

Anni 2012-2016

IL SISTEMA DEI CONTI DELLA SANITÀ PER L'ITALIA

■ L'Istat diffonde per la prima volta le stime sul sistema dei conti della sanità riferite al periodo 2012-2016: esso fornisce un quadro informativo del sistema sanitario del Paese utile per soddisfare esigenze di analisi e per operare confronti a livello internazionale. Il sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del System of Health Accounts – SHA – ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti, SEC 2010.

■ Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è pari a 149.500 milioni di euro, con un'incidenza sul Pil dell'8,9%, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato.

■ La spesa sanitaria privata nel 2016 è pari a 37.318 milioni di euro, la sua incidenza rispetto al Pil è del 2,2%. Il 90,9 per cento della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie.

■ Nel 2016, la spesa sanitaria pro capite è stata pari a 2.466 euro e ha registrato rispetto al 2012 un aumento medio annuo dello 0,7%.

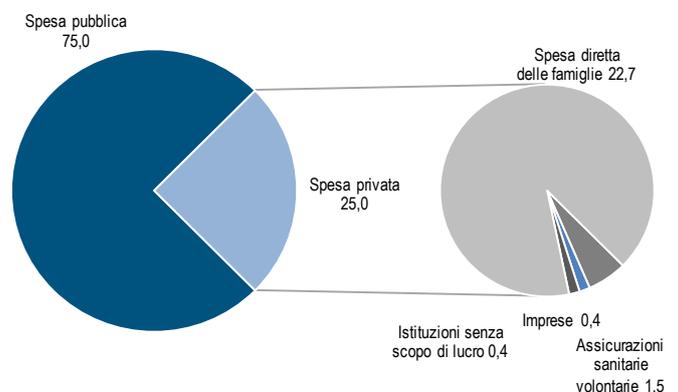
■ La spesa per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione nel 2016 risulta essere pari a 82.032 milioni di euro, con un'incidenza del 54,9% sul totale della spesa sanitaria e del 4,9% sul Pil. La seconda componente di spesa è quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, con 31.106 milioni di euro e una quota del 20,8% del totale.

■ Nel 2016 gli ospedali sono i principali erogatori di assistenza nel sistema sanitario italiano, con un'incidenza del 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente. Al secondo posto si collocano gli erogatori di servizi sanitari ambulatoriali che pesano per il 22,4%.

■ Nel 2014 la spesa sanitaria dell'Italia è significativamente inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi dell'Unione europea, sia in termini di valore pro capite sia in rapporto al Pil. A fronte di circa 2.404 euro per abitante spesi in Italia, Regno Unito, Francia e Germania spendono tra i 3.000 e i 4.000 euro per abitante. Sempre nel 2014, la spesa in rapporto al Pil è pari a valori vicini all'11% in Francia e Germania, appena inferiore al 10% nel Regno Unito e di circa il 9% in Italia e in Spagna.

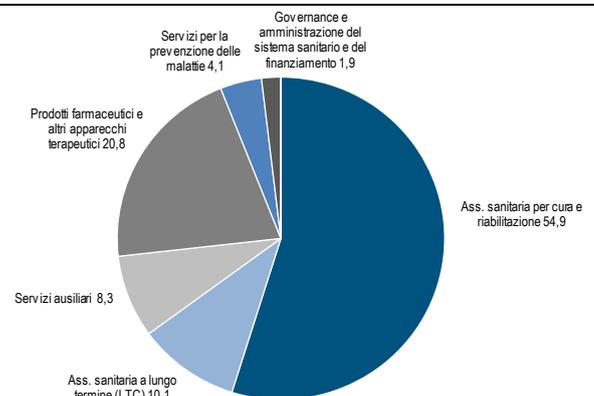
SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO.

Anno 2016, composizione percentuale



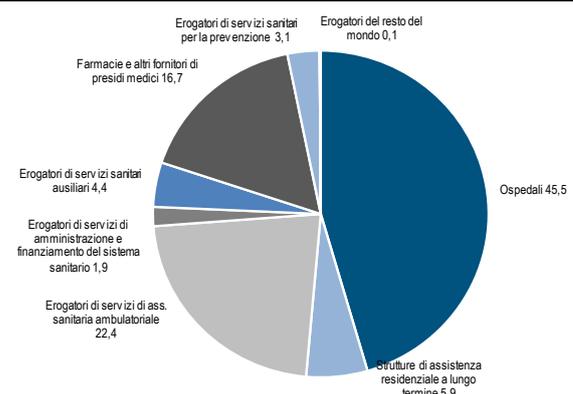
SPESA SANITARIA PER FUNZIONE DI ASSISTENZA.

Anno 2016, composizione percentuale



SPESA SANITARIA PER EROGATORE.

Anno 2016, composizione percentuale



Il sistema dei conti della sanità

Il sistema dei conti della sanità si inserisce nel quadro delle statistiche europee ed è costruito secondo le regole dettate dal regolamento UE 359/2015 (System Health Accounts – SHA) entrato in vigore nel 2016, esso utilizza metodologie coerenti con il Sistema dei conti nazionali SEC 2010.

Il sistema dei conti della sanità fornisce un quadro informativo del sistema sanitario del Paese attraverso la misura dei flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari. L'obiettivo è quello di rappresentare il sistema sanitario dal lato della spesa fornendo (insieme ad altre informazioni statistiche) uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie. La disponibilità di dati affidabili e tempestivi, paragonabili sia tra paesi, sia nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la determinano. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente del paese. Ciò influenza la struttura delle classificazioni utilizzate per rappresentare il sistema, in quanto la priorità è data alla spesa per consumi finali piuttosto che alla produzione.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari (International Classification for Health Accounts–ICHA), secondo le seguenti dimensioni: per regime di finanziamento (ICHA-HF); per funzione di assistenza (ICHA-HC); per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP).

La spesa sanitaria pubblica si riferisce alla spesa sostenuta dagli enti delle Amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata secondo la classificazione ICHA come spesa sostenuta dalla pubblica amministrazione (HF.1.1) e dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

Nella voce pubblica amministrazione (HF.1.1) sono inclusi gli enti sanitari locali (ESL) che comprendono le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale. Inoltre, vi confluiscono gli enti delle AP diversi dagli ESL: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e altri. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- la spesa sostenuta dai regimi di finanziamento volontari (HF.2) i quali includono le seguenti componenti: le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), per le quali si considera, al momento, la sola parte relativa alle assicurazioni nel ramo malattia¹; la spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2); la spesa finanziata da imprese (HF.2.3), che si riferisce alla spesa che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie (Spesa sanitaria Out of Pocket – OOP) (HF.3).

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

In questo report per l'Italia si descrivono le dinamiche della spesa sanitaria per l'anno 2016 e per il periodo 2012-2016.

¹ Le componenti della spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi non è al momento contabilizzata e le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni.

Spesa sanitaria per regime di finanziamento

Tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria complessiva è aumentata in media annua dello 0,9%. Dopo una diminuzione dello 0,6% nel 2013 si sono registrati incrementi dell'1,7% nel 2014 e dell'1,3% nel 2015. La spesa sanitaria corrente nel 2016 è pari a 149.500 milioni di euro, in aumento dell'1,0% rispetto all'anno 2015, e la sua incidenza rispetto al Pil è dell'8,9%.

Nel periodo 2012-2016 la spesa sanitaria sostenuta dalla pubblica amministrazione² è aumentata in media annua dello 0,5%, registrando, dopo una diminuzione dello 0,7% del 2013, una dinamica positiva influenzata in parte dalla maggiore spesa per farmaci innovativi. La spesa sanitaria pubblica rappresenta il 75% del totale della spesa totale ed è pari al 6,7% del Pil.

La spesa sanitaria sostenuta dai regimi di finanziamento volontari nel periodo 2012-2016 è aumentata in media dell'1,8% ma nel 2016 è diminuita dello 0,4%. Lo scorso anno la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria è stata del 2,3% e quella sul Pil dello 0,2%.

La spesa diretta delle famiglie ha registrato nel periodo una crescita media annua del 2,0%, con una diminuzione dello 0,2% nel 2013 e aumenti del 3,5% e del 4,5% nel 2014 e nel 2015. Nel 2016 è aumentata dello 0,4% risultando pari al 2,0 % del Pil e al 22,7% del totale della spesa sanitaria (Prospetto 1).

La spesa sanitaria complessiva pro capite è passata da 2.395 euro nel 2012 a 2.466 euro nel 2016. Nel 2016 la spesa è finanziata, in media, per 1.850 euro dalla pubblica amministrazione, per 560 euro direttamente dalle famiglie e per 56 euro da regimi di finanziamento volontari.

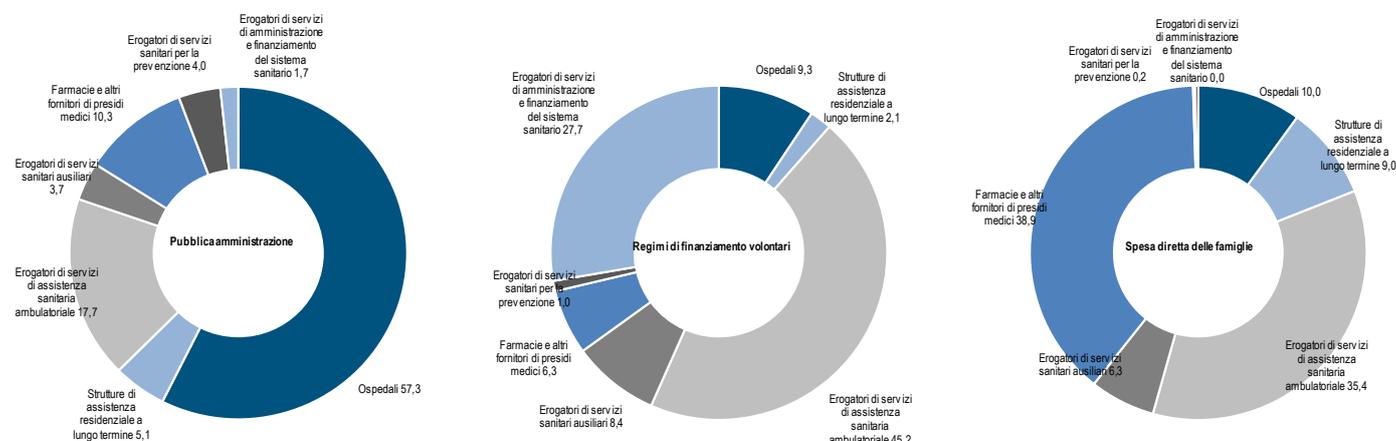
Nel 2016, la pubblica amministrazione destina ai beni e servizi erogati dagli ospedali e dagli ambulatori rispettivamente il 57,3% e il 17,7% della spesa. La spesa diretta delle famiglie per la maggior parte è destinata a beni e servizi forniti da farmacie e altri fornitori di presidi medici (38,9%) e agli ambulatori (35,4%) (Figura 1).

