euro nel 2017, con un incremento del 14,3% rispetto all'anno precedente (e del 231,1% rispetto al 2010 e del 286,3% rispetto al 2005).²⁴ Infine, secondo alcune stime solo il 26,3% dei premi raccolti nel 2017 nel ramo malattia si riferiscono a polizze individuali (nel 2016 tale percentuale era più bassa di circa mezzo punto percentuale).²⁵ La restante gran parte dei premi raccolti, si riferisce, quindi, a polizze collettive, stipulate dai Fondi sanitari o nell'ambito di accordi di *welfare* aziendale.

Per quanto riguarda il *welfare* aziendale, infine, non si tratta di una fattispecie che si aggiunge ai fondi integrativi e alle assicurazioni private, ma di benefit monetari e/o di prestazioni riconosciute dal datore di lavoro ai dipendenti con l'obiettivo di migliorarne la qualità della vita. La legge di stabilità 2016 ha reintrodotto, in via permanente, una tassazione sostitutiva per i premi di produttività e per le somme erogate a titolo di partecipazione agli utili dell'azienda e ha stabilito la possibilità di convertire i premi in denaro in prestazioni di *welfare* aziendale, escluse dall'imposizione IRPEF, a patto che sia contemplata dal contratto collettivo aziendale o territoriale. I lavoratori dipendenti interessati hanno quindi la possibilità di convertire i premi di produttività, completamente o parzialmente, in benefit aziendali, totalmente detassati, tra cui sono compresi i contributi versati ai fondi sanitari privati e per la copertura del rischio di non autosufficienza, forme di sanità privata che sono escluse dalla tassazione, anche se superano i limiti previsti (rispettivamente di 3.165,2 e di 1.291.14 euro).

Crescono le famiglie in possesso di una polizza sanitaria.

Crescono i premi raccolti.

Le agevolazioni al welfare aziendale.

²² Cfr. Ania [2018], p. 1 e p. 6.

²³ Cfr. Ania [2006, 2011, 2017, 2018b] relativamente al comparto Danni.

²⁴ Cfr. Ania [2006, 2011, 2017, 2018b] relativamente al comparto Vita.

²⁵ Cfr. Ania [2018c], pp. 4-5.

Il nuovo sistema dei conti della sanità.

Lo scorso anno per la prima volta l'Istat ha diffuso le stime sul sistema dei conti della sanità riferite agli anni 2012-2016.²⁶ Tali stime consentono di avere un quadro più completo del sistema sanitario nazionale, in cui oltre alla spesa sanitaria pubblica e quella privata "diretta" delle famiglie, si considera anche quella finanziata dai cosiddetti "Regimi di finanziamento volontari" (a cui per semplicità ci riferiremo come spesa privata intermediata) che è quella sostenuta mediante gli altri soggetti attivi nel sistema, ossia le assicurazioni, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese. Rimane, tuttavia, esclusa quella intermediata dai fondi sanitari integrativi e, relativamente a quella intermediata dalle imprese di assicurazioni, quella relativa ai rischi di non autosufficienza (che, sulla base delle indicazioni esposte nel paragrafo precedente, dovrebbe essere di gran lunga la componente meno rilevante dal punto di vista quantitativo).

Prima di esaminare i risultati di tali stime, è necessario affrontare alcune questioni metodologiche che riguardano la spesa pubblica e quella privata diretta di cui ai precedenti paragrafi 2 e 5. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, le stime in oggetto differiscono da quelle considerate nel paragrafo 2, perché non considerano alcune tipologie di spesa (quelle sostenute per imposte, tasse e premi di assicurazione e quelle relative alle cosiddette contribuzioni diverse, ossia i trasferimenti a enti della PA, famiglie imprese e enti *no profit*), mentre includono quelle sostenute per servizi collettivi (che non sono considerate nell'altra).

Per quanto riguarda la spesa privata diretta, invece, la non coincidenza delle stime del nuovo sistema dei conti sanitari con quelle del paragrafo 5 dipende sostanzialmente da due ragioni: a) dal fatto che le prime si riferiscono ai consumi nazionali (ossia a quelli delle famiglie residenti all'intero del territorio nazionale e all'estero) mentre le seconde a quelli interni (ossia ai consumi sanitari effettuati nel territorio nazionale dalle famiglie residenti e non) e b) dal fatto che nelle prime non è compresa quella parte di spesa successivamente rimborsata dalle assicurazioni private, che è invece ricompresa nelle seconde.

