

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white. The background is a dark red with faint, light red text related to economics and development.

Capitolo 3

La spesa:

l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 3

La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

d'Angela D.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

3.1. Il contesto internazionale e la sostenibilità del sistema italiano

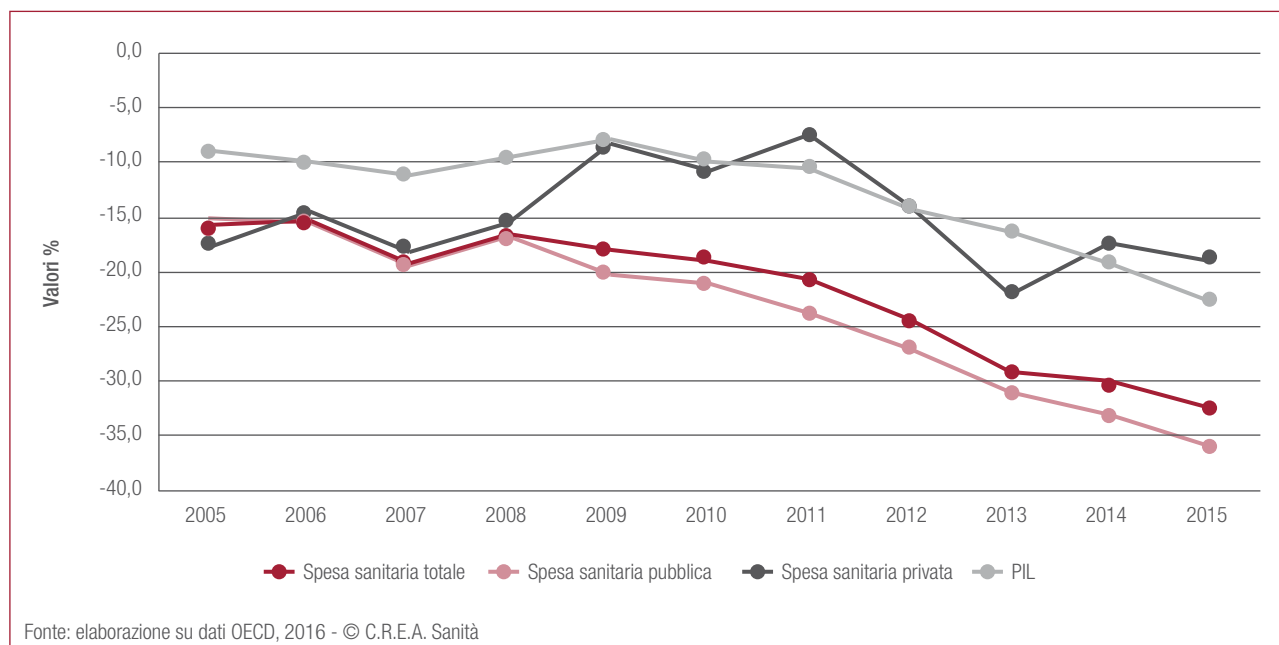
La spesa sanitaria corrente (totale) italiana nel 2015 risulta di € 2.436,1 pro-capite, con uno scarto di oltre il 32,5% rispetto ai € 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale (Figura 3.1)³.

Va sottolineato che il *gap* risulta in aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente e del 16,8% in confronto

al 2005. Nel decennio 2005-2015 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale (EU14)⁴ è, quindi, più che raddoppiato (15,7% vs. 32,5%).

La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs. 3,8% medio annuo tra il 2010 ed il 2015).

Figura 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) Italia vs. Europa occidentale (EU14), anni 2005-2015



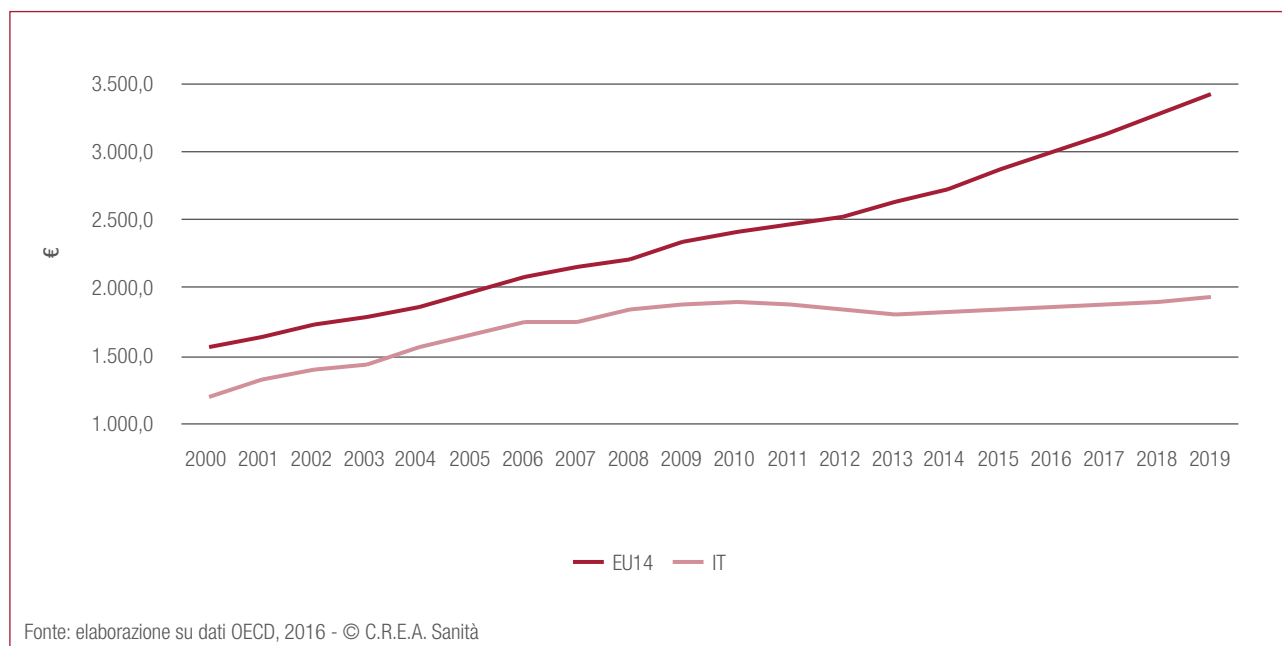
¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

³ Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), database OECD.Stat, edizione ottobre 2016. Si avverte che i dati diffusi da OECD e utilizzati in questo capitolo (e nell'intero volume) possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; con riferimento alla confrontabilità temporale, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

⁴ EU15 esclusa Italia

Figura 3.2. Spesa sanitaria totale, Italia vs. Europa occidentale. Valori pro-capite (€), anni 2000-2019



Nello specifico, sul fronte della spesa corrente pubblica pro-capite, il *gap* ha ormai raggiunto il 36,0% (+2,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verificatosi per la spesa totale, va notato che nel 2005 il *gap* superava appena il 15,0% (in pratica una crescita dello scarto, nel decennio considerato, di circa +21,0 punti percentuali).

Il *gap* per la spesa corrente privata, invece, si ferma al 18,9%, riportando peraltro una crescita assai modesta (pari a +1,3 punti percentuali nell'ultimo decennio).

L'ampliarsi del *gap* corre parallelo all'ampliarsi di quello del PIL pro-capite, anch'esso aumentato nell'ultimo decennio del 13,9%: 22,7% nel 2015 vs. 8,8% nel 2005.

In definitiva, nel periodo 2005-2015, la spesa corrente pubblica e il PIL pro-capite, sono cresciuti in Italia rispettivamente dell'1,0% e dello 0,5%, a fronte di una crescita negli altri Paesi dell'Europa occidentale del 3,9% medio annuo per la spesa sanitaria pubblica e del 2,1% medio annuo per il PIL. In linea con l'Europa occidentale è, invece, la crescita della spesa privata: 2,3% medio annuo nell'Europa occidentale e 2,1% in Italia.

In altri termini, tanto il PIL che la spesa sanitaria pub-

blica pro-capite crescono ad un tasso pari ad un quarto di quello europeo (EU14). Si noti, però, che la minore crescita dello 0,5% per il PIL, diventa ben il 3,9% in termini di spesa sanitaria pubblica.

La spesa privata⁵ dei cittadini, di contro, cresce agli stessi ritmi di quella dell'Europa occidentale, dimostrando di mantenere una funzione di complementazione della spesa pubblica anche in tempi di crisi.

Va anche notato che in Italia, la spesa privata a differenza di quella pubblica cresce a ritmi vicini a quelli dei Paesi EU14, e quindi in proporzione al PIL più che in quei Paesi.

Proiettando (Figura 3.2) i *trend* attuali, il *gap* potrebbe arrivare a sfiorare il 44,0% nel 2020.

Se consideriamo la spesa pubblica, e adottiamo le previsioni di crescita riportate nel DPEF 2016-2019, che invero storicamente vengono spesso riviste al ribasso, la situazione non sembra modificarsi in maniera sostanziale: il *gap* raggiungerà il 40,0% nel 2017 e arriverà al 43,5% nel 2019.

L'analisi ripetuta per il livello ripartizionale evidenzia risultati ancor più eclatanti⁶.

⁵ La spesa privata comprende la spesa *Out Of Pocket* (OOP), le assicurazioni private individuali, i fondi integrativi aziendali e le *charities*

⁶ Il dato per le analisi regionali differisce da quello OECD utilizzato per i confronti internazionali, essendo il primo ricavato dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e il secondo elaborato secondo i criteri della Contabilità

Tabella 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) ripartizioni geografiche vs. Europa occidentale, anno 2015

Paesi	2015			
	Sp. tot. pc.	Sp. pub. pc	Sp. prv. pc	PIL pc
Gap Nord vs. Europa occidentale	-27,2	-34,1	-0,4	-6,5
Gap Centro vs. Europa occidentale	-32,6	-35,8	-20,2	-14,1
Gap Sud vs. Europa occidentale	40,8	-39,6	-45,2	-48,6

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, OECD e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica e privata in % del PIL nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL						
Europa occidentale	8,02	7,99	8,00	8,25	8,30	8,26
Italia	7,02	6,80	6,81	6,81	6,86	6,83
Spesa sanitaria privata in % del PIL						
Europa occidentale	1,95	1,96	2,03	2,14	2,14	2,12
Italia	1,93	2,03	2,03	1,99	2,19	2,22

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

In particolare, nel 2015, la spesa totale pro-capite nel Meridione è stata in media inferiore del 40,8% a quella dell'Europa occidentale; il risultato dipende sia dalla componente pubblica che da quella privata della spesa: la spesa pubblica delle Regioni meridionali risulta inferiore del 39,6% e quella privata del 45,2% a fronte di uno scarto di PIL del 48,6%. Anche i *gap* delle Regioni centrali appaiono significativi, sebbene più contenuti di quelli della ripartizione meridionale: lo scarto tra Centro e Europa occidentale, in termini di spesa totale, è del 32,6%: 35,8% sul fronte della spesa pubblica pro-capite, 20,2% su quello della privata e, infine, del 14,1% per quanto riguarda il PIL. Il complesso delle Regioni del Nord registra una spesa totale pro-capite inferiore a quell'Europa occidentale del 27,2%, del 34,1% per la spesa pubblica pro-capite e dello 0,4% per la spesa pro-capite privata, il tutto a fronte di un PIL inferiore del 6,5% (Tabella 3.1).

Giova, peraltro, sottolineare che le Regioni settentrionali fino al 2013 avevano un PIL pro-capite maggiore di quello medio dell'Europa occidentale: in particolare,

nel 2013 il PIL del Nord era maggiore di quello dell'Europa occidentale dell'1,5% quando, però, nel 2005 la differenza ammontava all'8,5%.

3.2. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL

Nel 2015, la spesa sanitaria totale ha assorbito in Italia circa il 9,0% del PIL mantenendo di fatto invariato il suo peso rispetto all'anno precedente; anche nei Paesi dell'Europa occidentale il rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL negli ultimi due anni si è mantenuto tendenzialmente stabile, ma su un livello maggiore e pari a circa il 10,4%.

Nei Paesi dell'Europa occidentale la spesa sanitaria pubblica ha un'incidenza sul PIL media dell'8,3%, in linea con il dato dell'anno precedente. L'Italia, invece, nel 2015 ha evidenziato una lieve flessione del rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL passando da circa il 7,0% nel 2014 al 6,8% nel 2015 (Tabella 3.2).

Nazionale. Il primo, in particolare, prende in considerazione solamente la spesa degli enti che producono servizi sanitari controllati dalle Regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali: le ASL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCSS e i Policlinici Universitari; il secondo fa riferimento alla definizione di spesa impiegata nei documenti ufficiali di finanza pubblica ed elaborata dall'Istat secondo i principi del SESPROS (Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale), includendo la spesa effettuata in ambito sanitario da tutti gli enti e, quindi, non solamente da parte da ASL, Aziende Ospedaliere, etc.

Nel medesimo anno, nell'Europa occidentale, la componente privata della spesa totale ha assorbito in media il 2,0% del PIL, mentre in Italia è arrivata al 2,2%; da evidenziare, in ogni caso, che, sia in Italia che nei Paesi dell'Europa occidentale, negli ultimi due anni il peso della spesa privata sul PIL non è sostanzialmente variato.

Il dato può essere riletto considerando i diversi livelli di debito pubblico che, per effetto degli interessi passivi generati, "levano" risorse al *welfare* e alle altre voci di spesa.