PROSPETTO 1. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO. Anni 2012-2016, valori assoluti, tassi di variazione, incidenza sul Pil e sul totale della spesa sanitaria

REGIME DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	Variazioni %				Incidenza percentuale anno 2016	
						2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015	sul totale di spesa sanitaria corrente	sul Pil
Pubblica amministrazione e Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	110.001	109.254	110.556	110.830	112.182	-0,7	1,2	0,2	1,2	75,0	6,7
Pubblica amministrazione	109.597	108.748	110.112	110.375	111.725	-0,8	1,3	0,2	1,2	74,7	6,7
Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	404	506	444	455	457	25,2	-12,3	2,5	0,4	0,3	-
Regimi di finanziamento volontari	3.160	3.132	3.241	3.400	3.388	-0,9	3,5	4,9	-0,4	2,3	0,2
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.247	2.211	-4,1	-1,0	4,2	-1,6	1,5	0,1
Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	417	467	510	570	576	12,0	9,2	11,8	1,1	0,4	-
Regimi di finanziamento da parte delle imprese	472	486	574	583	601	3,0	18,1	1,6	3,1	0,4	-
Spesa diretta delle famiglie	31.324	31.262	32.353	33.799	33.930	-0,2	3,5	4,5	0,4	22,7	2,0
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500	-0,6	1,7	1,3	1,0	100,0	8,9

² Per pubblica amministrazione si intende, da qui in avanti, la somma delle due voci pubblica amministrazione (HF.1.1) e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

FIGURA 1. SPESA PER REGIME DI FINANZIAMENTO E PER EROGATORE DI ASSISTENZA. Anno 2016, composizione percentuale sulla spesa totale del singolo regime di finanziamento



Spesa sanitaria per funzione di assistenza

Nel sistema sanitario italiano la maggior parte della spesa è assorbita dall'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, dai prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici e dall'assistenza sanitaria a lungo termine (LTC).

La spesa per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione nel 2016 risulta pari a 82.032 milioni di euro, con un'incidenza del 54,9% sul totale della spesa sanitaria. Tale spesa è aumentata rispetto al 2015 dello 0,6%, con incrementi dell'1,2% sia per l'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione, sia per quella in day hospital.

La seconda voce di spesa per assistenza del sistema sanitario è quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (31.106 milioni di euro nel 2016); tale spesa ha segnato un aumento dell'1,5% rispetto all'anno precedente, incidendo per il 20,8% sul totale della spesa sanitaria.

La spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine (LTC) è pari nel 2016 a 15.067 milioni di euro (+0,8% rispetto al 2015) e incide per il 10,1% sul totale della spesa sanitaria. I servizi ausiliari, con 12.342 milioni di euro, assorbono nel medesimo anno l'8,3% della spesa sanitaria (Prospetto 3).

Tra il 2012 e 2016 la spesa per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua dello 0,3%. Tale dinamica è la risultante di diminuzioni dell'1,0% dell'assistenza ospedaliera in regime ordinario e dell'1,4 % dell'assistenza ospedaliera in regime di day hospital, a fronte di un aumento del 2,4% dell'assistenza ospedaliera ambulatoriale. L'assistenza a lungo termine ha registrato nel periodo 2012-2016 un aumento medio annuo dell'1,0%. Nello stesso periodo si registra una diminuzione della spesa per i servizi ausiliari (-0,2% in media d'anno) e aumenti delle spese per prodotti farmaceutici e terapeutici (+2,7%), prevenzione delle malattie (+1,2%) e servizi di governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (+0,9%).

Spesa sanitaria per erogatore

Gli ospedali rappresentano nel sistema sanitario italiano i principali erogatori di assistenza, con un'incidenza del 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente. Nel 2016, la spesa è pari a 68.008 milioni di euro, in aumento dell'1,1% rispetto all'anno precedente. Gli erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale forniscono assistenza per una spesa pari a 33.414 milioni di euro, con un aumento dello 0,1% rispetto al 2015, e rappresentano il 22,4% della spesa sanitaria. Farmacie e altri fornitori di presidi medici registrano una spesa pari a 25.001 milioni di euro (+1,6% rispetto al 2015) e un'incidenza sul totale della spesa del 16,7% (Prospetto 2).

Nel 2016, la pubblica amministrazione risulta essere il maggiore finanziatore della spesa dei beni e servizi forniti dai diversi erogatori; l'unica eccezione è costituita dai beni e servizi erogati dalle

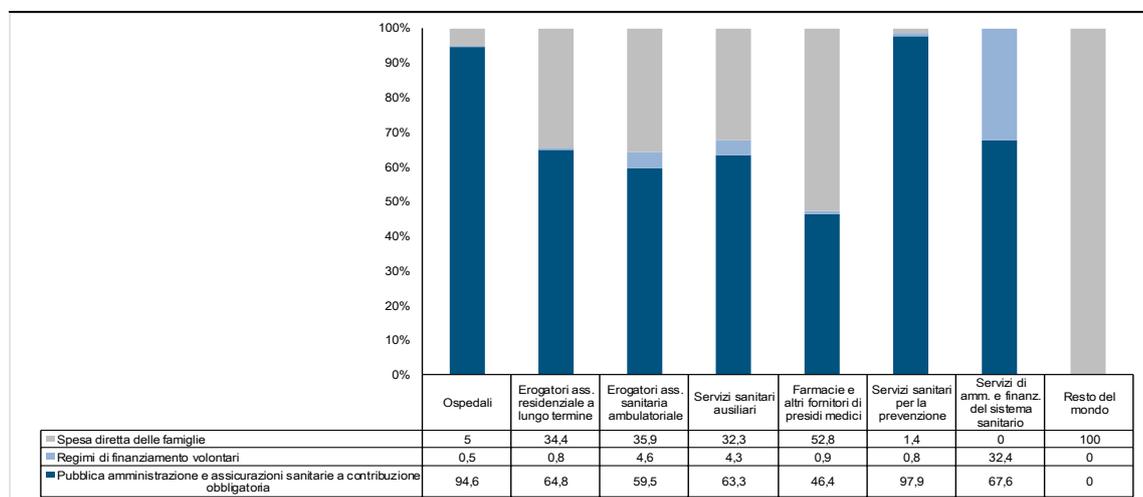
farmacie e altri fornitori di presidi medici che sono finanziati per il 52,8% dalla spesa diretta delle famiglie (Figura 2).

Nel periodo 2012-2016 gli ospedali hanno registrato un aumento medio annuo della spesa dello 0,4%, gli erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale un incremento del 2,2% e per le farmacie e altri fornitori di presidi medici la spesa è cresciuta dello 0,5%.

PROSPETTO 2. SPESA SANITARIA PER EROGATORE DI ASSISTENZA. Anni 2012-2016, valori assoluti, tassi di variazione, incidenza sul Pil e sul totale della spesa sanitaria

EROGATORE DI ASSISTENZA SANITARIA	2012	2013	2014	2015	2016	Variazioni %				Incidenza percentuale anno 2016	
						2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015	sul totale di spesa sanitaria corrente	sul Pil
Ospedali	67.038	65.871	66.765	67.274	68.008	-1,7	1,4	0,8	1,1	45,5	4,1
Strutture di ass. residenziale a lungo termine	8.313	8.505	8.764	8.819	8.875	2,3	3,0	0,6	0,6	5,9	0,5
Erogatori di servizi di ass. sanitaria ambulatoriale	30.675	30.831	32.326	33.365	33.414	0,5	4,8	3,2	0,1	22,4	2,0
Erogatori di servizi sanitari ausiliari	6.571	6.715	6.656	6.437	6.564	2,2	-0,9	-3,3	2,0	4,4	0,4
Farmacie e altri fornitori di presidi medici	24.547	24.501	24.323	24.615	25.001	-0,2	-0,7	1,2	1,6	16,7	1,5
Erogatori di servizi sanitari per la prevenzione	4.450	4.475	4.599	4.570	4.631	0,6	2,8	-0,6	1,3	3,1	0,3
Erogatori di servizi di amministrazione e finanziamento del sistema sanitario	2.796	2.687	2.634	2.769	2.896	-3,9	-2,0	5,1	4,6	1,9	0,2
Erogatori del resto del mondo	95	63	83	180	111	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500	-0,6	1,7	1,3	1,0	100,0	8,9

FIGURA 2. SPESA PER REGIME DI FINANZIAMENTO E PER EROGATORE.
Anno 2016, composizione percentuale sulla spesa totale del singolo erogatore



Spesa sanitaria per funzione di assistenza e regime di finanziamento

La pubblica amministrazione rappresenta il principale finanziatore della spesa per tutte le funzioni di assistenza. La spesa per l'assistenza per cura e riabilitazione nel 2016 è finanziata dalla PA per l'81,1% (Figura 3 e Prospetto 3), e rappresenta la componente più ampia (con una quota del 59,3%, si veda Figura 4) della spesa sanitaria pubblica. La spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine (LTC) è finanziata per il 76,3% dalla pubblica amministrazione, per lo 0,9% dai regimi di finanziamento volontario e per il 22,9% dalle famiglie. La spesa per i servizi ausiliari è finanziata per il 74,4% dalla pubblica amministrazione. La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è sostenuta per il 56,9% dalla pubblica amministrazione e per il 42,4% dalle famiglie (Figura 3). La spesa per prevenzione delle malattie è per l'88,5% a carico della pubblica amministrazione e per il 10,5% dei regimi di finanziamento volontari (con il 9,9% a carico

delle imprese). La spesa per governance e amministrazione è finanziata nel 2016 per il 67,6% dalla pubblica amministrazione e per il 32,4% dai regimi di finanziamento volontari.