Nel 2016 la spesa sanitaria totale ammontava a 149,5 miliardi di euro, 5 miliardi di euro in più rispetto a quella del 2012, con un aumento del 3,5% (Tabella 5). La spesa pubblica ne rappresentava il 75%, 1,1 punti percentuali in meno rispetto al 2012. Nell'arco del quadriennio considerato, è cresciuta quindi la componente privata e in particolare quella diretta che nel 2016 ha raggiunto l'importo di 33,9 miliardi di euro, il 22,7% del totale (1 punto percentuale in più rispetto alla percentuale del 2012). Per quanto riguarda la spesa intermediata, quella facente capo alle assicurazioni private, stimata sulla base degli indennizzi pagati, nel 2016 era pari al 65,3% del relativo totale, mentre la restante parte si distribuiva in modo sostanzialmente uguale tra quella facente capo alle Istituzioni senza scopo di lucro (17%) e alle

Alcune questioni metodologiche.

Negli ultimi 5 anni si riduce il peso della sanità pubblica ...

... e quello delle assicurazioni

²⁶ Cfr. Istat (2017).

imprese (17,7%). Rispetto al 2012, inoltre, si registra una riduzione della spesa sostenuta dalle imprese di assicurazioni di circa 60 milioni di euro, più che compensata da quella delle altre due tipologie, in aumento rispettivamente di 159 e 129 milioni di euro.

Tabella 5. La spesa sanitaria per regime di finanziamento (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
<i>miliardi di euro</i>					
Spesa pubblica	110,0	109,3	110,6	110,8	112,2
Spesa privata intermediata	3,2	3,1	3,2	3,4	3,4
Spesa privata diretta	31,3	31,3	32,4	33,8	33,9
Totale	144,5	143,6	146,2	148,0	149,5
<i>in % del totale</i>					
Spesa pubblica	76,1	76,1	75,6	74,9	75,0
Spesa privata intermediata	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Spesa privata diretta	21,7	21,8	22,1	22,8	22,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmactoring su dati ISTAT (2017)

Nella Tabella 6 abbiamo riportato la ripartizione della spesa sanitaria nel 2016 tra le diverse funzioni di assistenza e i regimi di finanziamento. Cominciamo con l'osservare che la funzione più rilevante dal punto di vista quantitativo è quella di Cura e riabilitazione che assorbe il 54,9% del totale della spesa complessiva. Seguono l'acquisto di prodotti sanitari (farmaci e altro), la *Long term care* e i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) che assorbono rispettivamente il 20,8, il 10,1 e l'8,3% della spesa totale. Decisamente meno rilevanti, quantitativamente, i servizi di prevenzione e di amministrazione che pesano sul totale della spesa rispettivamente il 4,1 e l'1,9%. Per quanto riguarda la spesa pubblica, circa il 75% è assorbito dalle funzioni di cura e riabilitazione e di acquisto di prodotti sanitari. Le medesime funzioni assorbono, una percentuale più alta della spesa privata diretta (81,3%) e una più bassa di quella intermediata (39,9%). Circa il 38,9% della spesa privata diretta è assorbito dall'acquisto di prodotti sanitari, percentuale decisamente superiore a quella che si incontra nelle altre tipologie.

La spesa per prevenzione e per la *governance* e l'amministrazione, infine, assorbono una percentuale della spesa privata intermediata decisamente superiore a quella che si riscontra per le altre tipologie. Nel primo caso, la spesa è di gran lunga concentrata presso le imprese (il 94,5% dell'intera spesa intermediata per prevenzione), mentre nel secondo presso le imprese di assicurazione (il 96,4% del relativo totale).

Tabella 6. La spesa sanitaria nel 2016: ripartizione per funzione di assistenza e Regime di finanziamento.

	Spesa pubblica	Spesa privata intermediata	Spesa privata diretta	Totale	
<i>miliardi di euro</i>					
Cura e riabilitazione	66.491	1.138	14.403	82.032	
Long term care	11.489	134	3.444	15.067	
Servizi ausiliari	9.188	329	2.825	12.342	
Prodotti sanitari	17.697	214	13.195	31.106	
Prevenzione	5.358	636	63	6.057	
Governance e amm.	1.959	937	0	2.896	
Totale	112.182	3.388	33.930	149.500	
<i>in % del totale</i>					
Cura e riabilitazione	59,3	33,6	42,4	54,9	
Long term care	10,2	4,0	10,2	10,1	
Servizi ausiliari	8,2	9,7	8,3	8,3	
Prodotti sanitari	15,8	6,3	38,9	20,8	
Prevenzione	4,8	18,8	0,2	4,1	
Governance e amm.	1,7	27,7	0,0	1,9	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2017)

Conclusioni.