Ripetendo, quindi, l'analisi al netto degli interessi passivi sul debito pubblico, ovvero tenendo conto delle

risorse effettivamente disponibili, si confermano in sostanza i risultati già descritti, che vedono l'Italia attestarsi su livelli nettamente inferiori di spesa (Tabella 3.3).

In particolare, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul "PIL disponibile" sarebbe per l'Italia del 9,4% contro il 10,2% dei Paesi dell'Europa occidentale. La spesa pubblica, sarebbe al 7,1% del PIL; al di sotto di quella europea dell'1,3%.

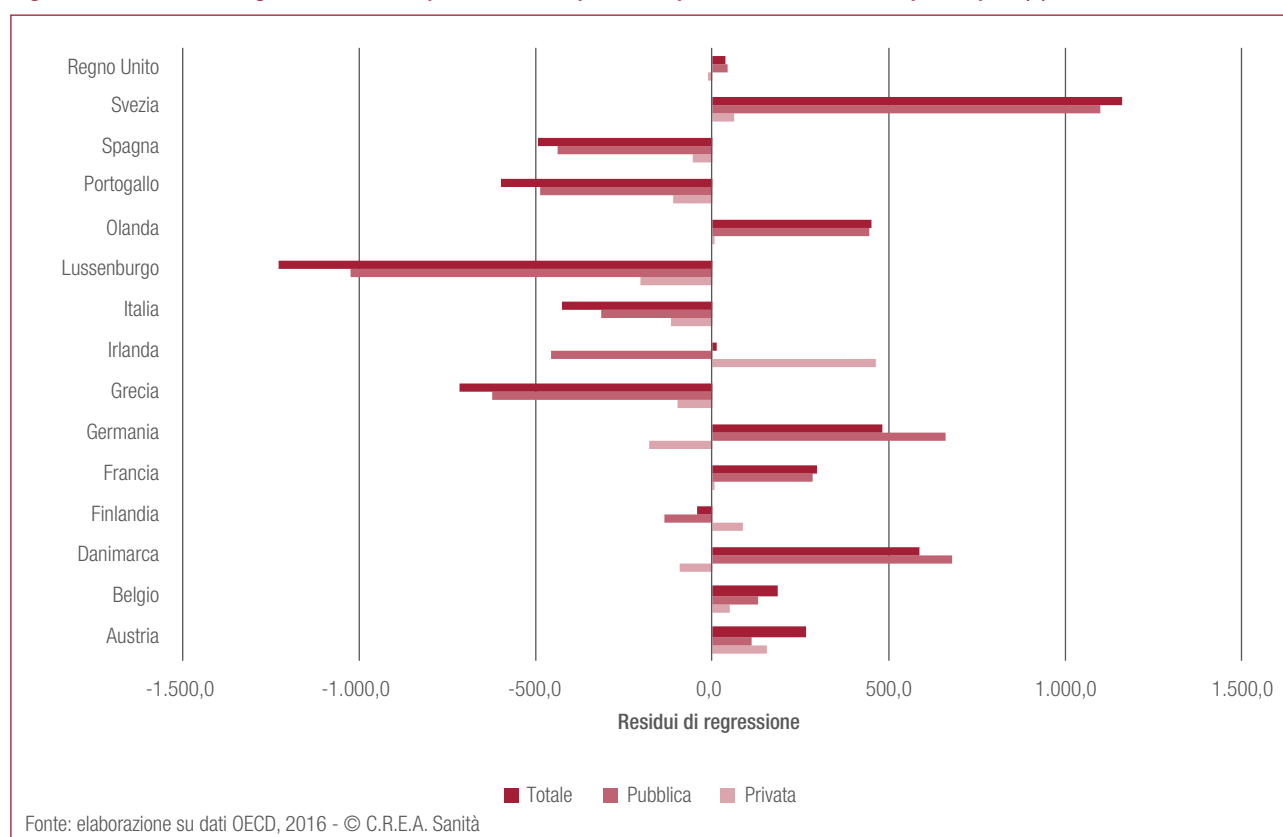
Nella Figura 3.3 si fornisce una rappresentazione grafica di quanto la spesa dei singoli Paesi si discosti dalla ipotesi di perfetta omogeneità rispetto al livello del loro PIL⁷. Valori positivi indicano una spesa sanitaria su-

Tabella 3.3. Spesa sanitaria pubblica in % del PIL al netto degli interessi passivi sul debito pubblico nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Europa occidentale	8,23	8,22	8,22	8,45	8,49	8,42
Italia	7,34	7,14	7,19	7,15	7,20	7,13

Fonte: elaborazione su dati OECD e Eurostat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.3. Residui di regressione della spesa sanitaria pubblica, privata e totale sul PIL pro-capite (€), anno 2015



⁷ Si tenga presente che per il 2015 non è ancora disponibile il dato con dettaglio regionale ma solamente il valore aggregato della voce. Nella nostra analisi abbiamo, pertanto, supposto che la distribuzione regionale del PIL fosse la medesima rilevata l'anno precedente

periore a quanto ci si attenderebbe in base alle risorse prodotte e, viceversa, valori negativi indicano una spesa sanitaria inferiore all'atteso.

L'analisi mostra come l'Italia presenti sia una spesa pubblica che una spesa privata inferiori a quelle attese.

Analoga situazione è possibile riscontrarla in Spagna, Portogallo, Grecia e Lussemburgo. Escludendo l'evidente anomalia del Lussemburgo, l'Italia è chiaramente fra i Paesi con maggiori difficoltà economiche, ed è quello con lo scostamento maggiore in termini di spesa privata.

Appare anche doveroso rimarcare come i Paesi con una spesa pubblica molto superiore a quella attesa (e nello specifico Germania, Danimarca e Olanda) presentino, di contro, una spesa privata estremamente bassa quando non inferiore a quella attesa.

I risultati della regressione sembrano confermare che, in linea di principio, la spesa privata compensa le carenze di spesa pubblica, condizionatamente ai livelli

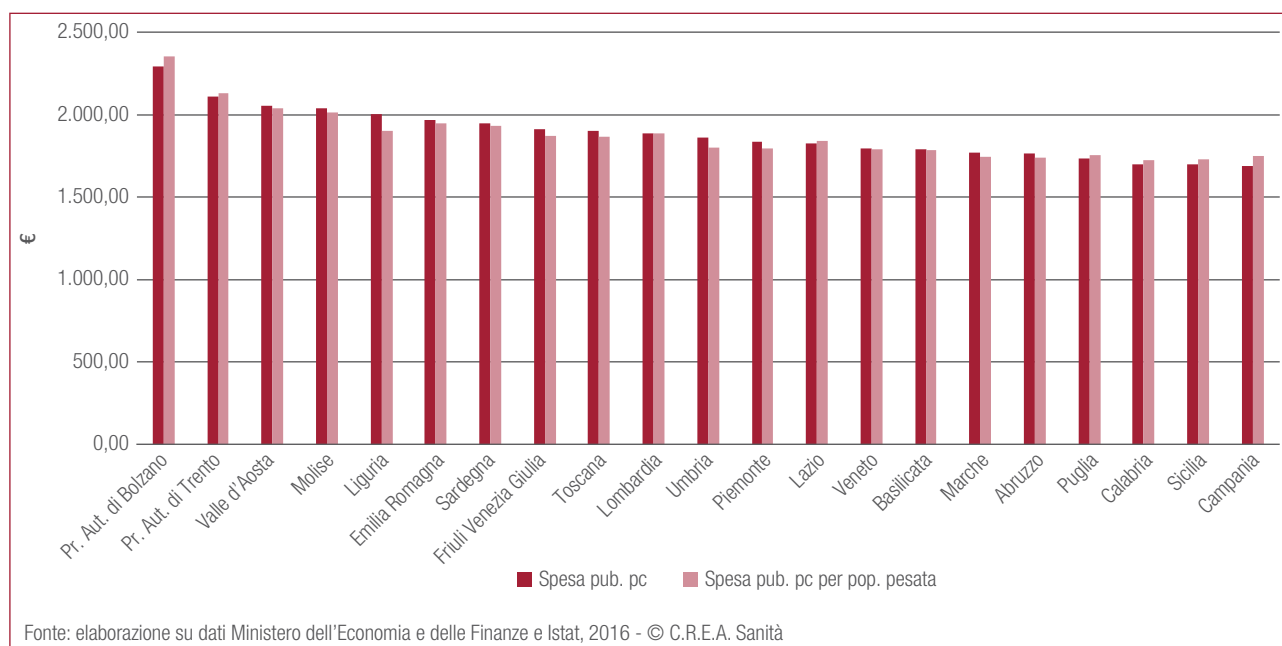
di reddito generati e che l'Italia sembra avere una scarsa *Willingness to Pay* (WTP) per la Sanità.

3.3. La spesa sanitaria nelle Regioni

Nel 2015, secondo quanto pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito del Rapporto su "Il monitoraggio della spesa sanitaria", le uscite complessive pubbliche per l'assistenza sanitaria sono state pari a € 111,2 mld. (al netto degli ammortamenti e del saldo delle svalutazioni e rivalutazioni, eliminati per rendere omogenei i confronti con i dati antecedenti alle novità introdotte dal D. Lgs. 118/2011): quindi in lieve crescita (+0,3%) rispetto all'anno precedente⁸.

La spesa pubblica pro-capite, nel 2015, è quindi di € 1.828,8 (+0,3% rispetto al 2014) (Figura 3.4) con valori massimi nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente € 2.291,3 e € 2.107,1 pro-capite),

Figura 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione semplice e pesata, anno 2015



⁸ Si noti che, a differenza dei precedenti Rapporti, si è fatto riferimento al dato fornito dalla Ragioneria Generale dello Stato, in carenza della pubblicazione del dato aggregato ministeriale: per confronto con i dati esposti nei Rapporti precedenti, si segnala che, qualora il dato ministeriale avesse avuto lo stesso andamento di quello della Ragioneria Generale dello Stato, e non ci fossero stati assestamenti importanti del dato di spesa riferito al 2012, la spesa sanitaria pubblica sarebbe scesa a € 111,0 mld. nel 2013, avrebbe raggiunto € 112,4 mld. nel 2014 e € 112,7 mld. nel 2015. Si fa in ogni caso riferimento alla spesa sanitaria ricavata dai conti economici delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); per maggiori approfondimenti sul tema si rimanda alla lettura della nota 6

in Valle d'Aosta (€ 2,051,2 pro-capite), Molise (€ 2.038,7 pro-capite) e Liguria (€ 2.002,7 pro-capite); all'estremo opposto si collocano Campania, Sicilia e Calabria con una spesa pro-capite rispettivamente pari a € 1.689,5, € 1.696,4 e € 1.698,1.

La differenza massima di spesa pubblica pro-capite è stata del 40,0%, ovvero € 601,9; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari al 20,0% (€ 349,3).

Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata⁹, permane una differenza importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, con uno scarto sempre prossimo al 40,0% (€ 632,6).

Tra il 2005 ed il 2015 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dell'11,2% (si tratta di un incremento medio annuo dell'1,0%) (Tabella 3.4), che in termini reali equivale a una diminuzione di € 95,3 (-5,8% ovvero -0,6% medio annuo) (Figura 3.5).

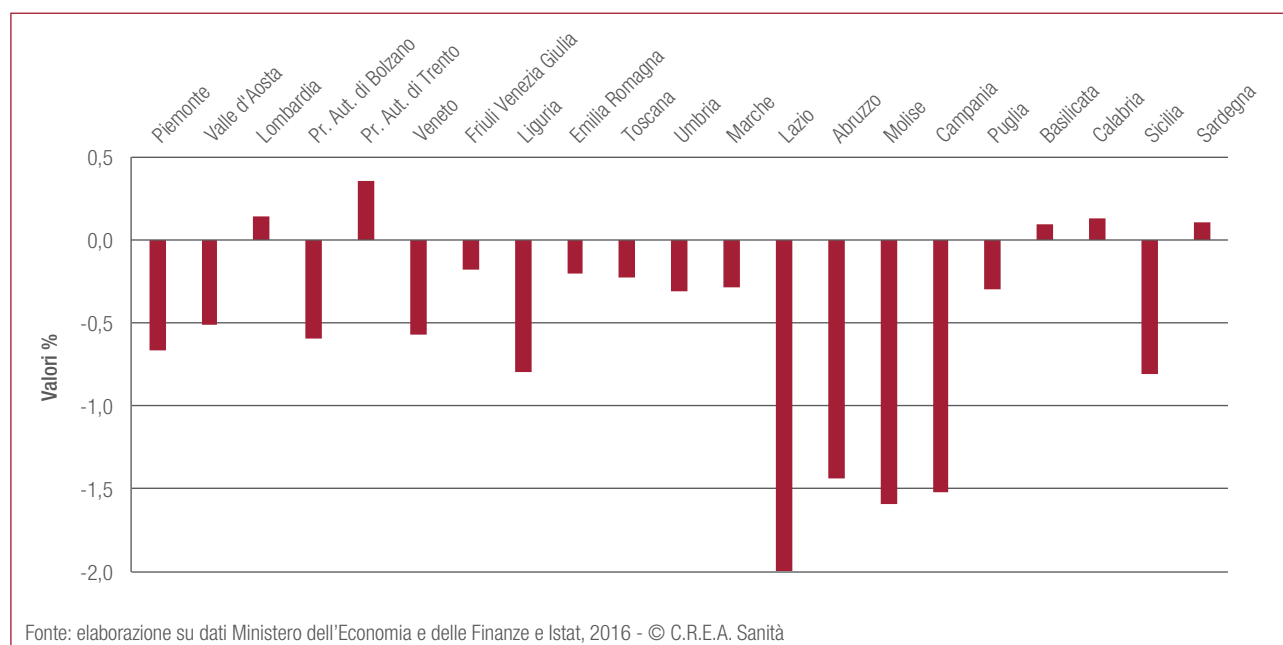
A livello regionale, in termini nominali, la Provincia Autonoma di Trento ha riportato la crescita più sostenuta (2,0% medio annuo) a cui fanno seguito la Lombardia, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna con l'1,8% medio annuo. All'estremo opposto si colloca il Lazio (Regione