PROSPETTO 3. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO E PER FUNZIONE DI ASSISTENZA. Anni 2012-2016, valori assoluti e tassi di variazione, incidenza sul Pil e sul totale della spesa sanitaria (*)

Funzione di assistenza sanitaria	2012	2013	2014	2015	2016	Variazioni %				Incidenza percentuale anno 2016	
						2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015	sul totale di spesa sanitaria corrente	sul Pil
TOTALE (a)											
Ass. sanitaria per cura e riabilitazione	80.997	79.602	81.055	81.526	82.032	-1,7	0,6	0,6	0,6	54,9	4,9
Ass. ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	43.470	42.211	41.817	41.332	41.820	-2,9	-0,9	-1,2	1,2	28,0	2,5
Ass. ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	6.621	6.153	6.398	6.190	6.263	-7,1	4,0	-3,3	1,2	4,2	0,4
Ass. ambulatoriale per cura e riabilitazione	30.461	30.755	32.398	33.547	33.488	1,0	5,3	3,5	-0,2	22,4	2,0
Ass. domiciliare per cura e riabilitazione	445	483	442	457	461	8,5	-8,5	3,4	0,9	0,3	0,0
Ass. a lungo termine (LTC)	14.504	14.721	14.984	14.944	15.067	1,5	1,8	-0,3	0,8	10,1	0,9
Ass. ospedaliera a lungo termine	8.600	8.792	8.908	8.931	8.988	2,2	1,3	0,3	0,6	6,0	0,5
Ass. ospedaliera diurna a lungo termine	980	968	896	918	930	-1,2	-7,4	2,5	1,3	0,6	0,1
Ass. ambulatoriale a lungo termine	2.799	2.816	2.874	2.877	2.905	0,6	2,1	0,1	1,0	1,9	0,2
Ass. domiciliare a lungo termine	2.125	2.145	2.306	2.218	2.244	0,9	7,5	-3,8	1,2	1,5	0,1
Servizi ausiliari	12.445	12.361	12.498	12.177	12.342	-0,7	1,1	-2,6	1,4	8,3	0,7
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	27.969	28.465	28.919	30.645	31.106	1,8	1,6	6,0	1,5	20,8	1,9
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli	23.942	24.391	24.764	26.545	26.657	1,9	1,5	7,2	0,4	17,8	1,6
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli	4.027	4.074	4.155	4.100	4.449	1,2	2,0	-1,3	8,5	3,0	0,3
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.774	5.812	6.060	5.968	6.057	0,7	4,3	-1,5	1,5	4,1	0,4
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	2.796	2.687	2.634	2.769	2.896	-3,9	-2,0	5,1	4,6	1,9	0,2
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500	-0,6	1,7	1,3	1,0	100,0	8,9
DI CUI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE											
Ass. sanitaria per cura e riabilitazione	67.427	66.209	66.580	65.792	66.491	-1,8	0,6	-1,2	1,1	44,5	4,0
Ass. ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	41.906	40.655	40.250	39.751	40.230	-3,0	-1,0	-1,2	1,2	26,9	2,4
Ass. ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	6.072	5.614	5.880	5.700	5.771	-7,5	4,7	-3,1	1,2	3,9	0,3
Ass. ambulatoriale per cura e riabilitazione	19.154	19.609	20.173	20.064	20.209	2,4	2,9	-0,5	0,7	13,5	1,2
Ass. domiciliare per cura e riabilitazione	295	331	277	277	281	12,2	-16,3	0,0	1,4	0,2	0,0
Ass. sanitaria a lungo termine (LTC)	11.251	11.383	11.522	11.349	11.489	1,2	1,2	-1,5	1,2	7,7	0,7
Ass. ospedaliera a lungo termine	5.728	5.834	5.862	5.794	5.866	1,9	0,5	-1,2	1,2	3,9	0,4
Ass. ospedaliera diurna a lungo termine	980	968	896	918	930	-1,2	-7,4	2,5	1,3	0,6	0,1
Ass. ambulatoriale a lungo termine	2.539	2.559	2.591	2.564	2.595	0,8	1,3	-1,0	1,2	1,7	0,2
Ass. domiciliare a lungo termine	2.004	2.022	2.173	2.073	2.098	0,9	7,5	-4,6	1,2	1,4	0,1
Servizi ausiliari	8.989	9.012	9.194	9.090	9.188	0,3	2,0	-1,1	1,1	6,1	0,5
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	15.208	15.576	16.067	17.479	17.697	2,4	3,2	8,8	1,2	11,8	1,1
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli	14.369	14.722	15.179	16.584	16.790	2,5	3,1	9,3	1,2	11,2	1,0
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli	839	854	888	895	907	1,8	4,0	0,8	1,3	0,6	0,1
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.211	5.234	5.396	5.292	5.358	0,4	3,1	-1,9	1,2	3,6	0,3
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.915	1.840	1.797	1.828	1.959	-3,9	-2,3	1,7	7,2	1,3	0,1
Totale	110.001	109.254	110.556	110.830	112.182	-0,7	1,2	0,2	1,2	75,0	6,7
DI CUI SPESA DIRETTA DELLE FAMIGLIE											
Ass. sanitaria per cura e riabilitazione	12.462	12.298	13.339	14.557	14.403	-1,3	8,5	9,1	-1,1	9,6	0,9
Ass. ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.401	1.381	1.380	1.392	1.403	-1,4	-0,1	0,9	0,8	0,9	0,1
Ass. ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	510	501	484	459	462	-1,8	-3,4	-5,2	0,7	0,3	0,0
Ass. ambulatoriale per cura e riabilitazione	10.452	10.318	11.367	12.587	12.420	-1,3	10,2	10,7	-1,3	8,3	0,7
Ass. domiciliare per cura e riabilitazione	99	98	108	119	118	-1,0	10,2	10,2	-0,8	0,1	0,0
Ass. sanitaria a lungo termine (LTC)	3.173	3.245	3.363	3.462	3.444	2,3	3,6	2,9	-0,5	2,3	0,2
Ass. ospedaliera a lungo termine	2.843	2.919	3.004	3.065	3.050	2,7	2,9	2,0	-0,5	2,0	0,2
Ass. ospedaliera diurna a lungo termine	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ass. ambulatoriale a lungo termine	260	257	283	313	310	-1,2	10,1	10,6	-1,0	0,2	0,0
Ass. domiciliare a lungo termine	70	69	76	84	84	-1,4	10,1	10,5	0,0	0,1	0,0
Servizi ausiliari	3.095	2.994	2.957	2.757	2.825	-3,3	-1,2	-6,8	2,5	1,9	0,2
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	12.532	12.664	12.637	12.965	13.195	1,1	-0,2	2,6	1,8	8,8	0,8
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli	9.573	9.669	9.585	9.961	9.867	1,0	-0,9	3,9	-0,9	6,6	0,6
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli	2.959	2.995	3.052	3.004	3.328	1,2	1,9	-1,6	10,8	2,2	0,2
Servizi per la prevenzione delle malattie	62	61	57	58	63	-1,6	-6,6	1,8	8,6	0,0	0,0
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	31.324	31.262	32.353	33.799	33.930	-0,2	3,5	4,5	0,4	22,7	2,0

(*) I totali possono non corrispondere alla somma delle componenti per gli arrotondamenti effettuati.

(a) Il totale si riferisce alla somma dei regimi di finanziamento: pubblica amministrazione (HF.1.1) e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2); regimi di finanziamento volontari (HF.2); spesa diretta delle famiglie (HF.3).

FIGURA 3. FUNZIONE DI ASSISTENZA PER REGIME DI FINANZIAMENTO.

Anno 2016, composizione percentuale sulla spesa per singola funzione

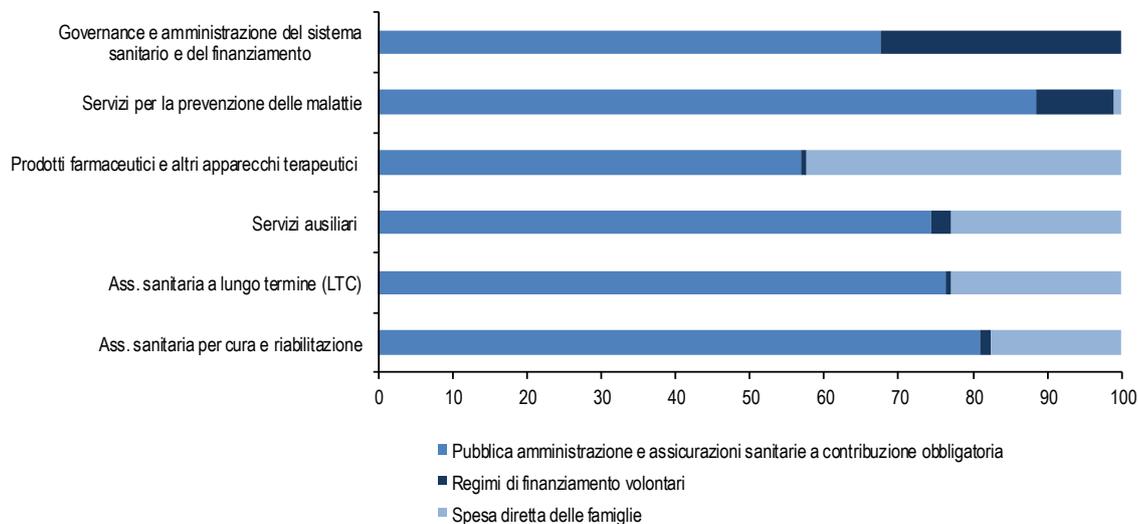
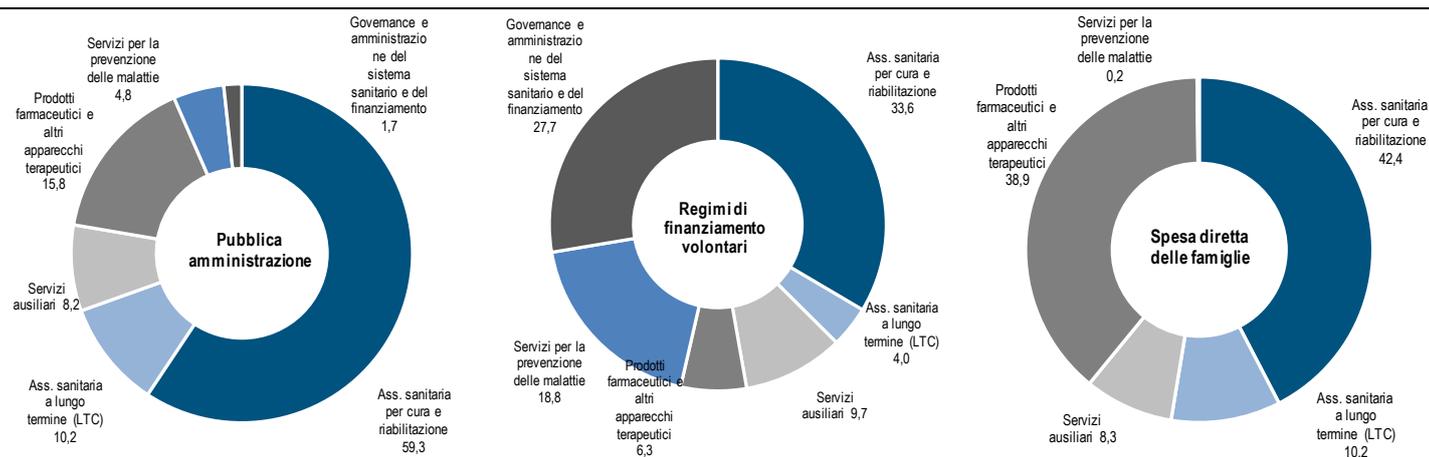


FIGURA 4. SPESA PER REGIME DI FINANZIAMENTO E PER FUNZIONE DI ASSISTENZA.

