

6 I consumi privati in sanità

di Marianna Cavazza, Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi Preti, Valeria Rappini¹

6.1 Premessa

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CER GAS-SDA Bocconi offre, come di consueto, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti fino al 2024.

Dopo un breve richiamo all'approccio (§ 6.2) e ad alcuni aspetti metodologici (§ 6.3), il capitolo propone una serie di dati e riflessioni che partono dalle dinamiche internazionali (§ 6.4) e si soffermano sul contesto italiano (§ 6.5), indagando la composizione della spesa per funzioni, per fonti di finanziamento e per destinazione. Il contributo di quest'anno propone un approfondimento tematico relativo ai cambiamenti nelle dinamiche di consumo di servizi sanitari della popolazione italiana nell'ultimo decennio (§ 6.6). Come per i precedenti Rapporti, l'ultimo paragrafo (§ 6.7) è dedicato ad alcune riflessioni conclusive e di sintesi sulle principali evidenze emerse.

6.2 I consumi privati in sanità nei sistemi che si «ibridizzano»

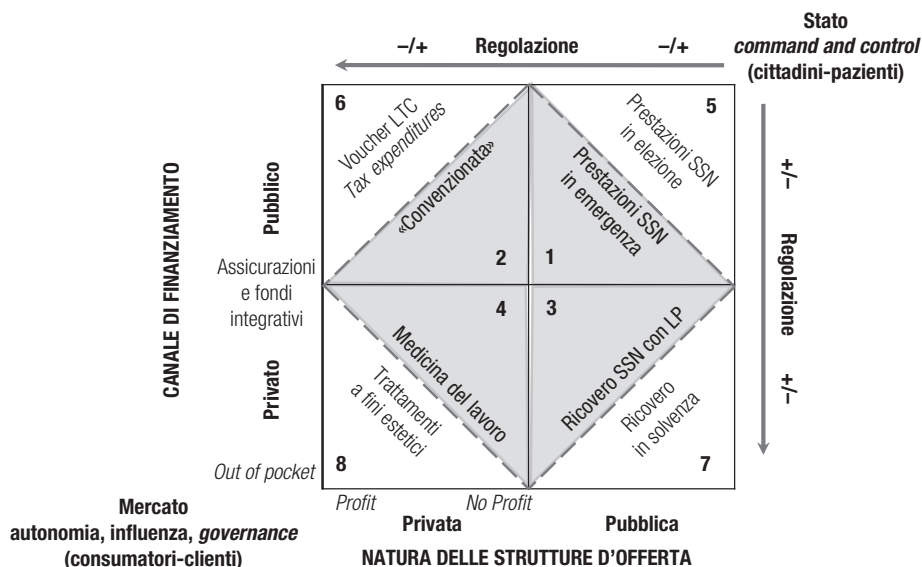
I consumi privati hanno assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte, sia per quello che essi rappresentano

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura i §§ 6.2 e 6.3 possono essere attribuiti a Valeria Rappini, il § 6.4 a Lorenzo Fenech, il § 6.5 a Marianna Cavazza, il § 6.6, Luigi Preti e il § 6.7 a Mario Del Vecchio.

nei complessi processi di consumo di cittadini-utenti alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute. I tradizionali rapporti tra pubblico e privato nei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno subito cambiamenti strutturali in tutte le dimensioni di funzionamento a causa di un insieme variegato di fattori. Tra le possibili cause, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende, da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltosa la costruzione di gerarchie condivise rispetto alla «meritorietà» dei diversi consumi (ciò che deve rientrare nel perimetro pubblico e ciò che ne può rimanere fuori). La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti, un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2009). L'esito complessivo è l'emergere di sistemi sanitari in cui il complesso intreccio tra pubblico e privato indebolisce la forza interpretativa dei consueti modelli di rappresentazione (mutualistici, a servizio sanitario nazionale, ecc.), costringendo gli studiosi a moltiplicare modelli e varianti per poter garantire un minimo di generalizzabilità (Toth, 2016). Si tratta, sempre più, di sistemi «ibridi» nei quali un intenso combinarsi delle dimensioni pubblico e privato si accompagna a una progressiva contaminazione tra sistemi diversi.