Tabella 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) e variazioni medie annue (%), anni 2005-2015

Regioni	Anno 2015 (€)	Var. media annua 2005-2015
Italia	1.828,8	1,0
Piemonte	1.834,1	1,0
Valle d'Aosta	2.051,2	1,2
Lombardia	1.883,5	1,8
Pr. Aut. di Bolzano	2.291,3	1,1
Pr. Aut. di Trento	2.107,1	2,0
Veneto	1.793,9	1,1
Friuli Venezia Giulia	1.912,7	1,5
Liguria	2.002,7	0,9
Emilia Romagna	1.965,5	1,5
Toscana	1.901,5	1,4
Umbria	1.859,7	1,4
Marche	1.770,9	1,4
Lazio	1.824,6	-0,3
Abruzzo	1.762,7	0,2
Molise	2.038,7	0,1
Campania	1.689,5	0,1
Puglia	1.734,0	1,4
Basilicata	1.791,1	1,8
Calabria	1.698,1	1,8
Sicilia	1.696,4	0,9
Sardegna	1.945,5	1,8

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.5. Spesa sanitaria pubblica pro-capite reale. Variazione media annua (%), anni 2005-2015



⁹ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

ricordiamo in Piano di Rientro), dove non solo la spesa pubblica pro-capite non è cresciuta ma si è addirittura, in termini nominali, contratta dello 0,3% medio annuo.

In termini reali, invece, solamente la Lombardia, la Provincia Autonoma di Trento, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia hanno avuto un tasso di crescita positivo, sebbene inferiore al mezzo punto percentuale.

Per quanto riguarda, nello specifico, la spesa privata pro-capite complessiva¹⁰, nel 2015, è stimata pari a € 591,8 (+2,6% rispetto al 2014) con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 900,3 e € 782,7); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 332,4) e Sardegna (€ 371,7).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 170,9%, pari a € 568,0; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 435,2 (130,9%).

Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata¹¹, permane una differenza importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, del 160,0% (€ 550,0).

La spesa *Out of Pocket* (OOP) rappresenta l'89,7% della spesa totale privata, ammontando a € 32.286,9 mln.. Nel quinquennio 2010-2015, la spesa OOP è aumentata in maniera piuttosto considerevole: +10,6% a livello nazionale; tale risultato, peraltro, è attribuibile per buona parte alle Regioni della ripartizione settentrionale, che nel richiamato periodo hanno riportato un aumento del 16,5%; nelle rimanenti ripartizioni la spesa OOP è invece aumentata in maniera assai più contenuta: +4,8% nelle Regioni del Centro e +3,1% nelle Regioni del Sud (si rimanda al capitolo sull'equità per una disamina del fenomeno dell'impoverimento e delle rinunce) (Tabella 3.5).

La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015, si è quindi attestata a € 2.420,6 pro-capite (€ 147,2 mld.) in aumento dello 0,9% rispetto al 2014 con valori massimi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.153,0 e € 2.929,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.090,7) e Calabria (€ 2.109,7).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 52,0%, ovvero € 1.052,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 562,6 (ovvero al 26,9%).

Utilizzando la popolazione standardizzata¹², tra la Regione con la spesa totale pro-capite più elevata e quella con la spesa inferiore, la differenza rimane del 50,8%, corrispondente a € 1.062,2; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce ma rimane molto significativa: 33,9% pari a € 684,9 (Figura 3.6).

3.4. La spesa sanitaria per funzione

Sin dal 2011, con l'esclusione della voce "acquisto dei servizi di natura non sanitaria" (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata, sebbene alcune di esse presentino una lieve ripresa nell'ultimo anno (2014): è il caso, ad esempio, della spesa per l'ospedaliera convenzionata (Figura 3.7), e di quella relativa alle consulenze ed alle collaborazioni; crescono anche la spesa associata all'acquisto di beni sanitari sia al netto del costo sostenuto per l'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati, sia con la spesa farmaceutica¹³.

¹⁰ Tale spesa è ottenuta come somma della spesa *Out of Pocket*, della spesa per polizze assicurative individuali e della spesa per Fondi Sanitari Integrativi.

Si noti che, in seguito al cambiamento dell'Indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, avvenuto partire dal 2014, è emersa una precedente sottostima della spesa delle famiglie per servizi sanitari di circa € 5 mld. (valore probabilmente attribuibile alle spese per i ricoveri nelle residenze). Nel 2014, il valore della spesa familiare per servizi sanitari rinveniente dall'Indagine sulla spesa delle famiglie è tornata in linea con il dato riportato in Contabilità Nazionale (Istat) e utilizzato dagli organismi internazionali, quali l'OECD.

Alla luce di tale constatazione si è quindi ritenuto opportuno adottare da questa edizione del Rapporto il dato riportato in Contabilità Nazionale, ricostruendo su tale base la serie storica della spesa sanitaria *Out Of Pocket*

¹¹ Si rimanda alla lettura della nota 9

¹² Si rimanda alla lettura della nota 9

¹³ Si tenga presente che i Conti Economici delle Aziende Sanitarie relativi al 2014, hanno i dati relativi alla Regione Toscana provvisori

Tabella 3.5. Spesa sanitaria privata OOP. Valori pro-capite (€) e variazioni %, anni 2005-2015

Regioni	2005	2010	2015	Var. % 2005/2010	Var. % 2010/2015
Italia	479,6	513,0	567,5	7,0%	10,6%
Nord	587,6	597,5	695,8	1,7%	16,5%
Centro	476,1	538,3	563,9	13,1%	4,8%
Sud	343,8	387,0	399,1	12,6%	3,1%
Piemonte	558,3	538,5	647,6	-3,5%	20,3%
Valle d'Aosta	645,3	910,1	883,5	41,0%	-2,9%
Lombardia	615,3	556,6	714,0	-9,5%	28,3%
Trentino Alto Adige	584,3	601,4	737,8	2,9%	22,7%
Veneto	587,9	636,3	731,9	8,2%	15,0%
Friuli Venezia Giulia	658,0	877,9	631,9	33,4%	-28,0%
Liguria	433,7	504,5	637,7	16,3%	26,4%
Emilia Romagna	592,8	650,5	685,9	9,7%	5,4%
Toscana	480,0	516,6	552,9	7,6%	7,0%
Umbria	470,9	546,7	440,6	16,1%	-19,4%
Marche	519,5	544,9	500,5	4,9%	-8,2%
Lazio	461,7	549,4	606,3	19,0%	10,4%
Abruzzo	392,7	474,4	471,6	20,8%	-0,6%
Molise	389,7	477,0	423,3	22,4%	-11,3%
Campania	318,1	315,3	330,7	-0,9%	4,9%
Puglia	362,2	412,9	501,4	14,0%	21,4%
Basilicata	361,6	451,7	372,6	24,9%	-17,5%
Calabria	377,2	438,1	371,6	16,1%	-15,2%
Sicilia	307,9	376,5	401,4	22,3%	6,6%
Sardegna	403,1	433,4	360,4	7,5%	-16,8%

Il dato delle Pr. Aut. Di Bolzano e Trento si riferisce al dato del Trentino Alto Adige

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.6. Spesa sanitaria totale e spesa pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione pesata, anno 2015

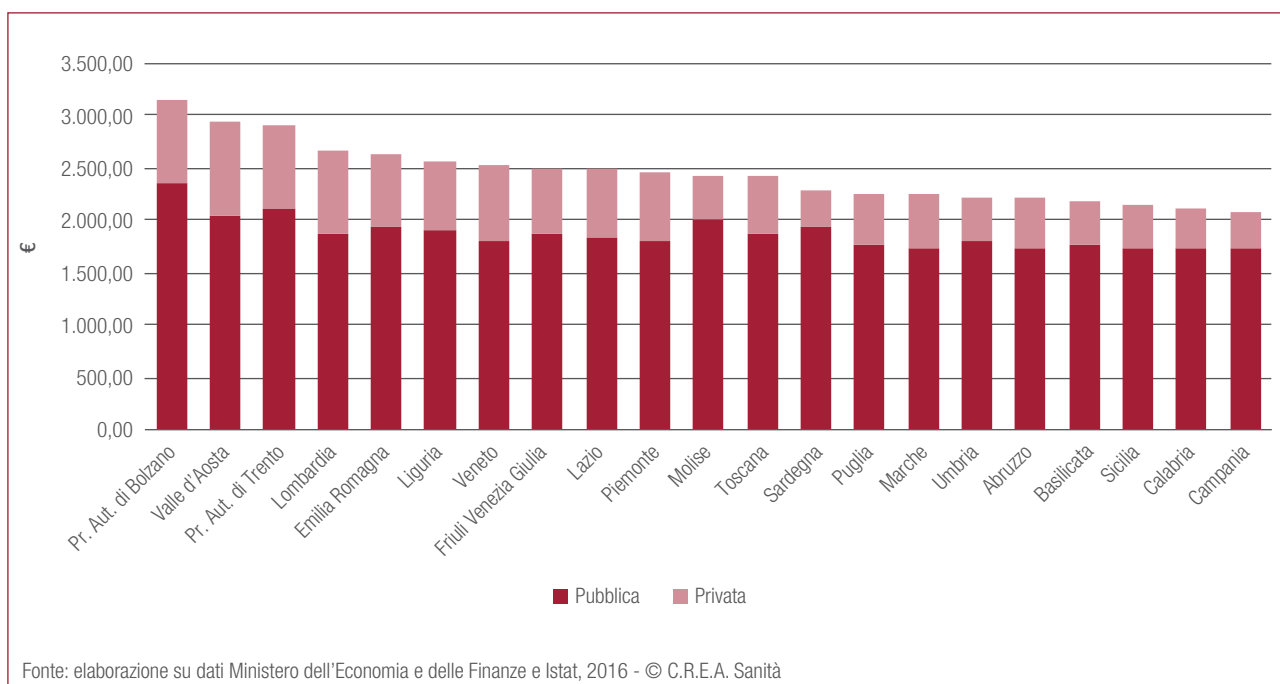
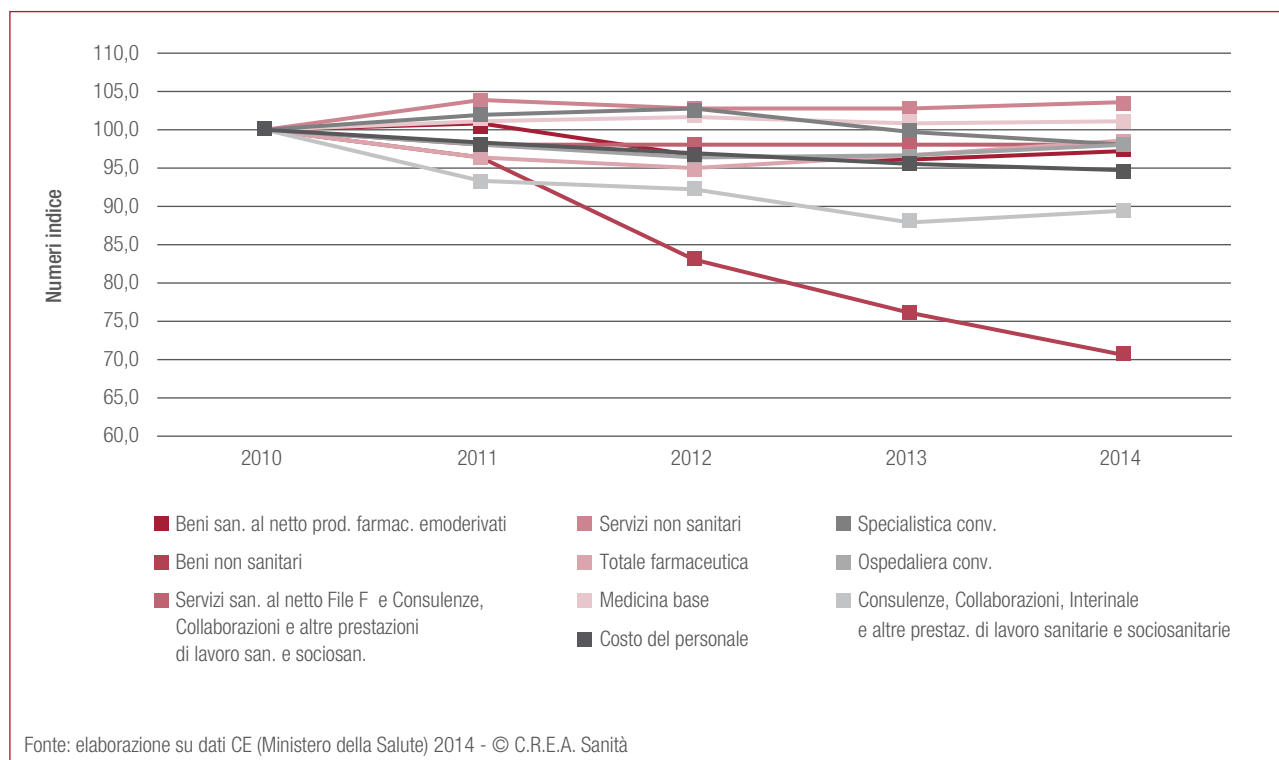


Figura 3.7. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2010=100), anni 2010-2014



La voce che si è contratta di più è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-29,4% tra il 2010 ed il 2014) sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 36,4% nelle Regioni settentrionali, ad una del 13,2% in quelle meridionali. Anche la spesa totale per il personale, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -5,2%; anche in questo caso sono apprezzabili differenze tra le ripartizioni: se nelle Regioni del Nord il valore dell'indicatore ha riportato una flessione del -2,5%, in quelle centro-meridionali è diminuito in modo più considerevole e rispettivamente del -6,9% nelle Regioni del Centro e del -8,1% in quelle delle Sud.