Anno 2016, composizione percentuale sulla spesa totale del singolo regime di finanziamento



Tra il 2012 e 2016 la spesa per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua dello 0,3%. In particolare, quella sostenuta dal settore pubblico è diminuita dello 0,3%, a causa di un calo dell'1% della componente per la funzione di assistenza ospedaliera in regime ordinario in parte compensato dall'aumento dell'1,3% dell'assistenza ambulatoriale. Tale dinamica è spiegata da una progressiva diminuzione dei ricoveri e dalla tendenza a trasferire le prestazioni che richiedono cure mediche di bassa intensità verso i servizi sanitari ambulatoriali.

La spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua del 3,7% con una crescita del 4,4% per la componente ambulatoriale. Su questa sembrano aver influito l'ampliarsi delle liste di attesa nel settore pubblico e l'aumento dei livelli della compartecipazione (che avvicina le tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato).

L'assistenza a lungo termine a finanziamento pubblico ha registrato un aumento dello 0,5% in media annua nel periodo 2012-2016, con una crescita dello 0,6% della componente ospedaliera e dell'1,2% di quella domiciliare. Anche la spesa diretta delle famiglie per assistenza LTC ha registrato una crescita significativa (+2,1% in media annua), influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+1,8%) e di quella ambulatoriale (+4,5%).

Nel periodo 2012-2016 la spesa sanitaria per servizi ausiliari è diminuita in media annua dello 0,2%. In particolare, quella finanziata dal settore pubblico è aumentata dello 0,5% mentre quella

diretta delle famiglie si è ridotta del 2,3%. Tale riduzione è in parte compensata dall'aumento della spesa per assistenza ambulatoriale.

Tra il 2012 e il 2016 la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi farmaceutici ha registrato un aumento medio del 2,7%. In particolare quella finanziata dalla pubblica amministrazione ha registrato un aumento del 3,9% e quello delle famiglie dell'1,3%. Il contributo maggiore alla crescita di questa funzione di assistenza deriva, per la parte pubblica, dalla spesa per prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (+4,0%) e per quella privata dalla spesa per apparecchi e altri presidi medici (lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

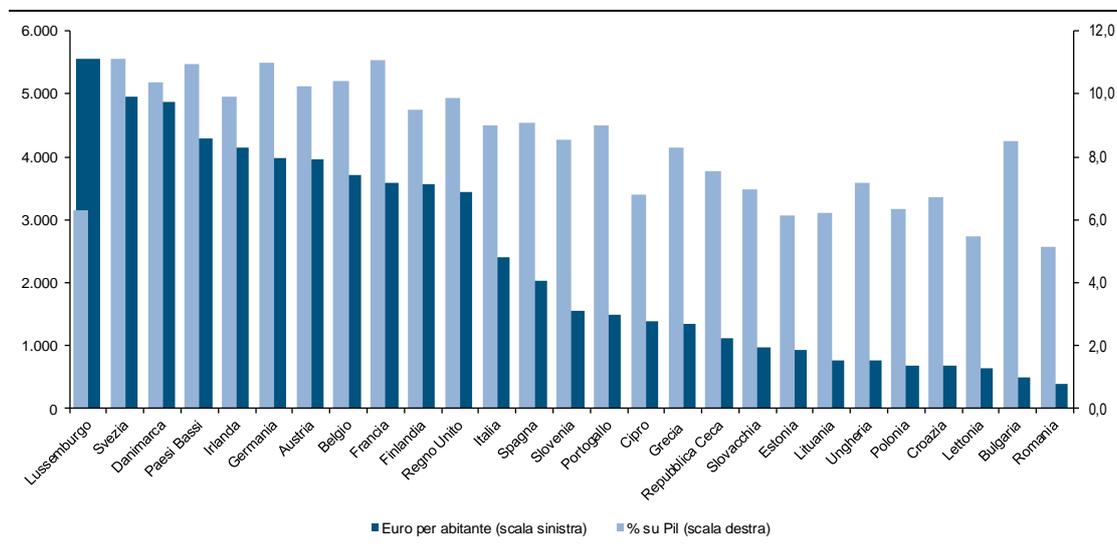
Confronti tra paesi europei sull'ammontare e la struttura della spesa sanitaria

I dati utilizzati nel confronto internazionale si riferiscono all'anno 2014 e sono stati trasmessi dai paesi dell'Unione europea e diffusi da Eurostat con il questionario Joint Health Accounts Questionnaire edizione 2016. Per mantenere la coerenza con le informazioni presentate nel resto del documento per l'Italia sono utilizzati i dati riferiti all'anno 2014 ma prodotti per l'edizione 2017 del Joint Health Accounts Questionnaire. Questi, insieme a quelli relativi a tutti i paesi Ue, saranno resi disponibili sui siti degli organismi internazionali nelle prossime settimane.

La spesa sanitaria corrente dell'Italia è inferiore rispetto a quella di altri paesi dell'Unione europea³: a fronte dei circa 2.404 euro per abitante spesi in Italia nel 2014, Regno Unito, Francia e Germania spendono tra i 3.000 e i 4.000 euro per abitante, Danimarca e Svezia quasi 5.000 euro, il Lussemburgo supera i 5.500 euro per abitante. Nove paesi presentano una spesa inferiore ai 1.000 euro per abitante e tra questi la Romania registra il valore più basso (388 euro per abitante) (Figura 5).

Per quanto riguarda la spesa sanitaria corrente in rapporto al Pil (Figura 5), nel 2014 Francia, Svezia e Germania registrano i valori più alti (intorno all'11%), Italia, Portogallo e Spagna presentano incidenze pari a circa il 9% e, all'estremo inferiore, Lettonia e Romania segnano valori inferiori al 6%.

FIGURA 5. SPESA SANITARIA NEI PAESI UE. Anno 2014, euro per abitante e incidenza sul Pil



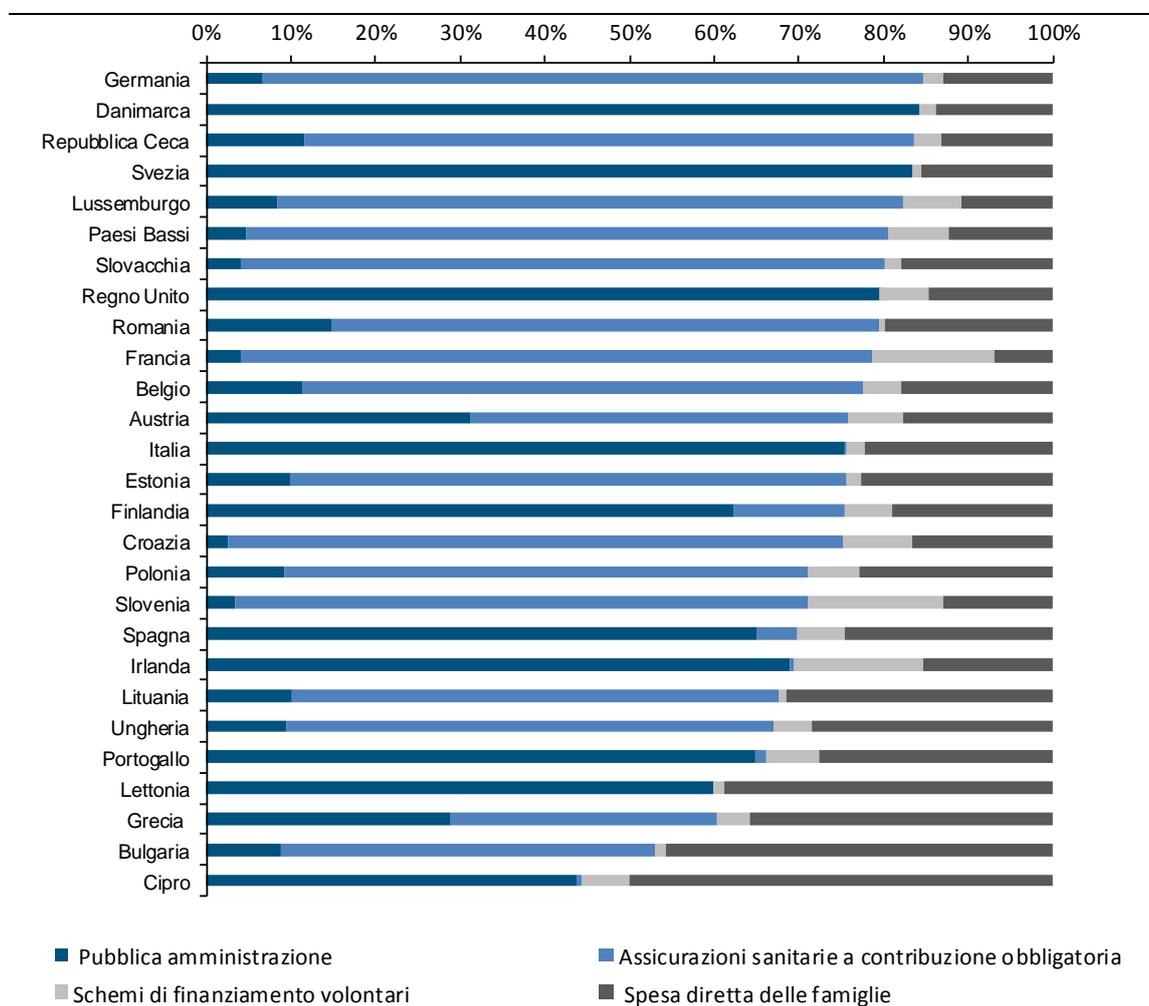
³ Sono considerati i dati di 27 paesi dell'Unione europea, poiché per Malta non sono disponibili.