Alla luce di quanto appena esposto, la Figura 6.1 rappresenta il *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019).

Figura 6.1 **Gli otto circuiti del settore sanitario: pubblico e privato tra finanziamento, produzione ed equilibri di influenza**



Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e di «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all'effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato». Infatti, nel medesimo tradizionale quadrante privato-privato, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrittività» (Figura 6.1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di mercato (Figura 6.1, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

A una rappresentazione che aggiunge una ulteriore dimensione rispetto a quelle tradizionalmente considerate (finanziamento e produzione), corrisponde, inoltre, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti, attori e meccanismi di produzione: da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari delle risorse possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti (Del Vecchio, 2012).

Le riflessioni fin qui svolte sorreggono e rafforzano le idee di fondo che sono alla base del lavoro dell'OCPS. I consumi privati non possono essere considerati come un insieme indistinto e non è sufficiente prendere semplicemente atto che essi pesano per circa un quarto sulla spesa totale e rappresentano una componente strutturale e fisiologica del sistema sanitario. Bisogna conoscerli e analizzarli nelle singole componenti, evidenziando, anche attraverso quadri concettuali diversi da quelli del passato, i non banali intrecci che li legano ai consumi pubblici. In questa prospettiva, il capitolo presenta dati ed evidenze di un fenomeno che è sempre più spesso oggetto di un dibattito che, purtroppo, rimane ancora non sempre sufficientemente informato.

6.3 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

La quantificazione della spesa sanitaria privata, sia in termini aggregati che in termini disaggregati, pone preliminarmente il tema della definizione dei perimetri dell'oggetto di studio, delle fonti utilizzabili e dei correlati metodi di stima. A differenza della spesa pubblica, il cui perimetro non può essere oggetto di

fraintendimenti, in quanto definito da norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche e in cui è chiaro il soggetto che si fa carico dell'onere (i cittadini attraverso il sistema della tassazione), per la spesa privata oggetti e metodi possono differire a seconda della fonte e degli obiettivi di stima.

Per quanto concerne i perimetri, la questione di come discriminare e rappresentare la parte idealmente ricompresa nella locuzione «spesa sanitaria privata» presenta almeno due elementi di difficoltà, in parte collegati.

Il primo riguarda il dibattito relativo a una definizione che guardi non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse (pubblici o privati), quanto ai meccanismi impiegati e alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson *et al.*, 2009). Il fenomeno della spesa privata obbligatoria – che, sotto certe circostanze, può essere assimilata a quella pubblica – è riscontrabile in alcuni Paesi (sistemi assicurativi misti come USA e Svizzera, sistemi ad assicurazione integrativa obbligatoria come la *complémentaire santé* in Francia). Se guardiamo al caso italiano e concentriamo l'attenzione a livello dei consumi, possiamo osservare fenomeni di ibridazione analoghi a quelli che investono i sistemi nel loro insieme. Il riferimento non è tanto alle situazioni di acquisto volontario delle cosiddette *amenities*, nelle quali al consumatore viene offerta la possibilità di fruire di un bene o servizio con una qualche caratteristica «aumentata» pagando un prezzo definito (ad esempio, il consumo di un farmaco *branded* per il quale il SSN si è fatto carico del costo del generico). Si tratta, invece, di consumi finanziati in parte da risorse private, ma le cui caratteristiche qualificanti rimangono quelle dei consumi pubblici come nel caso delle compartecipazioni alla spesa per beni e servizi coperti dal SSN. La stessa logica può essere estesa anche al vantaggio che la normativa fiscale assicura – in termini di detrazioni e deduzioni – ad alcuni beni e servizi sanitari e nega, invece, ad altri. L'area della spesa sanitaria privata potrebbe quindi essere ridotta sia escludendo la spesa per compartecipazione, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più simile a una forma di tassazione, sia eliminando dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata volontaria, in quanto risorse che rientrano nella disponibilità del contribuente.