Il dato relativo alla spesa per il personale risente del blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di rientro e delle politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in Piano, oltre che delle misure relative ai limiti retributivi, al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale. Nel periodo analizzato (2010-2014) anche le spese relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-10,5%); in particolare, si passa dal valore massimo

nelle Regioni meridionali (per lo più in Piano di Rientro) dove la spesa ha riportato una variazione del -13,9% a quello minimo delle Regioni Centrali dove la contrazione della citata voce ha toccato il -6,0%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) ha mostrato una *performance* piuttosto difforme tra le varie ripartizioni: è aumentata del 6,6% nel Sud, mentre si è ridotta nelle rimanenti ripartizioni (Nord -5,6%, Centro -8,5%).

Tra il 2010 ed il 2014, benché la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica si sia mantenuta tendenzialmente stabile in tutte le ripartizioni (Nord e Centro -0,3% e Sud -3,0%), le sue componenti hanno mostrato *trend* reciprocamente compensantisi: la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (che include la spesa farmaceutica territoriale diretta ed ospedaliera) è cresciuta di circa il 22,9%, come pure è aumentata quella per il File F (+183,1%), mentre si è registrata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata del 21,4%.

Sul fronte del comparto accreditato, sia la specialistica ambulatoriale che l'assistenza ospedaliera sono entrambe arretrate: la spesa per l'assistenza specialistica accre-

ditata si è ridotta di quasi due punti percentuali (-1,9%) evidenziando, peraltro, un trend difforme nella ripartizione centro-settentrionale rispetto a quella meridionale (Nord -5,6%, Centro -5,9% e Sud +3,6%); analoga tendenza ha caratterizzato la spesa per l'assistenza ospedaliera benché nelle Regioni del Centro la riduzione della spesa sia stata più che tripla rispetto a quelle del Nord (Italia -1,8%, Nord -1,8%, Centro -5,7% e Sud +0,8%).

Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +1,1% (Nord -0,5%, Centro 2,9% e Sud 2,0%).

Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'esistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Prendendo ad esempio Lazio e Campania le due Regioni che storicamente hanno accumulato i maggiori disavanzi è possibile evidenziare come abbiano palesato un compor-

tamento difforme in alcune voci di spesa: ad esempio, relativamente all'acquisto di servizi sanitari al netto del File F, collaborazioni, consulenze, etc. si osserva che la spesa, tra il 2010 ed il 2014, aumenta in Campania (+5,1%) ma diminuisce nel Lazio (-3,2%). Ulteriori discrepanze sono evidenziabili con riferimento alla spesa farmaceutica (+1,4% Lazio, nessuna variazione Campania), alla ospedaliera convenzionata (-8,7% Lazio, +2,2% Campania) etc..

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a partire dal 2011, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere, o è proprio decresciuta in maniera più o meno considerevole, ma con azioni regionali difformi (Tabella 3.6).

La composizione della spesa privata è qui analizzata, in termini di quota OOP (o non intermediata) e quella

Tabella 3.6. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2010-2014

Regioni	Beni sanit. al netto dei prodotti farma. ed emoder.	Beni non sanit.	Ser. sanit. al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interin. e prestaz. sanit. e sociosanit.	Acquis. Serv. non sanit.	Acquis. servizi al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e sociosanit.
Italia	-2,7	-29,4	-1,9	3,8	-1,1
Nord	-5,6	-36,4	-3,8	5,9	-2,5
Centro	-8,6	-22,3	-2,1	-7,9	-3,1
Sud e Isole	6,6	-13,2	1,2	10,9	2,3
Piemonte	-2,8	-31,9	-11,3	5,6	-9,2
Valle d'Aosta	33,1	-24,9	-5,0	-14,0	-6,9
Lombardia	-0,6	-54,9	-3,4	15,3	-1,4
Pr. Aut. di Bolzano	27,9	-15,5	-3,3	-3,3	-3,3
Pr. Aut. di Trento	102,4	-8,3	6,2	1,6	5,5
Veneto	-0,9	-18,8	-6,7	8,9	-4,5
Friuli Venezia Giulia	-1,0	-28,2	-2,3	-4,2	-2,8
Liguria	-22,7	-25,5	-2,5	-10,8	-4,0
Emilia Romagna	-13,8	-14,8	4,3	0,9	3,7
Toscana	-11,6	-25,5	-1,6	-2,5	-1,8
Umbria	3,4	-14,1	-0,9	-10,7	-3,1
Marche	-13,2	-20,8	1,7	-2,3	1,2
Lazio	-20,6	-21,8	-3,2	-12,3	-4,5
Abruzzo	22,0	-13,9	-1,2	16,8	1,2
Molise	31,9	31,1	24,8	13,6	23,4
Campania	-35,2	-9,8	5,1	8,0	5,5
Puglia	2,0	-13,3	-3,7	7,6	-2,4
Basilicata	0,0	-31,4	-2,4	-11,7	-3,6
Calabria	-18,5	-17,5	16,2	20,3	16,7
Sicilia	-3,4	-14,1	-5,2	15,1	-3,4
Sardegna	-12,5	-15,6	3,8	14,3	5,6

Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2014 - © C.R.E.A. Sanità

intermediata; quest'ultima, a sua volta, è stata ripartita in spesa per polizze assicurative individuali e spesa per fondi integrativi, casse, mutue etc.

Come evidenziato nella nota 10, dal 2014, con le modifiche metodologiche apportate alla indagine campionaria su consumi delle famiglie (ora denominata Indagine sulla Spesa delle Famiglie), assistiamo all'emersione di una importante quota di spesa OOP, con il dato di spesa sanitaria totale che si riallinea con quello precedentemente stimato in contabilità nazionale.

Peraltro, da una analisi più approfondita, emergono varie carenze e discrasie nelle rilevazioni: non solo per alcune aree residue di "ombra" nella ricostruzione della coerenza fra i due dati forniti dall'Istat, ma anche per alcuni aspetti che sembrano non essere stati sin qui presi adeguatamente in considerazione. Citiamo, fra tutti, l'aspetto della potenziale duplicazione di spesa derivan-

te dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta e la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Si è quindi deciso di tentare una ricostruzione quantitativa del fenomeno. In particolare la spesa *Out Of Pocket* è stata calcolata come la spesa per i servizi sanitari sostenuta dalle famiglie (Indagine sulla Spesa delle famiglie, Istat) nettandola dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; sebbene stime effettuate da enti intermediari prevedono che venga rimborsato tutto il valore delle polizze individuali e circa tre quarti di quello complessivo dei contributi versati, nel caso dei Fondi (complementari e integrativi), prudenzialmente abbiamo ipotizzato che vengano rimborsati i due terzi del valore delle polizze assicurative e la metà di quello relativo ai Fondi. Si giunge così complessivamente ad una stima di spesa OOP di € 32,3 mld..

Tot. farmaceutica	Medicina di base -da convenz.	Specialistica conv	Osp. conv	Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e sociosanit.	Personale
-1,3	1,1	-1,9	-1,8	-10,5	-5,2
-0,3	-0,5	-5,6	-1,8	-9,9	-2,5
-0,3	2,9	-5,9	-5,7	-6,0	-6,9
-3,0	2,0	3,6	0,8	-13,9	-8,1
-3,7	1,1	-10,8	-11,9	-29,6	-5,8
-6,3	10,8	-23,0	82,5	-48,4	0,0
10,5	-3,6	-5,6	-1,2	13,7	-2,7
3,7	3,5	19,3	-7,1	-29,8	5,0
0,3	1,7	9,5	-4,3	-13,4	4,6
-3,1	0,6	-7,4	-10,3	-9,9	-1,6
-6,2	-0,0	-3,1	-2,4	-22,0	-1,5
-12,6	-2,1	-16,7	49,0	-36,4	-7,2
-7,3	2,0	7,4	12,1	-9,0	-0,7
-3,7	-0,0	-11,6	5,8	3,3	-4,2
2,8	4,1	16,1	-1,5	-11,2	-0,3
-0,0	2,7	2,9	4,0	-34,8	-5,0
1,4	4,9	-5,9	-8,4	-1,9	-11,2
-0,5	2,7	1,4	7,0	39,8	-3,3
-1,6	-3,2	12,6	-2,1	-72,4	-8,5
0,0	-0,6	-1,0	2,2	1,4	-14,9
-6,1	5,3	18,3	-0,8	-34,3	-9,3
-5,6	-3,5	45,8	361,3	-24,4	-4,0
-1,8	1,5	6,6	-6,5	-41,0	-10,7
-5,6	2,7	-1,0	0,5	-29,6	-4,5
-0,3	4,5	11,4	-5,3	-13,4	2,0

Sul versante della spesa intermediata, quella per le polizze assicurative individuali è, invece, stata stimata pari ai due terzi dei premi ANIA per malattia (€ 1,49 mld.), attribuendo il resto a polizze collettive, che attengono alla gestione dei Fondi.

Si è deciso di utilizzare il dato ANIA, in quanto la rilevazione Istat 2014 vede dimezzarsi la spesa assicurativa, senza plausibili ragioni e senza conferma nei dati delle Compagnie.

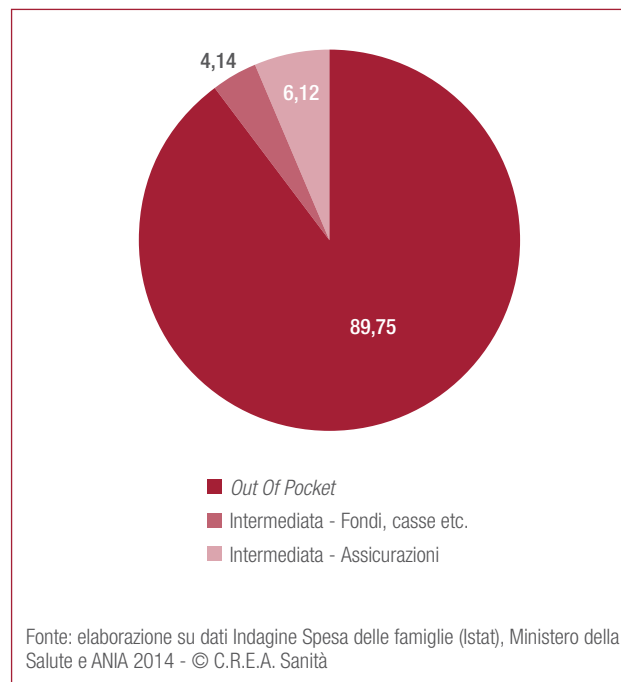
Per i Fondi è stato considerato il dato relativo ai contributi, raccolto dall’anagrafe istituita presso il Ministero della Salute: si tratta di € 2,2 mld. ed è da ritenersi tendenzialmente sottostimato.

Per la ripartizione regionale della spesa intermediata, si è fatto riferimento alla rilevazione Istat, rinveniente dall’Indagine sui consumi delle famiglie anno 2013, per le polizze individuali; per le polizze collettive (Fondi) il dato raccolto presso esperti del settore, vede una distribuzione per il 54,5% nel Nord-Ovest, il 18,0% nel Nord-Est, il 20,1% nel Centro e per il 7,4% nel Mezzogiorno.

Ciò premesso, la stima indica per il 2015 che la spesa OOP rappresenterebbe circa l’89,8% del totale della spesa privata e quella intermediata il restante 10,3%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 4,1% alle polizze individuali (Figura 3.8).