Per tutti i paesi, ad eccezione di Cipro, il tipo di finanziamento che raggruppa la pubblica amministrazione e i regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria (HF.1) rappresenta la più alta quota di finanziamento della spesa sanitaria, anche se il peso delle due componenti varia considerevolmente tra paesi. Facendo riferimento all'anno 2014, paesi come Danimarca (84,2%), Svezia (83,4%), Regno Unito (79,5%) e Italia (75,3%) registrano percentuali di spesa finanziate dalla pubblica amministrazione superiori al 75%; al contrario, i regimi di finanziamento obbligatori (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) alimentano più di tre quarti della spesa in Germania (78%), Slovacchia (76,2%) e Paesi Bassi (75,9%).

L'incidenza della spesa diretta delle famiglie rispetto al totale della spesa sanitaria presenta nel 2014 valori molto alti per Cipro (49,9%) e Bulgaria (45,8%); l'Italia, con un valore pari al 22,1%, si colloca al di sotto della Spagna (24,7%), ma molto al di sopra degli altri maggiori paesi dell'Unione europea (Francia 7%, Germania 13%, Regno Unito 14,8%) (Figura 6).

FIGURA 6. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO NEI PAESI UE.

Anno 2014, incidenza sul totale di spesa sanitaria



La spesa per cura e riabilitazione rappresenta più della metà della spesa sanitaria corrente per la maggior parte dei paesi dell'Unione europea: nel 2014 il paese in cui incide maggiormente è il Portogallo (66,1%), mentre quello in cui assume la quota più bassa è la Repubblica Ceca (46,5%); l'Italia, con il 55,5% di incidenza della componente per cura e riabilitazione, è allineata con i maggiori paesi europei (Spagna 58,6%, Regno Unito 56,6%, Francia 54,3%, Germania 53,3%).

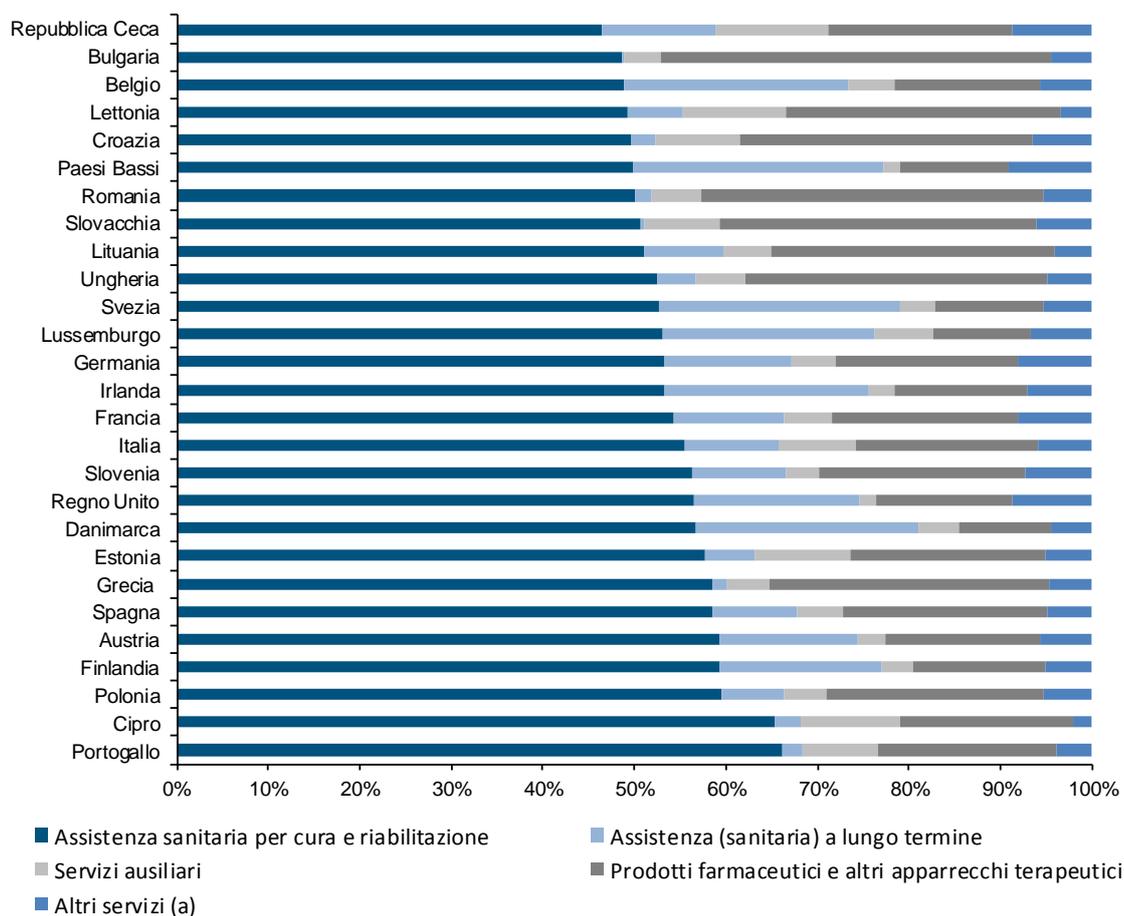
La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici rappresenta mediamente il 20% della spesa sanitaria corrente, anche se con un'alta variabilità tra paesi: nel 2014 l'incidenza più alta si registra in Bulgaria (42,7%), mentre quella più bassa in Danimarca con il 9,9%. Considerando i maggiori paesi dell'Unione europea, tale incidenza è piuttosto simile: 22,3% in Spagna, 20,3% in Francia, 20% in Germania, 19,8% in Italia, mentre solo il Regno Unito presenta una quota sensibilmente inferiore (14,8%).

I Paesi Bassi, con il 27,2%, sono il paese con la maggiore incidenza di spesa per l'assistenza a lungo termine (LTC), mentre in posizione opposta si pone la Bulgaria con appena 0,1%. L'Italia con il 10,3% si colloca al di sotto degli altri maggiori paesi dell'Unione europea (Regno Unito 18%, Germania 13,8%, Francia 12%) ma al di sopra della Spagna (9,2%).

Per quanto riguarda la spesa sanitaria relativa ai servizi ausiliari è la Repubblica Ceca il paese con la quota maggiore (12,3%) e i Paesi Bassi quello con la quota minore (1,8%). L'incidenza per l'Italia è dell'8,6%, con un valore significativamente superiore a quello degli altri grandi paesi europei (Francia 5,4%, Spagna 5%, Germania 4,8%, Regno Unito 1,8%) (Figura 7).

FIGURA 7. SPESA SANITARIA PER FUNZIONE DI ASSISTENZA NEI PAESI UE.

Anno 2014, incidenza sul totale di spesa sanitaria



(a) La voce Altri servizi comprende le funzioni "servizi per la prevenzione delle malattie" e "governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento".

Glossario

Assistenza sanitaria: tutte le attività che hanno come obiettivo primario migliorare o mantenere lo stato di salute delle persone e impedirne il deterioramento, nonché attenuare le conseguenze di un cattivo stato di salute attraverso l'applicazione di conoscenze sanitarie qualificate.

Enti sanitari locali (ESL): includono le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, le aziende ospedaliere universitarie.

Erogatori di assistenza sanitaria (ICHA-HP): le organizzazioni e gli attori che forniscono beni e servizi sanitari come attività principale, nonché quelli per cui l'assistenza sanitaria è solo una delle varie attività svolte. Tali erogatori possono essere pubblici, privati e privati accreditati. Di seguito sono riportate le descrizioni della modalità della classificazione degli erogatori di assistenza sanitaria.

Erogatore di assistenza sanitaria	Descrizione
<i>Ospedali (HP.1)</i>	strutture autorizzate impegnate principalmente nell'erogazione di servizi medici, diagnostici e terapeutici, compresi l'assistenza medica e infermieristica e altri servizi sanitari, a pazienti ricoverati e di servizi di alloggio specializzati di cui necessitano i pazienti ricoverati; tali strutture possono anche erogare servizi di assistenza sanitaria diurna, ambulatoriale e domiciliare.
<i>Strutture di assistenza residenziale a lungo termine (HP.2)</i>	istituti impegnati principalmente nella fornitura di assistenza residenziale a lungo termine che combina l'assistenza infermieristica, di vigilanza o di altro tipo a seconda delle necessità dei residenti. Una parte significativa del processo produttivo e dell'assistenza fornita è una combinazione di servizi sanitari e di servizi sociali e i servizi sanitari erogati consistono in larga misura di assistenza infermieristica combinata con servizi di assistenza alla persona.
<i>Erogatori di assistenza sanitaria ambulatoriale (HP.3)</i>	strutture impegnate principalmente nella fornitura diretta di servizi di assistenza sanitaria a pazienti non ricoverati che non necessitano di servizi ospedalieri, compresi gli studi dei medici di base e dei medici specialisti e gli istituti specializzati nei trattamenti in day hospital e nell'erogazione di servizi di assistenza domiciliare.
<i>Erogatori di servizi ausiliari (HP.4)</i>	strutture che forniscono servizi specifici di tipo ausiliario direttamente a pazienti non ricoverati, sotto la supervisione di professionisti della salute; tali servizi non sono inclusi nel trattamento fornito da ospedali, strutture di assistenza infermieristica, erogatori di servizi ambulatoriali o altri erogatori di servizi.
<i>Farmacie e altri fornitori di presidi medici (HP.5)</i>	stabilimenti la cui attività principale consiste nella vendita al dettaglio di presidi medici al grande pubblico per il consumo o l'uso individuale o familiare, compresi il montaggio e la riparazione effettuati in combinazione con la vendita.
<i>Erogatori di servizi sanitari per la prevenzione (HP.6)</i>	organizzazioni che elaborano principalmente programmi e campagne di prevenzione collettivi o programmi di salute pubblica destinati a gruppi specifici o alla popolazione in generale; includono, ad esempio, le agenzie di promozione e protezione della salute, gli istituti di sanità pubblica e le strutture specializzate che forniscono cure preventive primarie come attività principale.
<i>Erogatori di servizi di amministrazione e finanziamento del sistema di assistenza sanitaria (HP.7)</i>	enti impegnati principalmente nella regolamentazione delle attività delle agenzie che forniscono l'assistenza sanitaria e nell'amministrazione generale del settore dell'assistenza sanitaria, compresa l'amministrazione del finanziamento della sanità.
<i>Erogatori del resto dell'economia (HP.8)</i>	gli altri erogatori residenti di servizi sanitari non classificati altrove.
<i>Erogatori del resto del mondo (HP.9)</i>	tutte le unità non residenti che forniscono beni e servizi sanitari o sono coinvolte in attività dell'ambito sanitario.