Il secondo elemento è l'oggetto preso a riferimento e di cui si voglia giudicare l'inclusione o meno nel perimetro. Non è questa la sede per approfondire cosa rientri o meno nell'ambito sanitario, ma va sottolineato che la possibilità di tracciare confini significativi è influenzata dai mutamenti in atto nei bisogni prevalenti della popolazione e dalle dinamiche demografiche, che spostano l'attenzione dall'acuzie alla cronicità e ampliano le aree di intervento verso zone sempre più sfumate, dove il sanitario tende a fondersi con il socio-assistenziale. Un'altra variabile è il passaggio dal concetto di *healthcare* a quello di *wellbeing*, per cui l'individuo viene considerato nella sua totalità con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e renderli sempre più mobili e sfumati. Anche assumendo di poter definire con sufficien-

te precisione un'area di consumi qualificabili come sanitari e, quindi, un ampio insieme di beni e servizi in qualche misura utili alla salute, rimane aperta la questione di come considerare alcune categorie che ampliano e completano la tutela pubblica quali, per esempio, gli integratori alimentari (spesso oggetto di prescrizione medica), le prestazioni sanitarie a fini esclusivamente estetici, la spesa sociale per assistenza ad anziani e disabili (caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente) oppure la quota che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA (e relativa soprattutto alla componente alberghiera). Il perimetro della spesa sanitaria privata può quindi coincidere con l'insieme dei consumi così come li percepisce e conosce l'utente – è, in particolare, il caso della classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) utilizzata da ISTAT che include gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici nella spesa per medicinali – oppure essere ricondotto alle sole componenti strettamente sanitarie dell'assistenza come avviene nel sistema SHA (*System of Health Accounts*) che utilizza la classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) per i confronti internazionali.

È opportuno infine sottolineare che le principali fonti e istituzioni nazionali e internazionali possono utilizzare perimetri di riferimento diversi in funzione della popolazione considerata (residenti e/o non residenti) e delle categorie di soggetti che si fanno carico della spesa. I Conti Nazionali considerano solo i consumi finali delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico secondo la classificazione COICOP. Le stime SHA fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA che riguarda le famiglie residenti e prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: 1) le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi; 2) le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese); 3) le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato). L'OCSE utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA.

Rispetto ai metodi, le stime possono basarsi su indagini quantitative (es: Indagine sulla Spesa delle Famiglie, ISTAT), su dati amministrativi (es: dati MEF sulla spesa rilevata attraverso la tessera sanitaria) o, in caso di fonti secondarie, sull'integrazione di più fonti primarie (es: Contabilità Nazionale o Sistema dei Conti per la Sanità, ISTAT). Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1.

La base di partenza per il calcolo delle stime ufficiali è tipicamente l'Indagine sulla Spesa delle Famiglie che viene condotta annualmente da ISTAT per

Tabella 6.1 **Stime aggregate delle principali fonti istituzionali sulla componente privata della spesa sanitaria italiana**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Stima nazionale in miliardi di euro (ultimo anno disponibile)	Anni disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Aggregazione disponibile
ISTAT	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 2018)	36,9	1997-2023	No	Nazionale e regionale
	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 1999)	43,7	1995-2024	Sì	Nazionale
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)	International	47,7	2012-2024	Sì	Nazionale
O E C D , Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	Classification for Health Accounts (ICHA)	47,7	1970-2024	Sì	Internazionale e nazionale
MEF	Spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini e trasmessa al sistema Tessera Sanitaria (TS)	Spesa per regione, soggetto in viante e tipologia.	43,1	2016-2023	No	Nazionale e regionale