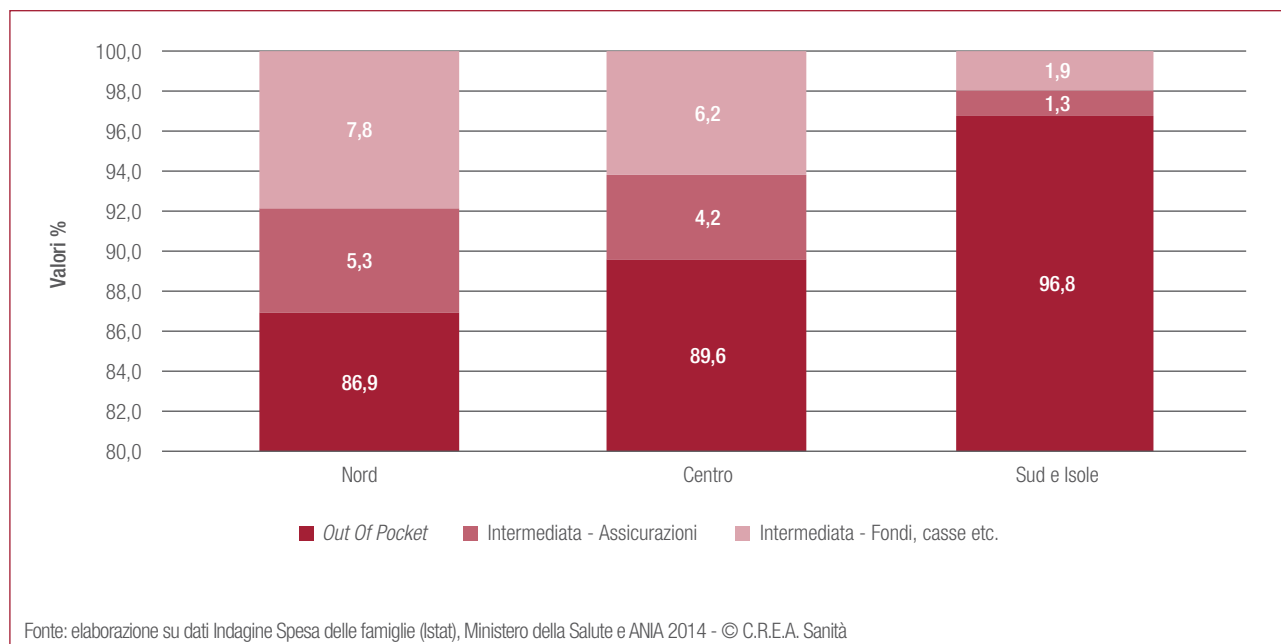
Analizzando la composizione della spesa privata per

Figura 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015



ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 13,1% della spesa privata nel Nord (16,9% nel Nord-Ovest e 7,8% nel Nord-Est), il 10,4% nel Centro e solo il 3,2% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3.9).

Figura 3.9. Spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Composizione (%), anno 2015



Puglia, Campania, Umbria e Molise risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 98,0%.

Piemonte, Trentino Alto Adige, Lazio, Lombardia e Liguria risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 23,6%, 17,5%, 14,8%, 14,4% e 13,2%.

Infine, Liguria e Lombardia sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermediata per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 9,5% e il 7,1%. All'opposto si collocano Campania e Puglia: 0,5% e 0,4% rispettivamente.

La Liguria, con il 14,1%, risulta essere anche la Regione con la quota più alta di spesa per Fondi, mutue etc.; seguono Lombardia, Lazio e Trentino Alto Adige con il 10,47%, 8,8% e 8,6% rispettivamente.

3.5. La spesa sociale (LTC)

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, nel presente paragrafo, si tenta una integrazione della spesa sanitaria, stimando gli oneri relativi alle prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e disabilità, tipicamente riconducibili a spesa per *Long Term Care* (LTC), sebbene, dunque, non strettamente sanitarie.

Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria¹⁴;
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS¹⁵;
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-autosufficienza (o LTC) sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e *voucher*¹⁶ (questi ultimi a carico dei Comuni).

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti¹⁷, e dai Comuni per *voucher*¹⁸ a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), esse ammontano per il 2015 a € 15.100,0 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 79,5%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 19,9% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,7% dai benefici economici offerti dai Comuni (Figura 3.10).

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992 per i dipendenti del settore pubblico si arriva, con larga approssimazione, ad un totale pari a € 15.648,8 mln¹⁹.

Il complessivo onere per il settore pubblico per l'assistenza LTC di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili), si può ipotizzare, quindi, che abbia raggiunto € 16.145,5 mln. di cui il 2,6% assorbito dall'assistenza do-

¹⁴ Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

¹⁵ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni di invalidità civile e ai costi della L. 104/1992

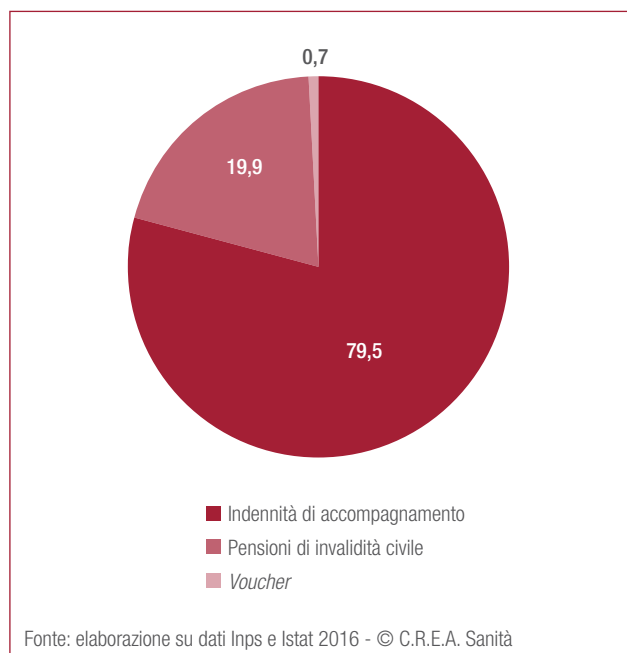
¹⁶ Il *voucher* è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "predestinato". In definitiva, si tratta di uno strumento che permette di mettere fine all'incertezza che caratterizza le erogazioni dirette di denaro ai beneficiari dei programmi pubblici di sostegno economico

¹⁷ Dato ottenuto moltiplicando il numero medio di beneficiari per l'importo medio annuo

¹⁸ La spesa del 2015 dei Comuni relativa ai *voucher* è stata stimata supponendo che l'incidenza di tale voce sul totale della spesa sociale dei Comuni nel 2013 fosse la medesima rilevata per il 2012 e applicando, poi, il tasso di variazione della spesa registrato nel 2013

¹⁹ La stima relativa ai permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2013. E' stato poi supposto che tra il 2013 ed il 2015 non vi siano state variazioni nel dato. Appare doveroso, in ogni caso, sottolineare come l'importo sia ampiamente sottostimato in quanto si riferisce ai soli dipendenti del settore pubblico dei quali peraltro solamente il 58,0% ha aderito alla rilevazione

Figura 3.10. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e voucher. Composizione (%), anno 2015



miciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari entrambe di competenza comunale.

Per quanto concerne la spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, notiamo che sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2015, si avrebbero 376.000 badanti; applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può immaginare una spesa almeno di € 5,3 mld., senza considerare il fenomeno del "sommerso" (Tabella 3.7).

È anche lecito ipotizzare, sebbene l'ottenimento

dell'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, che tale provvidenza venga impiegata per coprire parte della spesa per le badanti: in definitiva, moltiplicando l'importo medio annuo che viene erogato a favore dei percettori di indennità di accompagnamento per il numero delle badanti, se ne ricava che della spesa totale per badanti il 41,9% (€ 2,2 mld.) è coperta tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento e il residuale 58,1% (€ 3,1 mld.) rimane a totale carico delle famiglie.

Andrebbe, poi, anche considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da caregiver familiari.

In definitiva, pur con larga sottostima, alla spesa sanitaria si accompagna una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che supera € 19,0 mld., ovvero l'1,2% del PIL.

3.6. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria"²⁰ per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non-autosufficienti.

Si consideri che nel 2015 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 166.364,8 mln., è risultata essere composta per il 66,8% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 21,6% dalla spesa sanitaria privata, per il 9,7% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (provvidenze economiche²¹,

Tabella 3.7. Spesa totale per LTC. Valori assoluti (€ mln.) e composizione %, anno 2015

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa totale	19.203,0	100,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	496,7	2,6
di cui pubblica per prestazioni in denaro	15.648,7	81,5
di cui privata per badanti	3.057,6	15,9

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

²⁰ In particolare, per la definizione di socio-sanitario da noi utilizzata, la spesa socio-sanitaria totale è ottenuta sommando la spesa sanitaria pubblica totale, la spesa sanitaria privata totale, il totale delle provvidenze economiche elargite a favore di soggetti non-autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale ed, infine, la spesa privata per badanti

²¹ Rimarchiamo che in questa categoria sono ricomprese le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, i voucher ed, infine, i permessi retribuiti a norma della L. 104/92

Tabella 3.8. Spesa socio-sanitaria. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2015

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa socio-sanitaria totale	166.364,8	100,0
di cui spesa sanitaria pubblica	111.185,6	66,8
di cui spesa sanitaria privata	35.976,2	21,6
di cui LTC sociale pubblica	16.145,4	9,7
di cui LTC sociale privata	3.057,6	1,8

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.9. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2015

Funzioni di spesa	2015
Spesa socio sanitaria totale	10,1
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8
di cui spesa sanitaria privata	2,2
di cui LTC sociale pubblica	1,0
di cui LTC sociale privata	0,2

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

per il 9,4% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,3%) e per l'1,8% dalla LTC sociale privata, ovvero dalla spesa privata per badanti (Tabella 3.8).

La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2015, il 10,1% del PIL, di cui il 6,8% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,03% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti.

Infine, per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente, nel 2015, € 2.736,5 per ciascun residente.

3.7. Le previsioni di spesa

Nella Tabella 3.10, sono state sintetizzate le variazioni del rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL tra il 2013

ed il 2060 per i Paesi appartenenti all'EU15 secondo le proiezioni del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento del Comitato di Politica Economica della Commissione Europea (*Economic Policy Committee – Working Group on Ageing, EPC-WGA*²²). In particolare, secondo tali proiezioni l'aumento più forte di spesa tra il 2013 ed il 2060 dovrebbe registrarsi per Portogallo, Austria, Grecia e Regno Unito per la componente acuta e per Olanda, Danimarca e Finlandia per la componente LTC. Per l'Italia l'aumento previsto di spesa appare molto più contenuto e legato soprattutto alla LTC.

Va evidenziato che le previsioni citate sono il frutto di analisi fondate su una serie di ipotesi "non sempre condivisibili" e adottano un approccio ampiamente discutibile.

Prima di tutto, questi "esercizi" predicono la spesa pubblica, ovvero una sola componente della spesa sanitaria, senza considerare il fatto che questa ultima

²² Si tenga presente che EPC-WGA sviluppa proiezioni separate della spesa sanitaria pubblica per acuti e della spesa per LTC. In particolare, la previsione della spesa viene effettuata sulla base della metodologia del *reference scenario* la quale recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori. Nello specifico, per la componente acuta della spesa il *reference scenario* prevede: 1) la considerazione secondo cui gli incrementi della speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50,0%; 2) la considerazione della dinamica del costo unitario (unit cost) agganciata al PIL pro-capite; 3) la considerazione dell'elasticità del costo unitario rispetto al PIL pro-capite superiore a 1. Per la componente LTC il *reference scenario* prevede 1) la considerazione secondo cui gli incrementi della speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50,0%; 2) la considerazione della dinamica del costo unitario (*unit cost*) agganciata alla produttività; 3) la considerazione dell'elasticità del costo unitario alla produttività pari a 1 per tutto il periodo di previsione

Tabella 3.10. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL nei Paesi EU15, anni 2013 e 2060

Paesi	Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL			Spesa per LTC in rapporto al PIL			Spesa pub. + spesa LTC		
	2013	2060	Var. % 2013-2060	2013	2060	Var. % 2013-2060	2013	2060	Var. % 2013-2060
Austria	6,9	8,2	1,3	1,4	2,7	1,3	8,3	10,9	2,6
Belgio	6,0	6,1	0,1	2,1	3,7	1,6	8,1	9,8	1,7
Danimarca	8,1	9,0	0,9	2,4	4,5	2,1	10,5	13,5	3,0
Finlandia	7,8	8,5	0,7	2,4	4,6	2,1	10,2	13,1	2,8
Francia	7,7	8,6	0,9	2,0	2,8	0,8	9,7	11,4	1,7
Germania	7,6	8,2	0,6	1,4	2,9	1,5	9,0	11,1	2,1
Grecia	6,6	7,9	1,3	0,5	0,9	0,4	7,1	8,8	1,7
Irlanda	6,0	7,2	1,2	0,7	1,4	0,7	6,7	8,6	1,9
Italia	6,1	6,7	0,7	1,8	2,7	0,9	7,9	9,4	1,6
Lussemburgo	4,6	5,1	0,5	1,5	3,2	1,7	6,1	8,3	2,2
Olanda	7,2	8,1	1,0	4,1	7,1	3,0	11,3	15,2	4,0
Portogallo	6,0	8,5	2,5	0,5	0,9	0,4	6,5	9,4	2,9
Spagna	5,9	6,9	1,1	1,0	2,4	1,4	6,9	9,3	2,5
Svezia	6,9	7,3	0,4	3,6	5,1	1,5	10,5	12,4	1,9
Regno Unito	7,8	9,1	1,3	1,2	1,5	0,3	9,0	10,6	1,6
EU15	7,1	8,0	0,9	1,7	2,9	1,2	8,8	10,9	2,1

Fonte: The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU28 Member States (2013-2060)

è frutto di una scelta strettamente politica: di fatto l'unico "senso" attribuibile a tali esercizi è quello di evidenziare livelli di spesa macro-economicamente compatibili, che però possono esitare tanto in variazioni importanti e complementari sul fronte della spesa privata, quanto in variazioni altrettanto importanti dei livelli assistenziali.