Funzioni di assistenza sanitaria (ICHA-HC): si riferiscono al tipo di attività che la spesa corrente per l'assistenza sanitaria consente di svolgere oppure alla natura dell'obiettivo perseguito. Le modalità di classificazione delle funzioni di assistenza sanitaria sono di seguito descritte.

Funzione di assistenza sanitaria	Descrizione
<i>Cura (HC.1)</i>	servizi di assistenza sanitaria che hanno come principale intento ridurre la gravità di una malattia o di un infortunio, alleviarne i sintomi o proteggere da aggravamenti o complicazioni che possano minacciare la vita o le normali funzioni.
<i>Riabilitazione (HC.2)</i>	servizi necessari a stabilizzare, migliorare o ripristinare funzioni e strutture deteriorate dell'organismo, a compensare mancanza o perdita di funzioni dell'organismo, a migliorare l'attività e la partecipazione della persona e a prevenire disturbi, rischi e complicazioni mediche.
<i>Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (HC.1.1+HC.2.1)</i>	trattamenti e/o cure prestati in una struttura di assistenza sanitaria a pazienti formalmente ricoverati per i quali è necessario un pernottamento.
<i>Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione (HC.1.2+HC.2.2)</i>	cure mediche e paramediche programmate, erogate in una struttura sanitaria a pazienti formalmente ricoverati per la diagnosi, il trattamento o altri tipi di assistenza sanitaria e dimessi lo stesso giorno.
<i>Assistenza ambulatoriale (HC.1.3+HC.2.3)</i>	servizi medici e ausiliari prestati in una struttura di assistenza sanitaria a pazienti che non sono formalmente ricoverati e per i quali non è necessario un pernottamento.
<i>Assistenza domiciliare (HC.1.4+HC.2.4)</i>	servizi medici, infermieristici e ausiliari erogati ai pazienti presso il loro domicilio e che implicano la presenza fisica dell'erogatore del servizio.
<i>Assistenza (sanitaria) a lungo termine - LTC (HC.3)</i>	servizi di assistenza medica e personale prestati con l'obiettivo principale di alleviare il dolore e le sofferenze e di ridurre o gestire il deterioramento del quadro clinico nei pazienti con un grado di dipendenza a lungo termine.
<i>Servizi ausiliari - non specificati per funzione (HC.4)</i>	servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza, che il paziente consuma direttamente e che non fanno parte di un pacchetto di servizi di assistenza.
<i>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli - non specificati per funzione (HC.5.1)</i>	prodotti farmaceutici e presidi medici non durevoli destinati a essere utilizzati per la diagnosi, la cura, il trattamento o l'attenuazione della malattia, inclusi le ricette e i farmaci da banco, senza specificarne la funzione e la modalità di fornitura.
<i>Apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli - non specificati per funzione (HC.5.2)</i>	materiale sanitario durevole, compresi i dispositivi ortottici finalizzati a fornire sostegno al corpo umano o a correggerne le deformazioni e/o le alterazioni, gli apparecchi ortopedici, le protesi o le estensioni artificiali che sostituiscono parti del corpo mancanti e altri dispositivi protesici, compresi gli impianti che sostituiscono o integrano le funzionalità di una struttura biologica mancante e i dispositivi medicotecnici, senza specificarne la funzione e la modalità di fornitura.
<i>Servizi per la prevenzione delle malattie (HC.6)</i>	qualsiasi misura destinata a evitare o a ridurre il numero o la gravità degli infortuni o delle malattie e delle loro conseguenze o complicazioni.
<i>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7)</i>	servizi che si concentrano sul sistema sanitario in sé piuttosto che sull'assistenza sanitaria diretta, che dirigono e sostengono il funzionamento del sistema sanitario e sono considerati collettivi, in quanto non sono destinati a individui specifici ma vanno piuttosto a vantaggio di tutti gli utenti.

Regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF): i diversi tipi di meccanismo di finanziamento attraverso cui le persone fruiscono dei servizi sanitari, compresi i pagamenti diretti da parte delle famiglie per beni e servizi e gli accordi di finanziamento da parte di terzi. Le modalità di classificazione dei regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria sono descritte qui di seguito.

Regime di finanziamento di assistenza sanitaria	Descrizione
<i>Pubblica amministrazione (HF.1.1)</i>	regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria le cui caratteristiche sono determinate dalla legge o dallo Stato, per i quali è prevista una dotazione di bilancio specifica per il programma e la responsabilità generale dei quali è affidata a un'unità dell'amministrazione pubblica.
<i>Assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria /Conti di risparmio medico obbligatori (HF.1.2/1.3)</i>	comprende le Assicurazioni sociali obbligatorie, le Assicurazioni private obbligatorie e i Conti di risparmio medico obbligatori (CMSA).
<i>Assicurazione sanitaria volontaria (HF.2.1)</i>	regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico.
<i>Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2):</i>	accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese.
<i>Regimi di finanziamento da parte di imprese (HF2.3)</i>	si tratta principalmente di accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale.
<i>Spesa diretta delle famiglie (Spesa sanitaria Out of Pocket – OOP) (HF.3)</i>	pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o dai risparmi.
<i>Regimi di finanziamento da parte del resto del mondo (HF.4)</i>	meccanismi di finanziamento che coinvolgono, o sono gestiti da unità istituzionali che risiedono all'estero ma che incassano, cumulano risorse e acquistano beni e servizi sanitari per conto di residenti, senza che i loro fondi passino attraverso un regime per residenti.

Spesa corrente per l'assistenza sanitaria: la spesa per consumi finali delle unità residenti in beni e servizi sanitari, compresi i beni e i servizi sanitari forniti direttamente alle singole persone come pure i servizi di assistenza sanitaria collettiva.

Nota metodologica

Il sistema dei conti della sanità è costruito in conformità alle regole fissate dal regolamento Ue 359/2015 che attua il regolamento (Ce) 1338/2008, relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro. Inoltre tale sistema è coerente con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti - Sec 2010 (regolamento Ue 549/2013). Il regolamento Ue 359/2015 prevede la produzione di dati di spesa sanitaria armonizzata a livello europeo secondo la metodologia del System of Health Accounts (Manuale SHA 2011 e altre linee guida), con l'obiettivo di fornire un quadro informativo, comparabile tra paesi, del funzionamento dei diversi sistemi sanitari nazionali attraverso una sistematica rappresentazione dei flussi finanziari legati al consumo dei beni e servizi sanitari.

Il regolamento è entrato in vigore nell'anno 2016 (con il 2014 come primo anno di riferimento per le stime), e prevede la compilazione e l'invio a Eurostat, di un set di tabelle a doppia entrata in cui si evidenziano i flussi finanziari nel settore dell'assistenza sanitaria: per funzione di assistenza sanitaria e regime di finanziamento (HCxHF), per funzione di assistenza sanitaria ed erogatore di servizi sanitari (HCxHP), per erogatore di assistenza sanitaria e regime di finanziamento (HPxHF). La trasmissione dei dati e dei relativi metadati per l'anno T-2 è prevista entro il 30 aprile dell'anno T. L'invio dei dati relativi all'anno T-1 è invece, su base volontaria.

Per garantire la pertinenza e la comparabilità delle statistiche, i dati sono trasmessi annualmente a Eurostat mediante il questionario denominato *Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ)*, elaborato congiuntamente da Eurostat, OCSE e OMS, che cooperano dal 2005 allo scopo di creare un sistema comune di informazioni sulla spesa sanitaria secondo la metodologia prevista dal Manuale System of Health Accounts.

Al fine di rispondere agli obblighi comunitari, nel 2013 è stato istituito un gruppo di lavoro inter-istituzionale coordinato dall'Istat e dal Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Generale dello Stato – IGESPES, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Il gruppo di lavoro ha avuto il compito di individuare le fonti e di approfondire le questioni metodologiche sottostanti la produzione delle statistiche italiane di spesa sanitaria in base alla metodologia SHA.

Fonti

La compilazione del sistema dei conti della sanità si basa sull'integrazione di dati amministrativi e campionari, muovendosi in un ambito contiguo a quello dei conti nazionali. Le fonti statistiche utilizzate sono numerose e diverse a seconda della classificazione da rappresentare (ICHA-HF; ICHA-HC; ICHA-HP). Di seguito se ne fornisce un elenco corredato da informazioni molto sintetiche

Fonti Istat:

- Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG (Classification of the Functions of Government) - divisione 7 "Sanità": stime tratte dai conti nazionali;
- Consumi delle famiglie in sanità secondo la classificazione COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose): stime tratte dai conti nazionali;
- Consumi finali delle Istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie (ISP) in sanità: stime tratte dai conti nazionali;
- Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari;
- Indagine sulle spese delle famiglie.

Fonti Ministero della Salute:

- Modello di rilevazione economica (CE) delle aziende del Servizio sanitario nazionale;
- Modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (LA) delle aziende del Servizio sanitario nazionale;
- Sistema informativo dipendenze (SIND);

- Sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM);
- Modello STS.11 "Dati anagrafici delle strutture sanitarie";
- Modello STS.21 "Assistenza specialistica territoriale";
- Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR);
- Modello HSP.24 "Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi";
- Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto;
- Schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Altre fonti:

Banca d'Italia: Indagine sul turismo internazionale;

Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS): bilancio delle imprese assicuratrici;

Agenzia delle Entrate: Studi di Settore (SDS);

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): spesa privata per vaccini.

Metodi

Il sistema dei conti della sanità, costruito secondo la metodologia SHA 2011, considera la spesa per il consumo di beni e servizi sanitari sostenuta esclusivamente da parte della popolazione residente del paese. Tale spesa è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari (International Classification for Health Accounts–ICHA), secondo le seguenti dimensioni:

- spesa sanitaria per regime di finanziamento (ICHA-HF), che classifica il tipo di finanziamento attraverso cui la popolazione usufruisce di servizi sanitari;
- spesa sanitaria per funzione (ICHA-HC), che dettaglia la tipologia e lo scopo dei servizi offerti;
- spesa sanitaria per erogatore (ICHA-HP), che classifica i fornitori di beni e servizi sanitari, quali ospedali, ambulatori, fornitori di servizi ancillari, farmacie.