stimare il paniere di consumo complessivo delle famiglie residenti in Italia e analizzare le determinanti socio-economiche della spesa familiare. L'ultimo dato disponibile è relativo al 2023: la spesa sanitaria come aggregato risulterebbe pari a 36,9 miliardi di euro. Il dato viene ogni tanto ancora impropriamente ripreso nel dibattito pubblico, ma essendo frutto di un'indagine campionaria è soggetto ad errori statistici che sono tanto più elevati quanto meno frequenti sono i fenomeni rilevati come, ad esempio, la spesa per ricoveri o altre spese di carattere occasionale. La stima aggregata rischia così di essere sottostimata co-

me conferma il dato ottenuto da fonti amministrative sulla spesa sostenuta dai cittadini e trasmessa al sistema Tessera Sanitaria (TS), che per il 2023 (ultimo anno disponibile) si attesta sui 43,1 miliardi (MEF).

Lo stesso ISTAT, nel rilasciare i dati ufficiali sulla spesa sanitaria, rivede e armonizza le stime dell'Indagine tenendo conto di dati dell'offerta (es: fatturati, spesa farmaceutica, ecc.), dell'andamento dei prezzi, di altre componenti che non sono oggetto dell'indagine sulle famiglie, nonché della spesa effettuata da altri soggetti diversi dalle famiglie (es: imprese, assicurazioni, ecc.). Le stime sulla spesa sanitaria diffuse da ISTAT afferiscono principalmente a due sistemi di contabilità: i Conti Nazionali e il Sistema Internazionale ICHA-SHA. Come già precisato, residenza e tipologia dei soggetti presi in considerazione spiegano una buona parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria ufficiali (Del Vecchio *et al.*, 2017): la stima per il 2024 fornita dai Conti Nazionali è pari a 43,7 miliardi di euro e quella fornita attraverso ICHA-SHA risulta pari a 47,7 miliardi (Tabella 6.1).

I lettori che leggono sistematicamente il rapporto continueranno a notare le revisioni complessive al rialzo delle serie storiche da parte di ISTAT che ormai da diversi anni caratterizzano varie grandezze macroeconomiche, incluse quelle relative alla spesa sanitaria, e che incidono sulle considerazioni che possono essere fatte guardando all'ultimo anno come unico punto di osservazione.

6.4 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

Nell'edizione dello scorso anno, i dati consolidati del 2022 e del 2023 avevano restituito una dinamica generale in cui i tassi di crescita della spesa pubblica e privata e il loro posizionamento rispetto al PIL vedevano un ritorno a valori simili a quelli pre-pandemici. Nell'edizione di quest'anno abbiamo deciso di concentrare quindi l'attenzione sulle dinamiche che hanno caratterizzato l'ultimo decennio, prendendo come riferimento iniziale del confronto il 2014 e utilizzando il 2019 come anno intermedio.

La Tabella 6.2 e la Tabella 6.3 mostrano rispettivamente i valori pro capite e in rapporto al PIL e le variazioni percentuali e in punti percentuali delle stesse grandezze per un gruppo di 14 paesi OCSE che comprende i principali paesi europei, Stati Uniti e Canada². In particolare, vengono messi a confronto i valori di spesa sanitaria obbligatoria (pubblica o privata obbligatoria) e spesa privata volontaria.

² Dal novero dei paesi OCSE è stata esclusa la Francia poiché tra il 2015 e il 2016 l'introduzione dell'assistenza integrativa obbligatoria (*complémentaire santé*) ha comportato una diversa classificazione di parte delle spese relative alle assicurazioni integrative, passata da una classificazione come "spesa volontaria" a "spesa obbligatoria".