Questo ultimo punto è reso evidente da ipotesi, quali quelle del *reference scenario*, ove si ipotizza, tra le altre cose, che il costo unitario della Sanità sia legato al PIL pro-capite; appare evidente la ratio macro-economica dell'ipotesi, ma va esplicitato che questa implica che a fronte di una crescita inferiore a quella europea (come è il caso attuale dell'Italia) ci si troverebbe a fronteggiare la problematica di come riuscire ad acquistare a prezzi inferiori degli altri Paesi i prodotti a mercato globale, tipicamente quelli relativi a tecnologie innovative: in altri termini, l'ipotesi sconta nei fatti una modifica sostanziale dei livelli assistenziali in termini relativi, legata all'andamento economico.

Malgrado le perplessità enunciate sugli esercizi di previsione effettuati a livello internazionale, esse rilevano sulle politiche sanitarie nazionali; si consideri che

secondo le proiezioni²³ ricavabili dall'ultimo Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DEF 2016), il rapporto tra spesa sanitaria pubblica (comprensiva della quota di spesa per LTC di tipo sanitario) e PIL dovrebbe raggiungere il 7,6% nell'ultimo anno del periodo di previsione (2060) a fronte di un valore del 6,9% nel 2015: si tratterebbe quindi di un incremento pari allo 0,7%, non casualmente coincidente con le proiezioni elaborate nell'ambito EPC-WGA. Qualora, invece, considerassimo la spesa sanitaria pubblica al netto della componente sanitaria della LTC, il rapporto tra quest'ultima ed il PIL passerebbe dal 6,1% nel 2015 al 6,5% nel 2060, con un incremento dello 0,4% (Tabella 3.11).

Previsioni di crescita della spesa sanitaria pubblica come quelle descritte, persino inferiori a quelle registrate nell'ultimo decennio, e risultate pari (come già sopra analizzato) a un quarto di quelle EU14, rimanendo le condizioni di crescita economica quelle attuali, provocherebbero un ampliamento del *gap* fra Italia e Paesi vicini, ancora maggiore di quello paventato nelle analisi precedenti, ponendo evidenti quesiti sulla ulteriore sostenibilità del nostro sistema sanitario.

²³ Anche le previsioni ricavabili dal DEF 2016 si basano sulla metodologia del *reference scenario*

Tabella 3.11. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL in Italia, anni 2010-2060

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Spesa sanitaria pubblica	7,0	6,9	6,5	6,7	6,9	7,1	7,2	7,4	7,5	7,6	7,6
di cui LTC sanitaria	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1
LTC socio-assistenziale	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5

Fonte: DEF 2016

3.8. Conclusioni

La spesa sanitaria pubblica italiana “non riesce a tenere il passo” con quella dell’Europa occidentale: la minore crescita economica dell’Italia si è traslata in un progressivo ampliamento del *gap* di spesa, specialmente pubblica, essendo, invece, la spesa sanitaria privata allineata ai tassi di incremento medi Europei.

Qualora si dovessero confermare i tassi di crescita degli ultimi 5 anni, il *gap* di spesa totale arriverà a sfiorare il 44,0% nel 2020; e sarebbe ancora peggiore adottando le previsioni di spesa degli organismi internazionali (peraltro già “sposate” a livello nazionale nei documenti di finanza pubblica): in tale scenario si pone un problema evidente di sostenibilità, poiché è difficilmente immaginabile che i livelli assistenziali italiani possano rimanere a lungo comparabili con quelli dell’Europa occidentale a fronte di *gap* così marcati nei livelli di spesa.

L’analisi evidenzia che l’Italia si colloca al di sotto del valore atteso tanto in termini di spesa pubblica quanto in termini di spesa privata e questo implica una bassa WTP per la Sanità nel Paese, tanto pubblica che privata; se nel caso della componente pubblica le ragioni sono evidentemente da ricercarsi nella mancata crescita e nell’onere del debito, per quanto concerne la componente privata ci sembra possa essere legata a fattori culturali, derivanti dall’attesa che il sistema universalistico pubblico fornisca tutte le risposte e coperture ai bisogni assistenziali, senza una responsabilizzazione sussidiaria delle famiglie.

In termini di “efficientamento” del sistema, notiamo che i tassi di crescita della spesa pubblica pro-capite, mettono in rilievo come nel periodo 2005-2015, a fronte di una crescita in termini nominali dell’11,2%, in termini reali si assista ad una contrazione del 5,8%. A partire dal 2011, con l’esclusione della voce “acquisto dei servizi di natura non sanitaria” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa,

riscaldamento, utenze telefoniche, etc...) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa sono decresciute in maniera più o meno accentuata, sebbene alcune di esse presentino una lieve ripresa nell’ultimo anno (2014): è il caso, ad esempio, della spesa per l’ospedaliera convenzionata, piuttosto che per quella relativa alle consulenze ed alle collaborazioni; crescono anche la spesa associata all’acquisto di beni sanitari al netto del costo sostenuto per l’acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati e la spesa farmaceutica.

Il fatto che la spesa privata abbia raggiunto il 24,4% della spesa totale, dimostra che la assoluta “supremazia” del servizio pubblico in Sanità è ormai non più riscontrabile nei numeri.

Peraltro, la componente OOP ha inciso in media per il 89,8% sulla spesa privata, e la quota maggiore si registra nelle Regioni della ripartizione meridionale, dove rappresenta il 96,8% della privata totale.

Simmetricamente, la quota di spesa intermediata nel Nord è pari al 13,1% mentre nelle Regioni meridionali assorbe solamente il 3,2% della spesa privata totale.

Purtroppo, l’arretramento relativo della quota di spesa pubblica e il contemporaneo sviluppo delle forme integrative (siano esse polizze individuali o forme collettive) stanno provocando una ulteriore fonte di disparità fra Nord e Sud del Paese: evidentemente, non si tratta di contrastare il fenomeno, reso intrinsecamente necessario dalla carenza di risorse pubbliche, quanto governarlo meglio, onde evitare l’ampliarsi delle iniquità.

Riferimenti bibliografici

ANIA, Premi Danni (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)
Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*

Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2016), *Health Data Statistics*

SDA Bocconi (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità* (anni vari)

ENGLISH SUMMARY

Health Expenditure: national and international evolution

Actually, the gap between total Italian healthcare expenditure (€ 147.2-billion) and that of Western Europe (EU14) is absolutely significative: in 2015 Italian expenditure is lower by 32.5% with respect of the EU14 average; the gap increases by 2.6% in the last year and by 16.8% since 2005. In the case of the current per capita public expenditure, the gap has by now reached -36.0% (+2.9% compared to the previous year), while regarding current private expenditure the figure has remained at -18.9%, reporting a very modest growth over the past decade (+1.3%).

We also observe a geographical gradient in Italy, between northern and southern Regions, in terms of private spending: in the north, compared to a total expenditure that is 27.2% lower compared to the Western European average, one observes a private expenditure that is 0.4% greater, whereas in southern regions the overall expenditure is 40.8% lower and private spending is 45.2% lower.

Projecting the current trends, the gaps in terms of total expenditure may rise to about 44.0% in 2020, whereas in terms of public expenditure it has been estimated that the gap may reach 40.0% in 2017 and, all the way, to 43.5% in 2019.

In 2015, total healthcare expenditure in Italy has absorbed approximately 9.0% of the GDP, actually maintaining its burden compared to the previous year; even in Western European countries the ratio between total healthcare expenditure and GDP over the past two years has remained basically stable, but on a higher level of approximately 10.4%.

Total per capita healthcare expenditure for the year 2015 stood at € 2,420.6, increased by 0.9% compared to 2014: the difference between the Region with the highest spending and the one with the lowest spending was 52.0%, namely € 1,052.2; whereas the public per capita expenditure amounted to € 1,828.8 (+0.3% compared

to 2014) and the difference between the Region with the highest spending and the one with the lowest spending was 40.0%; finally, private per capita spending has been estimated on an average as equal to € 591.8 (+2.6% compared to 2014): the difference between the Region with the highest expenditure and the one with the lowest expenditure was nearly three-fold (2.7).

Analysis of the trend by different items, has brought to light that the expenditure item most contracted was the one relative to the purchase of non-healthcare goods (-29.4% between 2010 and 2014); during the same period, even spending relative to consultancies and collaborations were reduced (-10.5%) in addition to expenses for personnel (-5.2%).

It must also be noted that overall public pharmaceuticals expenditure have remained nearly stable (-1.3%), offsetting the rise in expenditure relative to hospital expensive drug treatment (+183.1%), with a reduction equal to 21.4% for drug treatment distributed by pharmacies.

On the side of services purchasing from private facilities, we note that expenditure for specialistic ambulatory services has been reduced by 1.9% and that relative to hospital by 1.8%.

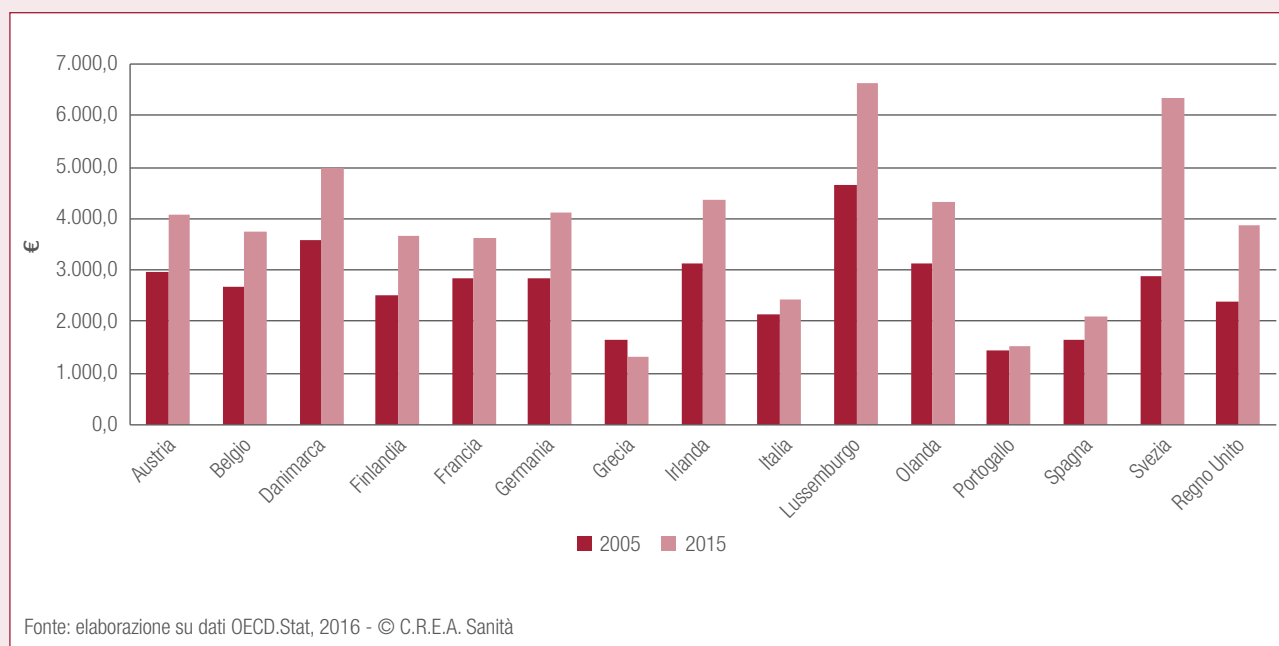
It must also be noted that 24.4% of total health expenditure for the year 2015 was funded directly by households: this demonstrates that the absolute supremacy of public health services in Italy is no longer supported by numbers. Moreover, the out of pocket component of the private expenditure has accounted on an average for 89.8% and the highest share was recorded in the Regions of southern Italy, where it represented 96.8% of total private expenditure. Symmetrically, the intermediate private spending share of northern Italy is equal to 13.1%, whereas in southern regions it only absorbs 3.2% of overall private spending.

Ultimately, analysis has proven that Italy ranks below the expected value both in terms of public expenditure

and in terms of private spending. This implies a low Willingness to Pay (WTP) for Healthcare in the country, both in the public and in the private sector. While in the case of the public sector the reasons can evidently be found in a lacked growth and the burden of public debt; for that concerning the private sector, we believe the reason may be linked to cultural factors deriving from the expectation that the Italian public universalistic system provide all the answers and coverage of healthcare needs, without entailing subsidiary responsibilities for households.