La stima della spesa sanitaria "*pubblica*" (HF.1 - Pubblica amministrazione e regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria) è ottenuta per la parte relativa agli enti sanitari locali⁴ (ESL) utilizzando i dati sul costo dei livelli di assistenza (LA). Per la quota di spesa sanitaria sostenuta dagli enti della pubblica amministrazione diversi dagli enti sanitari locali (Ministeri, Università, INAIL, Croce Rossa Italiana e altri enti) è utilizzata la spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche (divisione "Sanità" della classificazione COFOG) prodotta nell'ambito dei conti nazionali. Nel prospetto che segue sono specificate le fonti utilizzate per ripartire la spesa sanitaria in regime di finanziamento pubblico, secondo le funzioni di assistenza sanitaria e l'erogatore di assistenza sanitaria.

Per gli enti sanitari locali i dati di costo dei livelli di assistenza sono riconciliati con la spesa per consumi finali nella funzione "Sanità" degli stessi enti, in coerenza con i principi del SEC 2010, e riclassificati poi per funzione di assistenza (ICHA-HC). È stata stabilita una corrispondenza tra tipo di servizio/funzione e produttore tipico dell'organizzazione del sistema sanitario nazionale, che permette di classificare la spesa pubblica per erogatore di servizio sanitario (ICHA-HP). Per i casi in cui la corrispondenza non sia univoca, le voci di costo dei livelli di assistenza imputabili a più funzioni di assistenza o a più erogatori sono ripartite in modo più dettagliato facendo ricorso all'incrocio con dati non monetari, di quantità e/o prevalenza, derivanti da indagini amministrative e campionarie, tenendo conto, ove possibile, della struttura dei costi e del differente assorbimento di risorse finanziarie in relazione alle tipologie di prestazioni e/o pazienti.

In particolare, nell'ambito dei costi per LA relativi all'attività di pronto soccorso sono utilizzati i dati del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) e il modello HSP.24, che permettono di stimare la quota di spesa relativa agli accessi al pronto

⁴ Nei conti nazionali, le aziende del Servizio sanitario nazionale sono classificate tra le Amministrazioni pubbliche come enti sanitari locali (ESL).

soccorso non seguiti da ricovero; tale quota è quindi riclassificata come assistenza ambulatoriale (HC.1.3+HC.2.3) erogata dall'ospedale (HP.1).

Per quanto riguarda la spesa per LA relativa all'assistenza ospedaliera per riabilitazione, la distinzione tra regime ordinario e day hospital, necessaria per la compilazione delle tavole e non desumibile dai dati di base, è operata ricorrendo alle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che forniscono il numero di ricoveri per riabilitazione e per regime di ricovero (ordinario/day hospital), con le relative remunerazioni teoriche di riferimento.

FONTI UTILIZZATE PER LA STIMA DELLA SPESA SANITARIA SECONDO LE FUNZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA E L'EROGATORE DI ASSISTENZA SANITARIA IN REGIME DI FINANZIAMENTO PUBBLICO (PUBBLICA AMMINISTRAZIONE – HF.1.1 E ASSICURAZIONI SANITARIE A CONTRIBUZIONE OBBLIGATORIA /CONTI DI RISPARMIO MEDICO OBBLIGATORI – HF.1.2)

Pubblica amministrazione – HF.1.1	
Funzione di assistenza sanitaria per erogatore di assistenza da HC.1-7xHP.1-6	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> Modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (LA) <u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni Pubbliche (AP) secondo la classificazione COFOG - divisione 7 "Sanità"
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione erogata dagli ospedali (HC.1.1+HC.2.1)xHP.1	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Attività di pronto soccorso</i> - <i>Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria</i> - <i>Ass. ospedaliera per riabilitazione</i> - <i>Emocomponenti e servizi trasfusionali</i> - <i>Trapianto organi e tessuti</i> b) Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) c) Modello HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi. d) Schede di dimissione ospedaliera (SDO) <u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG – gruppo 7 .3 "Servizi ospedalieri"
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione erogata dalle strutture di assistenza residenziale a lungo termine (HC.1.1+HC.2.1)xHP.2	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui la voce: - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili</i> b) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione erogata dagli ospedali (HC.1.2+HC.2.2)xHP.1	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Ass. ospedaliera per acuti in day hospital e day surgery</i> - <i>Ass. ospedaliera per riabilitazione</i> b) Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale (HC.1.2+HC.2.2)xHP.3	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui la voce: - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili</i> b) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione erogata dagli ospedali (HC.1.3+HC.2.3)xHP.1	<u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Assistenza specialistica - Attività clinica</i> - <i>Attività di pronto soccorso</i> b) Modello ST.11 "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" c) Modello STS.21 "Assistenza specialistica territoriale" d) Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) e) Modello HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi.

<p>Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale (HC.1.3+HC.2.3)xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Guardia medica</i> - <i>Medicina generale - Medicina generica</i> - <i>Medicina generale - Pediatria di libera scelta</i> - <i>Assistenza specialistica - Attività clinica</i> - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica</i> - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili</i> - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti</i> - <i>Assistenza idrotermale</i> b) Modello ST.11 "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" c) Modello STS.21 "Assistenza specialistica territoriale" d) Sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM) e) Sistema informativo dipendenze (SIND) f) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative</p> <p><u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG– gruppo 7 .2 "Servizi non ospedalieri", ad esclusione della classe 7.2.4 "Servizi paramedici".</p>
<p>Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale (HC.1.4+HC.2.4)xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)</i> - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica</i> - <i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani</i> b) Sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM)</p>
<p>Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine erogata dagli ospedali HC.3.1xHP.1</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui la voce: - <i>Ass. ospedaliera per lungodegenti</i></p>
<p>Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine erogata da strutture di assistenza residenziale a lungo termine HC.3.1xHP.2</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV</i> - <i>Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali</i> b) Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto c) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative</p>
<p>Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale HC.3.2xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza (LA), di cui le voci: - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica</i> - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili</i> - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti</i> - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani</i> - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV</i> - <i>Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali</i> b) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative</p>

<p>Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale HC.3.3xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza (LA), di cui le voci: - Assistenza <i>integrativa</i> - Assistenza <i>protesica</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>psichiatrica</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>riabilitativa ai disabili</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>ai tossicodipendenti</i> b) Indagine Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari c) Sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM) d) Sistema informativo dipendenze (SIND) e) Informazioni disponibili per alcune regioni sulle attività svolte dalle strutture residenziali riabilitative</p>
<p>Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine fornita da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale HC.3.4xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - Ass. <i>farmaceutica</i> - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>programmata a domicilio (ADI)</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>psichiatrica</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>agli anziani</i> - Ass. <i>territoriale ambulatoriale e domiciliare</i> - Assistenza <i>ai malati terminali</i> b) Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto c) Sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM)</p>
<p>Servizi ausiliari (non specificati per funzione) forniti da erogatori di servizi sanitari ausiliari HC.4 x HP.4</p> <p>Servizi ausiliari (non specificati per funzione) erogati dagli ospedali HC.4xHP.1</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - <i>Emergenza sanitaria territoriale</i> - Assistenza <i>specialistica</i> - <i>Attività` di laboratorio</i> - Assistenza <i>specialistica</i> - <i>Attività` di diagnostica strumentale e per immagini</i> Modello ST.11 "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" Modello STS.21 "Assistenza specialistica territoriale"</p> <p><u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG– classe 7 .2.4 "Servizi paramedici"</p>
<p>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione) erogati da farmacie e altri fornitori di presidi medici HC.5.1xHP.5</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - Ass. <i>farmaceutica</i> - Assistenza <i>farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate</i> - Ass. <i>farmaceutica</i> - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica - Assistenza <i>integrativa</i> b) Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto c) Indagine Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari</p> <p><u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG– gruppo 7 .1 "Prodotti, attrezzature e apparecchi sanitari"</p>
<p>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione) erogati dagli ospedali HC.5.1.xHP.1</p> <p>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione) forniti da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale HC.5.1xHP.3</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui la voce: - Ass. <i>farmaceutica</i> - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica b) Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto</p>

<p>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione) erogati da farmacie e altri fornitori di presidi medici HC.5.2xHP.5</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui la voce: - Assistenza protesica b) Indagine Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari</p>
<p>Servizi per la prevenzione delle malattie forniti da erogatori di servizi sanitari per la prevenzione HC.6 xHP.6</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL):</u> a) Modello di rilevazione dei costi di livelli di assistenza, di cui le voci: - Igiene e sanità pubblica - Igiene degli alimenti e della nutrizione - Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro - Sanità pubblica veterinaria - Attività di prevenzione rivolte alle persone - Servizio medico legale</p> <p><u>Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG – gruppi 7.4 “Servizi di sanità pubblica” e 7.5 “R&S in materia di sanità” (COFOG - gruppo 7.5 si considera la parte di spesa non capitalizzata, per attività di supporto alla ricerca e sviluppo nel campo della sorveglianza epidemiologica)</p>
<p>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento forniti da erogatori di servizi di amministrazione e finanziamento del sistema sanitario HC.7xHP.7</p>	<p><u>Enti sanitari locali (ESL) e Enti delle AP diversi dagli ESL e da Enti di Previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG – gruppo 7.6 “Sanità n.c.a.”</p>
<p>Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria /Conti di risparmio medico obbligatori – HF.1.2</p>	
<p>Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione forniti da erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale HC.1.3+HC.2.3xHP.3</p>	<p><u>Enti delle AP diversi dagli ESL classificati negli Enti di previdenza:</u> Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche secondo la classificazione COFOG – gruppo 7.2 “Servizi non ospedalieri”</p>

La stima della spesa sanitaria pubblica riconducibile alla funzione di assistenza sanitaria a lungo termine – LTC (HC.3) deriva dall'utilizzo di diverse fonti. Il punto di partenza sono i dati di costo dei livelli di assistenza relativi a prestazioni sanitarie tipicamente associate alla funzione di assistenza sanitaria a lungo termine (assistenza a malati psichiatrici, disabili, anziani, malati terminali, persone affette da HIV, tossicodipendenti) nei diversi “ambiti” assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale). Tale spesa va però depurata della parte, minoritaria, attribuibile a funzioni di cura e riabilitazione e non alla funzione di assistenza sanitaria a lungo termine; a tale fine, si ricorre sia a informazioni sulle caratteristiche dell'assistenza (usando indicatori d'intensità come misura indiretta della presenza di soggetti con maggiori problematiche e minore autonomia), sia a indagini di tipo individuale (sistemi informativi SISM e SIND), che forniscono informazioni dettagliate sulle caratteristiche degli utenti dei servizi, rispettivamente, per la salute mentale e la tossicodipendenza. Inoltre, bisogna attribuire alla funzione di assistenza sanitaria a lungo termine anche una parte delle spese per medicinali, ausili e altri presidi medici, quando siano forniti a domicilio o in residenze sanitarie a categorie di pazienti con elevate limitazioni funzionali. In questi casi si fa riferimento alle voci di spesa relative all'assistenza integrativa e protesica e la quota da attribuire a LTC è stimata facendo ricorso all'indagine sulle “Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2012-2013”, che permette di calcolare la proporzione di persone con ridotta autonomia funzionale che fanno ricorso a questo tipo di servizi. Da ultimo, una quota di costi dei livelli di assistenza relativa alla funzione “Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica” è attribuita alla funzione Assistenza (sanitaria) a lungo termine utilizzando le informazioni sui costi di acquisto dei medicinali dispensati per tipo di

erogatore e tipo di erogazione, elaborate a partire dal flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto.