Tabella 6.2 **Spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria e della spesa privata volontaria nel 2014, 2019 e 2024, in termini pro capite e in % sul PIL, per paesi OCSE selezionati**

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria						Spesa privata volontaria					
	(pro capite)			(in % del PIL)			(pro capite)			(in % del PIL)		
	2014	2019	2024	2014	2019	2024	2014	2019	2024	2014	2019	2024
Austria	2.996 €	3.523 €	4.749 €	7,8	7,9	9,0	1.065 €	1.212 €	1.477 €	2,8	2,7	2,8
Belgio	2.900 €	3.370 €	4.208 €	8,0	8,1	8,1	937 €	1.161 €	1.491 €	2,6	2,8	2,9
Germania	3.356 €	4.115 €	5.459 €	9,1	9,7	10,6	613 €	747 €	869 €	1,7	1,8	1,7
Grecia	739 €	862 €	1.106 €	4,6	5,0	4,8	528 €	538 €	747 €	3,3	3,1	3,3
Irlanda	2.837 €	3.571 €	5.306 €	6,6	4,9	5,3	1.143 €	1.266 €	1.526 €	2,7	1,7	1,5
Italia	1.800 €	1.906 €	2.331 €	6,6	6,3	6,3	602 €	696 €	808 €	2,2	2,3	2,2
Paesi Bassi	3.412 €	3.936 €	5.260 €	8,5	8,2	8,3	796 €	818 €	1.064 €	2,0	1,7	1,7
Portogallo	959 €	1.199 €	1.707 €	5,8	5,8	6,4	593 €	771 €	1.037 €	3,6	3,7	3,9
Spagna	1.419 €	1.703 €	2.187 €	6,3	6,4	6,7	627 €	749 €	816 €	2,8	2,8	2,5
Paesi non euro												
Canada	\$4.098	\$4.725	\$5.901	7,3	7,7	7,9	\$1.690	\$2.070	\$2.506	3,0	3,4	3,4
Svezia	38.024 kr	45.447 kr	58.697 kr	9,3	9,3	9,7	7.238 kr	8.098 kr	9.832 kr	1,8	1,7	1,6
Svizzera	5.812 CHF	6.461 CHF	7.361 CHF	7,2	7,7	8,0	2.733 CHF	2.929 CHF	3.311 CHF	3,4	3,5	3,6
Regno Unito	£2.272	£2.644	£3.712	7,9	7,9	9,1	£604	£701	£854	2,1	2,1	2,1
Stati Uniti	\$7.372	\$8.979	\$12.402	13,3	13,7	14,3	\$1.555	\$1.875	\$2.483	2,8	2,9	2,9

Nota: i dati sono espressi in valuta locale per neutralizzare gli effetti delle fluttuazioni dei cambi sull'analisi comparativa.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics 2025).

Tabella 6.3 Variazione della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria e della spesa privata volontaria nel 2014, 2019 e 2024, in termini pro capite e in % sul PIL, per paesi OCSE selezionati