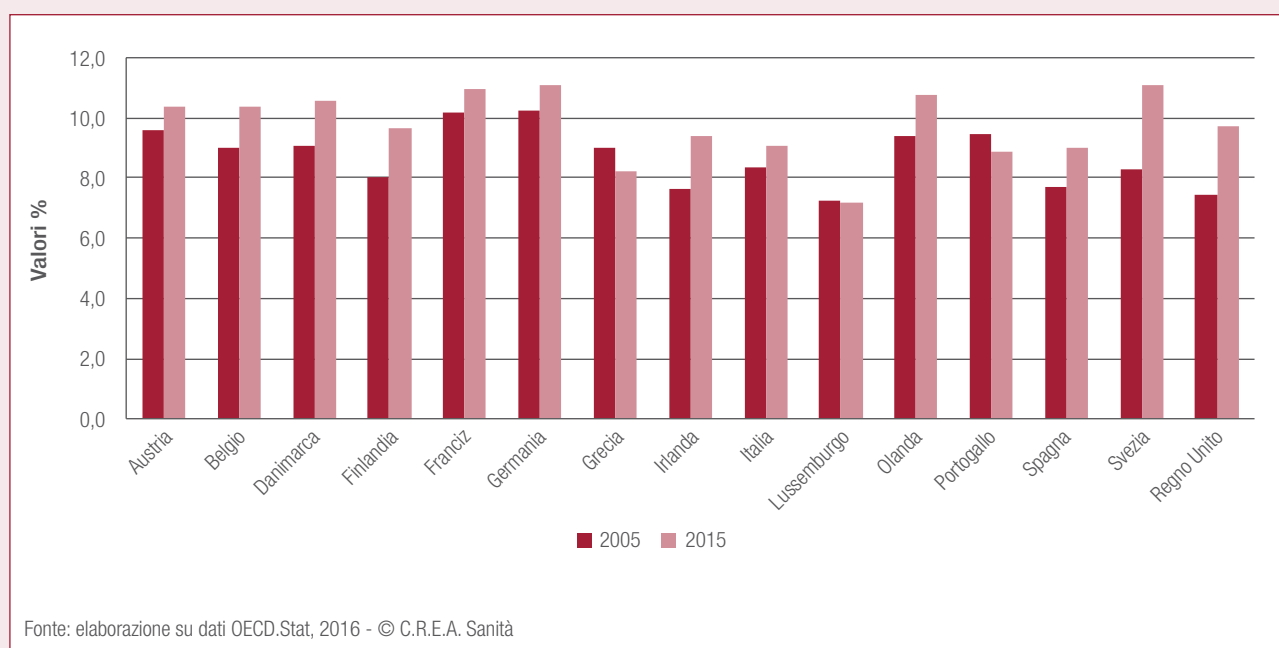
To complete the picture of healthcare expenditure, the burden relative to social services delivered to the non self-sufficient and the disabled has been estimated, which may typically fall under the category of spending for Long Term Care (LTC). In 2015 it amounted to over € 19.0-billion, of which the greatest share involved economic provisions of a public nature (attendance allowance, legal disability pension, vouchers, social-healthcare coupons, care allowances and paid leave in accordance with Law 104/1992).

KI 3.1. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015



La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015 (stime), in Italia si attesta a € 2.436,1 con uno scarto del 32,5% rispetto ai € 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale. Il *gap* risulta in aumento di 2,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di 16,8 in confronto al 2005. Nel decennio 2005-2015 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale (EU14) è più che raddoppiato (15,7% vs. 32,5%). La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs. 3,8% medio annuo tra il 2010 ed il 2015). [Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; con riferimento alla confrontabilità temporale, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). Per approfondire, <http://stats.oecd.org>]

KI 3.2. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori in % del PIL, anni 2005 e 2015



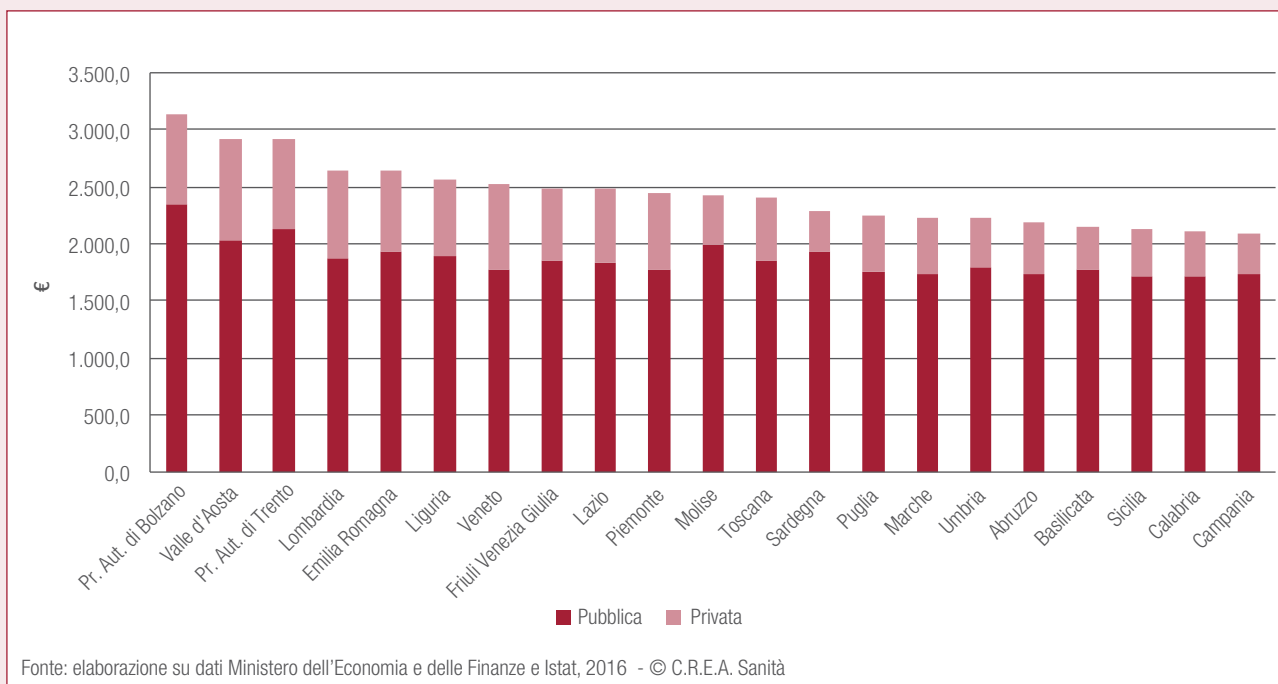
La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) incide in Italia per il 9,1% sul PIL, valore in crescita di 0,9 punti percentuali rispetto a 10 anni prima. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL italiana è nettamente inferiore di oltre un punto percentuale rispetto alla media dell'Europa Occidentale (10,4%). Solo in Spagna, Portogallo, Grecia e Lussemburgo l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è inferiore a quella italiana e pari rispettivamente al 9,0%, 8,9%, 8,2% e 7,2%.

KI 3.3. Variazione % spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite nei Paesi EU15, anni 2015/2005



In media nell'Europa Occidentale (EU14) la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 46,4% nell'ultimo decennio (2005-2015) e la spesa privata è cresciuta del 25,4%. I Paesi in cui la spesa pubblica e privata è cresciuta più della media dell'Europa Occidentale sono Svezia e Regno Unito, quelli in cui la spesa pubblica è cresciuta più della media e la privata meno sono Germania e Olanda. L'Italia si trova assieme alla Grecia tra i Paesi in cui sia la spesa pubblica che quella privata sono cresciute meno della media EU14. Nei rimanenti Paesi la spesa pubblica è cresciuta meno della media mentre quella privata più della media.

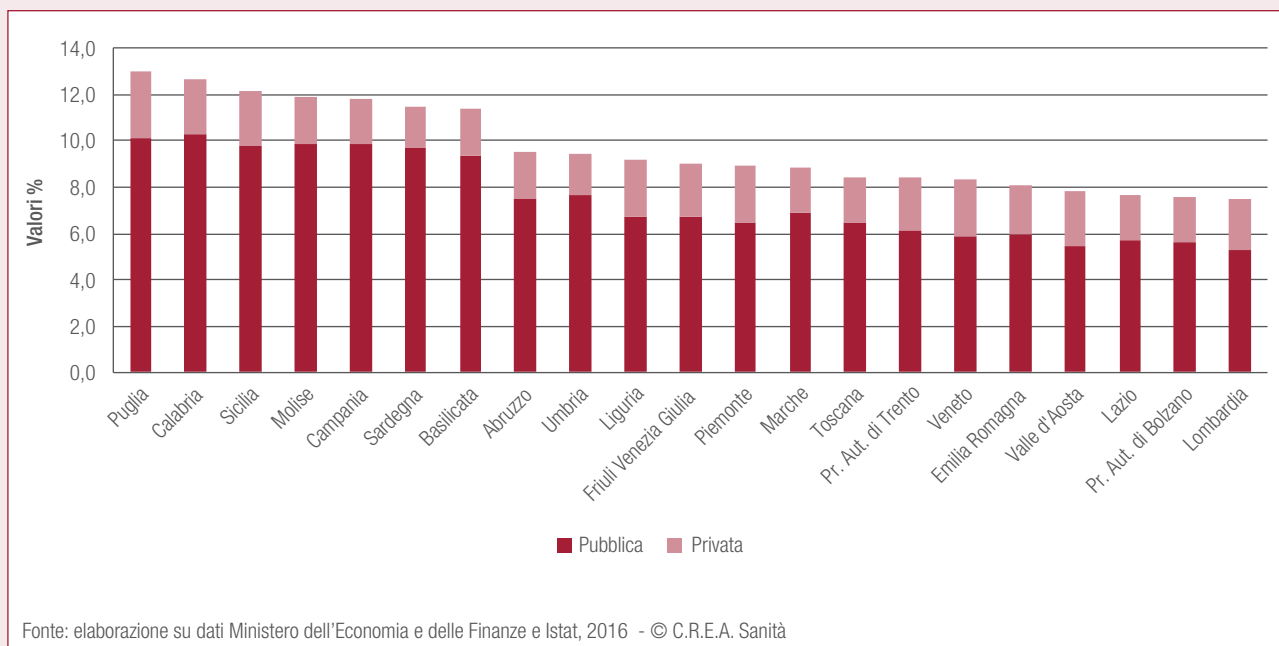
KI 3.4. Spesa sanitaria totale per popolazione pesata. Valori in €, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

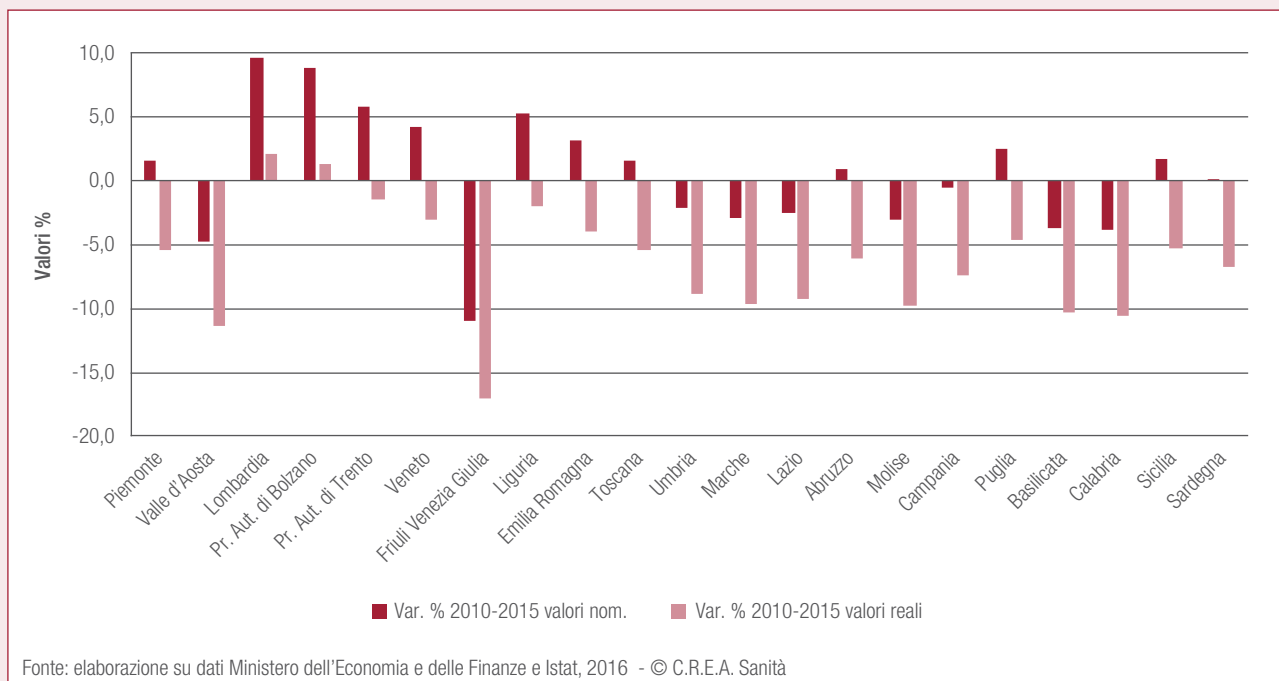
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015, si attesta a € 2.420,6 pro-capite (€ 147,2 mld.) in aumento dello 0,9% rispetto al 2014 con valori massimi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.153,0 e € 2.929,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.090,7) e Calabria (€ 2.109,7). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 52,0%, ovvero € 1.052,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 562,6 (ovvero al 26,9%).