Per classificare la spesa pubblica secondo gli erogatori di servizi sanitari (ICHA-HP) si rende necessario l'utilizzo di ulteriori informazioni. In particolare, si ricorre alle fonti "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" e "Assistenza specialistica territoriale", da cui è possibile desumere il numero di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate per tipologia di attività (clinica, diagnostica per immagini, laboratorio) e ambito di erogazione (ospedaliero/territoriale). A tale ammontare viene poi applicata una scala di equivalenza, per tenere conto della diversa struttura dei costi. In questo modo è possibile attribuire a ospedali (HP.1), ambulatori (HP.3) ed erogatori di servizi ausiliari (HP.4) la spesa relativa all'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (HC.1.3+HC.2.3) e quella per servizi ausiliari (HC.4).

Sempre con l'obiettivo di disaggregare la spesa per erogatore del servizio, l'informazione sui costi di medicinali dispensati attraverso la distribuzione diretta o per conto, dettagliati per tipo di erogatore e tipo di erogazione è utilizzata anche per disaggregare la funzione relativa ai prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (HC.5.1) per tipologia di erogatore: ospedali (HP.1), farmacie (HP.5) e ambulatori (HP.3).

La componente di spesa "*privata*" comprende la spesa sanitaria sostenuta, da una parte, dalla spesa diretta delle famiglie - OOP (HF.3) e, dall'altra, dai regimi di finanziamento volontari (HF.2), costituiti dalle assicurazioni sanitarie volontarie, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese.

Per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), la stima è basata principalmente sui dati di bilancio delle imprese assicuratrici; in particolare, vengono utilizzati gli indennizzi pagati dalle assicurazioni nel ramo malattia. L'attribuzione del totale di spesa alle singole funzioni HC.1-6, non desumibile dai bilanci, è ottenuta utilizzando la distribuzione della spesa diretta delle famiglie nelle principali voci di costo. La componente di spesa per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7), riguardante le spese amministrative sostenute dalle assicurazioni per la gestione dell'assicurazione stessa, sono approssimate dalla produzione (output) delle imprese di assicurazione nel ramo malattia. Il valore della produzione nel ramo malattia, essendo noto solo ad un livello più aggregato, viene stimato applicando alla produzione complessiva del ramo danni l'incidenza del saldo (premi al netto degli indennizzi) del ramo malattia sul totale del ramo danni.

La quota di spesa sostenuta dalle istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2) è ottenuta dalla spesa per consumi finali di tali unità, stimata nell'ambito dei conti nazionali, disponibile per branca di attività economica (classificazione a due cifre dell'Ateco 2007). In particolare, è considerata tutta la branca 86 "Assistenza sanitaria" e parte della branca 87 "Servizi di assistenza sociale residenziale". Al fine di ottenere una stima più dettagliata della spesa e procedere nell'attribuzione alle funzioni HC, si utilizzano dati sulla distribuzione settoriale dell'occupazione (posizioni lavorative), la cui informazione è disponibile al livello necessario (quarta cifra della classificazione Ateco). Per la branca 87 sono considerate le unità appartenenti alle branche 87.10 "Strutture di assistenza infermieristica residenziale" e 87.20 "Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti", le cui attività sono assegnate a funzioni di assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3).

La spesa sanitaria finanziata dalle imprese (HF.2.3) si riferisce, in particolare, alle spese che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (medicina del lavoro). Essa è una componente dei costi intermedi di tali unità istituzionali ed è valutata ricorrendo ai dati contabili delle imprese che offrono questo tipo di servizio, stimati nell'ambito dei conti nazionali. Nel quadro D degli Studi di Settore le imprese classificate nelle attività dei "Servizi degli studi medici e odontoiatrici" e in "Altri servizi di assistenza sanitaria" (rispettivamente Ateco 2007 86.2 e 86.9) dichiarano i ricavi per prestazioni di servizi di medicina del lavoro. Poiché gli Studi di Settore non coprono l'intero universo delle imprese interessate a questa attività, è calcolata la quota media dei ricavi dei servizi di medicina del lavoro sui ricavi totali dichiarati e tale incidenza è utilizzata per stimare i servizi offerti dalle imprese non coperte dagli Studi di Settore. Per la stima relativa agli anni più recenti, per i quali la fonte degli Studi di settore non è ancora disponibile, la stima dell'offerta dei servizi di medicina del lavoro è effettuata utilizzando l'approccio prezzo per quantità, dove la variazione dell'indice di prezzo dei servizi di medicina del lavoro (ECOICOP 062) è moltiplicata per la variazione dell'occupazione, utilizzata come proxy dell'indice di quantità.

Il perimetro di riferimento della spesa diretta delle famiglie - OOP (HF.3) è rappresentato dalla stima della spesa per consumi finali in sanità prodotta dalla Contabilità Nazionale che segue la

classificazione COICOP (Classification of individual consumption by purpose) all'interno della quale sono individuate le seguenti voci: prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico, servizi ambulatoriali e servizi ospedalieri. L'integrazione di fonti informative di diversa natura consente il passaggio concettuale dalle definizioni usate all'interno della COICOP a quelle delle classificazioni SHA, permettendo l'attribuzione della spesa ai diversi erogatori di servizi e alle diverse funzioni di assistenza sanitaria. Ogni fonte può intervenire nella definizione di uno o più incroci tra le diverse modalità di funzioni di assistenza ed erogatori del servizio, che rappresentano il punto di partenza per l'attribuzione della spesa alle varie funzioni di assistenza.

Le spese relative ai servizi ambulatoriali, così come definite per la Contabilità Nazionale, nella logica definitoria di SHA comprendono sia i servizi ambulatoriali sia quelli ausiliari, a loro volta erogabili da diversi fornitori di assistenza (HP). Le diverse quote attribuibili ai servizi di assistenza ambulatoriale prestata dagli ospedali (HP.1), dai fornitori di assistenza sanitaria ambulatoriale (HP.3) e dai fornitori di servizi ausiliari (HP.4) sono stimate attraverso l'uso delle informazioni derivanti dall'indagine sulle spese delle famiglie e delle fonti "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" e "Assistenza specialistica territoriale".

In termini di funzioni, gli ospedali (HP.1) possono fornire diverse tipologie di assistenza sanitaria. L'assistenza per cura e riabilitazione, in ricovero ordinario e day hospital (HC.1.1+HC.2.1 e HC.1.2+HC.2.2), è stimata a partire dalla spesa per servizi ospedalieri cui vengono applicate quote derivanti dalle informazioni relative alle schede di dimissioni ospedaliere delle cliniche private e accreditate. Sempre nell'ambito dell'assistenza fornita dagli ospedali, le quote di spesa riconducibili all'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (HC.1.3+HC.2.3) e ai servizi ausiliari (HC.4) sono definite attraverso le informazioni sulle prestazioni erogate in regime intra-moenia e sulla compartecipazione del cittadino (ticket), ricavate dai modelli CE.

La spesa per i servizi forniti dalle strutture di assistenza residenziale a lungo termine (HP.2) per la funzione di assistenza ospedaliera a lungo termine (HC.3.1) è costruita come residuo tra il valore relativo alla spesa ospedaliera della Contabilità Nazionale e quella stimata dei servizi resi dagli ospedali per l'assistenza per cura e riabilitazione in ricovero e day hospital (HC.1.1-HC.2.1 e HC.1.2-HC.2.2).

L'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione e quella a lungo termine, tanto ambulatoriale che domiciliare (HC.1.3+HC.2.3, HC.1.4+HC.2.4, HC.3.3, HC.3.4), possono essere fornite anche dagli erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale (HP.3): le quote di spesa destinate a comporre queste funzioni di assistenza sono definite utilizzando l'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013".

Dal punto di vista della spesa diretta delle famiglie, le farmacie e altri fornitori di presidi medici (HP.5), sono gli unici erogatori di prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (HC.5.1) e di apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (HC.5.2): le quote di spesa destinate a queste due funzioni da applicare alla spesa relativa ai prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico sono definite attraverso dati provenienti dall'indagine sulle spese delle famiglie (HBS); separatamente viene operata la stima del valore relativo alla spesa dei vaccini (su dati forniti da AIFA) che afferisce all'incrocio tra gli erogatori di servizi sanitari per la prevenzione, HP.6, e i servizi per la prevenzione delle malattie, HC.6.

La componente di spesa degli italiani all'estero, sostenuta direttamente dalle famiglie ed erogata dal Resto del mondo (HP.9) per l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (HC.1.3+HC.2.3), è stimata utilizzando i dati dell'indagine sul turismo internazionale.

In generale, per la stima dei dati dell'anno T-1, a causa della disponibilità parziale delle informazioni necessarie, non è possibile replicare integralmente gli schemi di elaborazione adottati per l'anno T-2. Pertanto, la stima per funzione HC e per erogatori HP è ottenuta applicando ai dati di spesa sanitaria per finanziatore HF, stimata nell'ambito dei conti nazionali, le strutture dei pesi dell'anno precedente.

Revisioni

Le stime del sistema dei conti della sanità sono riviste, in seguito al normale processo di consolidamento delle informazioni di base, in accordo con le politiche di revisione dei conti nazionali. In particolare, ad aprile dell'anno T sono rivisti i dati per l'anno T-2, T-3 e T-4.

Link utili:

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Riferimenti

OECD, Eurostat, WHO (2017). Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.

OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.

OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.

OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.

OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.