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria						Spesa privata volontaria					
	(pro capite)			(in % del PIL)			(pro capite)			(in % del PIL)		
	2014-2019	2019-2024	2014-2024	2014-2019	2019-2024	2014-2024	2014-2019	2019-2024	2014-2024	2014-2019	2019-2024	2014-2024
Austria	+18%	+35%	+59%	0,2 p.p.	+1,1 p.p.	+1,2 p.p.	14%	+22%	+39%	-	+0,1 p.p.	-
Belgio	+16%	+25%	+45%	0,0 p.p.	-	+0,1 p.p.	24%	+28%	+59%	+0,2 p.p.	+0,1 p.p.	+0,3 p.p.
Germania	+23%	+33%	+63%	0,6 p.p.	+0,9 p.p.	+1,5 p.p.	22%	+16%	+42%	+0,1 p.p.	-0,1 p.p.	-
Grecia	+17%	+28%	+50%	0,4 p.p.	-0,2 p.p.	+0,2 p.p.	2%	+39%	+41%	-0,2 p.p.	0,2 p.p.	-
Irlanda	+26%	+49%	+87%	-1,7 p.p.	+0,4 p.p.	-1,3 p.p.	11%	+21%	+34%	-0,9 p.p.	-0,2 p.p.	-1,1 p.p.
Italia	+6%	+22%	+29%	-0,3 p.p.	-	-0,3 p.p.	16%	+16%	+34%	+0,1 p.p.	-0,1 p.p.	-
Paesi Bassi	+15%	+34%	+54%	-0,3 p.p.	+0,1 p.p.	-0,2 p.p.	3%	+30%	+34%	-0,3 p.p.	-	-0,3 p.p.
Portogallo	+25%	+42%	+78%	0,0 p.p.	+0,6 p.p.	+0,6 p.p.	30%	+35%	+75%	+0,2 p.p.	+0,1 p.p.	+0,3 p.p.
Spagna	+20%	+28%	+54%	0,1 p.p.	+0,3 p.p.	+0,4 p.p.	19%	+9%	+30%	-	-0,3 p.p.	-0,3 p.p.
Paesi non euro												
Canada	+15%	+29%	+54%	0,4 p.p.	+0,2 p.p.	+0,7 p.p.	22%	+21%	+48%	+0,4 p.p.	-	+0,4 p.p.
Svezia	+20%	+20%	+23%	0,0 p.p.	+0,4 p.p.	+0,4 p.p.	12%	+21%	+36%	-0,1 p.p.	-	-0,1 p.p.
Svizzera	+11%	+14%	+27%	0,6 p.p.	+0,3 p.p.	+0,9 p.p.	7%	+13%	+21%	+0,1 p.p.	+0,1 p.p.	+0,2 p.p.
Regno Unito	+16%	+40%	+63%	0,0 p.p.	+1,2 p.p.	+1,2 p.p.	16%	+22%	+41%	-	-	-
Stati Uniti	+22%	+38%	+68%	0,4 p.p.	+0,6 p.p.	+1,0 p.p.	21%	+32%	+60%	-	-	+0,1 p.p.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics 2025).

In ambito pubblico o obbligatorio, è interessante osservare come tutti i paesi abbiano mostrato una crescita percentuale considerevole nel decennio passato. Tra i paesi dell'area euro sveltano i valori di Irlanda (da 2.837 a 5.306 euro, +87%), Portogallo (da 959 a 1.707 euro, +78%) e Germania (da 3.356 a 5.459 euro, +63%), mentre il nostro Paese rimane in coda alla classifica della crescita (da 1.800 a 2.331, +29%), preceduto soltanto, tra i paesi non euro, dalla Svizzera (da 5.812 a 7.361 CHF, +27%).

Maggiori eccezioni si registrano invece sul peso in rapporto al PIL. A variazioni negative nel decennio come quelle di Irlanda³ (da 6,6 a 5,3% del PIL, -1,3 punti percentuali), Italia (da 6,6 a 6,3% del PIL, -0,37 punti percentuali) e Paesi Bassi (da 8,5 a 8,3% del PIL, -0,2), si associano aumenti contenuti (es. +0,1 punti percentuali in Belgio, +0,2 in Grecia e +0,4 in Spagna), con aumenti molto significativi come quelli di Germania, Regno Unito e degli Stati Uniti, dove la spesa obbligatoria sul PIL è aumentata rispettivamente di 1,5 (da 9,1 a 10,6%), 1,2 (da 7,9 a 9,1%) e 1,0 (da 13,3 a 14,3%) punti percentuali tra il 2014 e il 2024.

In tutti i paesi osservati, gli aumenti del decennio sono in larga parte attribuibili a quanto avvenuto tra il 2019 e il 2024. L'esempio più rilevante da questo punto di vista è senza dubbio l'Italia: tra il 2014 e il 2019, la spesa obbligatoria pro capite era aumentata appena del 6% (da 1.800 a 1.906 euro), a fronte del 22% nel periodo 2019-2024. Altri paesi hanno un gap ancora più elevato, come l'Irlanda (da +26% nel quinquennio pre-2019 al +49% del post-2019), ma anche il Regno Unito (da +16% a +40%). La Svizzera invece è l'unico paese tra quelli selezionati che mostra una sostanziale parità tra crescita pre-2019 (+11%) e crescita post-2019 (+14%).