In linea con l'esperienza degli ultimi anni, anche nel 2017 il settore sanitario ha dato un rilevante contributo al contenimento della spesa pubblica e al riequilibrio dei conti della PA.

Al contenimento della dinamica della spesa pubblica ha corrisposto un aumento di quella sostenuta direttamente dai cittadini e della sua incidenza sulla spesa sanitaria complessiva. Allo stesso tempo, i risultati delle verifiche relative all'adeguatezza dell'erogazione dei LEA segnalano per il 2015 (ultimo dato disponibile al momento della redazione del presente quaderno) un peggioramento della situazione nelle regioni del Sud che non superato gli adempimenti richiesti, con l'eccezione della Basilicata e dell'Abruzzo.

In assenza di una risposta pubblica ai bisogni sanitari il settore della sanità integrativa cresce, creando forse un ampliamento delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Bibliografia

Ania (2006), *Premi del lavoro diretto italiano 2005*.

<http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Volumi-Premi-lavoro-diretto-italiano/2005/premi2005.pdf>

Ania (2011), *Premi del lavoro diretto italiano. Edizione 2011*.

http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Volumi-Premi-lavoro-diretto-italiano/2010/73b25f17-8060-11e0-ac14-f3c446ddba06___PREMI_2010.pdf

Ania (2017), *Premi del lavoro diretto italiano 2016. Edizione 2017*.

<http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Volumi-Premi-lavoro-diretto-italiano/2016/PREMI-2016.pdf>

Ania (2018), *Premi del lavoro diretto italiano 2017. Edizione 2018*.

<http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Volumi-Premi-lavoro-diretto-italiano/2017/PREMI-2017-x-WEB.pdf>

Ania (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*.

<http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf>;

Ania (2018), *Ania Trends, n. 4, aprile 2018*.

<http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Newsletter-Ufficio-Studi/apr-18.pdf>;

Cfr. Ania (2018c), *Trends infortuni e malattia. Portafoglio diretto italiano - Dati al 31 dicembre 2017*; http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infotuni-e-Malattia/2017/Newsletter-Infotuni-e-Malattia_anno-2017.pdf

Fondazione Farmafactoring (2017), I conti della sanità: consuntivi 2016 e prospettive future, *I Quaderni della Fondazione Farmafactoring n. 4/2017*

Istat (2017), Il sistema dei della sanità per l'Italia. Anni 2012-2016; <https://www.istat.it/it/archivio/201944>

ISTAT (2018a), *I conti della protezione sociale*, aprile 2018

<http://dati.istat.it/>

ISTAT (2018b), *Spesa per consumi finali delle famiglie*, aprile 2018

<http://dati.istat.it/>

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), Nota di Aggiornamento del *Documento di Economia e Finanza 2017*, Roma

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018), *Documento di Economia e Finanza 2018*. Sezione II - Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, Roma

Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015*, Roma
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf

Ministero della Salute (2016a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2014*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf

Ministero della Salute (2016b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2014*, Roma
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2582_allegato.pdf

Ministero della Salute (2015), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2013*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf

Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2013*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2012*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf

Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf

Ministero della Salute (2012), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010*, Roma,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf

Ministero della Salute (2011), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2009*, Roma
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf

Ministero della Salute (2010), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2008*, Roma
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf

Numeri precedenti

- 01.2012 Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare
- 01.2013 La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*: il quadro di sintesi dei prossimi anni
- 02.2013 Sanità e salute: la variabile generazionale
- 03.2013 Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti
- 01.2014 La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN
- 02.2014 I conti della sanità: consuntivi e prospettive future
- 03.2014 I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi
- 04.2014 Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society
- 01.2015 Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia
- 02.2015 Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria
- 03.2015 I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future
- 04.2015 Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia
- 01.2016 La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)
- 02.2016 La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione
- 03.2016 Alla difficile caccia della inappropriatezza
- 04.2016 I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future
- 01.2017 La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire
- 02.2017 Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani, ma bisognoso di profonde modifiche
- 03.2017 I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future
- 04.2017 La salute dei migranti in Italia: alcune riflessioni ed evidenze
- 01.2018 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute dei giovani italiani
- 02.2018 L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia
- 03.2018 Le criticità finanziarie dei comuni italiani: un'analisi ricostruttiva

Progetto grafico:
ideogramma.it

Stampa:
Italgraf

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it