KI 3.5. Spesa sanitaria privata e spesa pubblica regionale. Valori in % del PIL, anno 2015

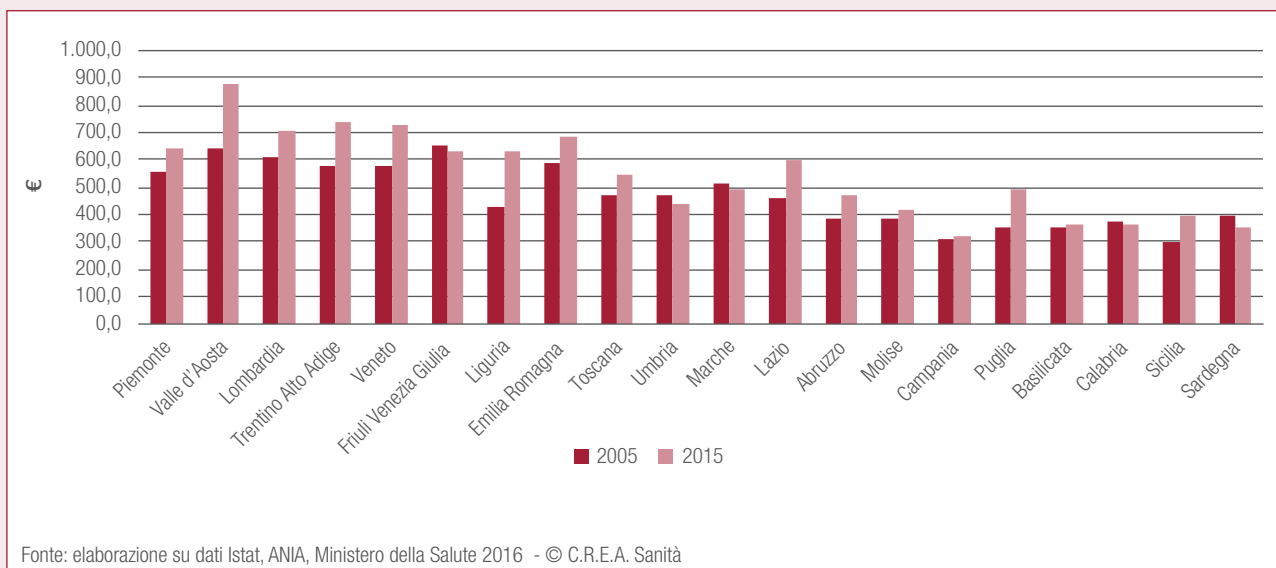


La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2015 per il 6,8% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,8% al Nord ad uno del 9,7% al Sud, segno che il meccanismo equitativo tra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria pubblica sia poco legata ai livelli di reddito. Per quel che concerne la spesa sanitaria privata pro-capite questa incide per il 2,2% sul PIL; in questo caso le differenze tra le ripartizioni si attenuano essendo la spesa privata fortemente correlata ai livelli di reddito: 2,3% al Nord, 2,0% al Centro e 2,3% al Sud.

KI 3.6. Spesa sanitaria pubblica e *Out Of Pocket* pro-capite nominale e reale. Variazione %, anni 2010-2015

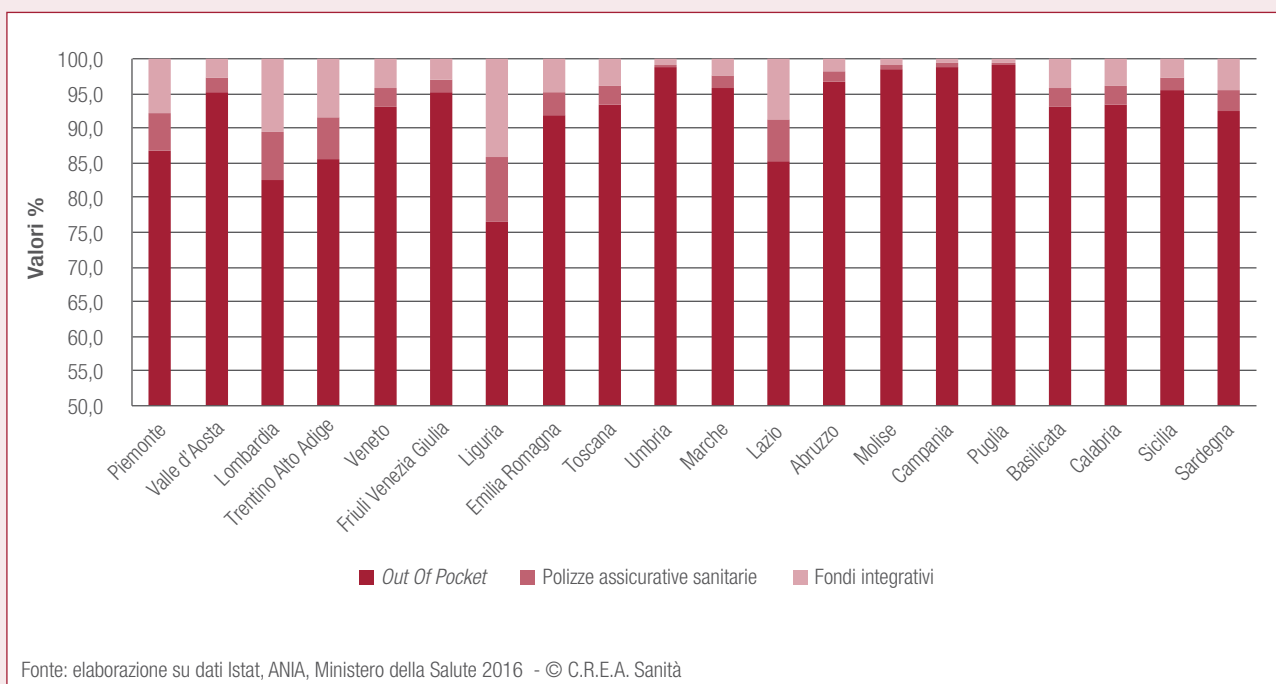


L'analisi del tasso di crescita della spesa sanitaria totale pro-capite nominale (pubblica + OOP) mette in luce come tra il 2010 ed il 2015 gli incrementi più importanti di spesa siano concentrati soprattutto nelle Regioni settentrionali, ed in particolare in Lombardia (+9,6%), nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente +5,8% e + 8,8%) ed in Liguria (+5,2%). Nella maggior parte delle Regioni appartenenti alla ripartizione centro-meridionale, di contro, si sono evidenziate contrazioni più o meno cospicue della spesa totale pro-capite espressa in termini nominali. Se con riferimento al medesimo periodo di tempo analizzassimo la variazione dei tassi di crescita della spesa totale pro-capite reale, ne scaturirebbe che tutte le Regioni, ad eccezione della Lombardia e delle Provincia Autonoma di Bolzano, hanno sperimentato riduzioni più o meno ingenti: si va dal -17,1% del Friuli Venezia Giulia al -1,5% della Provincia Autonoma di Trento.

KI 3.7. Spesa sanitaria *Out Of Pocket*. Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015

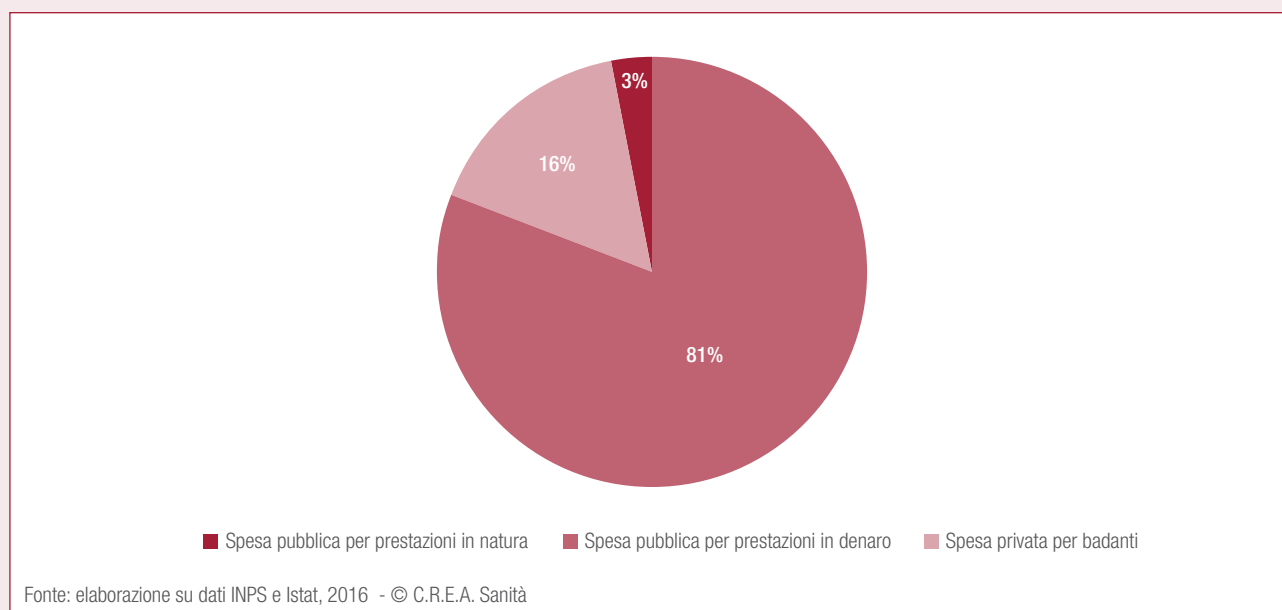
La spesa sanitaria OOP pro-capite, nel 2015, si attesta a € 567,54 pro-capite, in aumento del 18,33% rispetto al 2005 con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 833,5 e € 737,8); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 330,7) e Sardegna (€ 360,4). Ad eccezione di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Calabria e Sardegna, in tutte le altre Regioni si è registrato un aumento rispetto al 2005: degno di nota è quello che ha interessato la Liguria e la Puglia (47,0% e 38,4% rispettivamente).

KI 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015



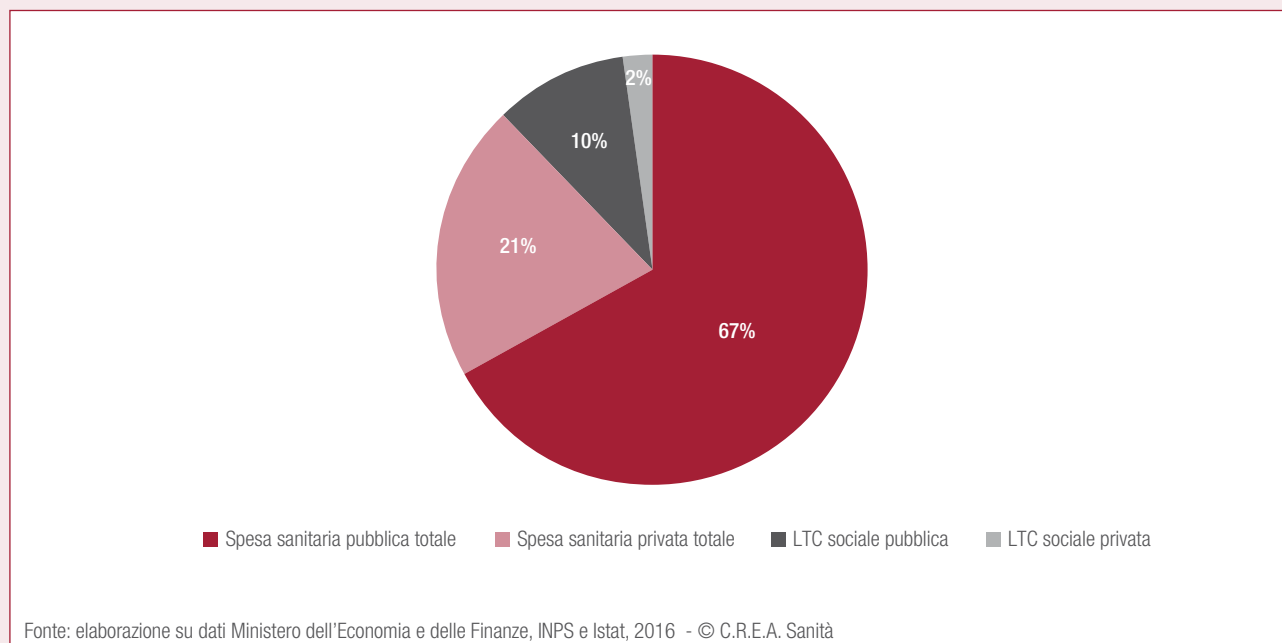
La spesa sanitaria privata, nel 2015, rappresenta circa l'89,8% del totale della spesa privata e quella intermedia il restante 10,3%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 4,1% alle polizze individuali. La componente intermedia rappresenta il 13,1% della spesa privata nel Nord (16,9% nel Nord-Ovest e 7,8% nel Nord-Est), il 10,4% nel Centro e solo il 3,2% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. Puglia, Campania, Umbria e Molise risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 98,0%. Piemonte, Trentino Alto Adige, Lazio, Lombardia e Liguria risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermedia, rispettivamente pari a 23,6%, 17,5%, 14,8%, 14,4% e 13,2%. Infine, Liguria e Lombardia sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermedia per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 9,5% e il 7,1%. All'opposto si collocano Campania e Puglia: 0,5% e 0,4% rispettivamente. La Liguria, con il 14,1%, risulta essere anche la Regione con la quota più alta di spesa per Fondi, mutue etc.; seguono Lombardia, Lazio e Trentino Alto Adige con il 10,47%, 8,8% e 8,6% rispettivamente.

KI 3.9. Spesa sociale per LTC. Composizione (%), anno 2015



Nel 2015, su un totale di € 19,2 mld. di spesa sociale per assistenza a lungo termine a soggetti non-autosufficienti, ovvero anziani e disabili, l'81,5% è rappresentato dalla spesa pubblica per prestazioni in denaro (ovvero dalle provvidenze economiche erogate dall'INPS quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e dai voucher erogati dai Comuni), il 2,6% dalla spesa pubblica per prestazioni in natura (servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale) ed il rimanente 15,9% dalla spesa privata sostenuta per badanti.

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria. Composizione (%), anno 2015



Si consideri che nel 2015 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 166.364,8 mln., è risultata essere composta per il 66,8% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 21,6% dalla spesa sanitaria privata, per il 9,7% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e *voucher* per il 9,4% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,3%) e per l'1,8% dalla spesa per la LTC sociale privata (ovvero spesa privata per badanti).