Sul versante privato (volontario), la situazione è analoga. Tra gli aumenti più importanti in termini pro capite si registrano quello del Portogallo (+75%) e degli Stati Uniti (+60%), mentre in termini di PIL è frequente che la spesa volontaria sia aumentata più lentamente del prodotto interno lordo, come nel caso dell'Irlanda (-1,1 p.p.), dei Paesi Bassi (-0,3) e della Spagna (-0,3). Con un aumento in termini pro capite del 34%, l'Italia ha mantenuto costante il peso di questa grandezza sul PIL nell'ultimo decennio (2,2%). A differenza della spesa obbligatoria, le variazioni della spesa privata volontaria sono tendenzialmente più distribuite tra i due periodi: la differenza più significativa è quella della Spagna (+19% tra il 2014 e il 2019 e +9% nel periodo successivo), mentre all'opposto la Grecia registrava una crescita di appena il 2% tra il 2014 e il 2019, aumentata significativamente al +39% tra il 2019 e il 2024.

In sintesi, la prospettiva dell'ultimo decennio conferma come tutti i paesi qui

³ Per l'Irlanda, la lettura del PIL è fortemente distorta dal peso che le multinazionali assumono nel Paese. Lo stesso istituto di statistica irlandese ha identificato il modified gross national income come indicatore più realistico dell'attività economica domestica.

osservati abbiano con poche eccezioni visto aumentare le risorse complessivamente destinate alla sanità, sia attraverso i canali di finanziamento obbligatori che quelli volontari, e che, molto spesso, questo è avvenuto a tassi superiori a quelli di aumento del PIL, pur aumentato significativamente anche a causa delle dinamiche inflattive. L'Italia si conferma su questo aspetto fanalino di coda, avendo mostrato il tasso di crescita della spesa pubblica più contenuto, tra i più contenuti in ambito privato e soprattutto una sostanziale costanza in rapporto al PIL.

In continuità con le edizioni precedenti, riportiamo nella Tabella 6.4 il consueto confronto sui principali ordini di grandezza che riguardano i regimi di finanziamento, riferito per i paesi selezionati all'anno 2024.

La tabella mostra in dettaglio la spesa sanitaria pro capite e in percentuale del PIL per i principali paesi europei e OCSE. Nel 2024, l'Italia si conferma in coda a questa classifica rispetto alle risorse complessivamente destinate alla sanità sia in valori pro capite (3.139 euro) che in percentuale del PIL (8,4%). Questo posizionamento è notoriamente spinto tanto dalla componente pub-

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2024**

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria (1)			Spesa privata volontaria (2)			Spesa Sanitaria Totale			
	€ pro capite	% sul PIL	di cui pubblica (%)	€ pro capite	% sul PIL	di cui out-of-pocket (%)	€ pro capite	% sul PIL	di cui (1) (%)	di cui (2) (%)
Germania	5.459 €	10,6%	91,9%*	869 €	1,7%	78,0%	6.328 €	12,3%	86,3%	13,7%
Austria	4.749 €	9,0%	100,0%*	1.477 €	2,8%	69,4%	6.226 €	11,8%	76,3%	23,7%
Francia	4.149 €	9,7%	92,4%*	764 €	1,8%	59,4%*	4.913 €	11,5%	84,5%	15,5%
Belgio	4.208 €	8,1%	99,9%*	1.491 €	2,9%	81,4%*	5.699 €	11,0%	73,8%	26,2%
Finlandia	4.265 €	8,6%	99,7%*	977 €	2,0%	74,2%*	5.242 €	10,6%	81,4%	18,6%
Portogallo	1.707 €	6,4%	95,6%	1.037 €	3,9%	74,6%	2.745 €	10,2%	62,2%	37,8%
Paesi Bassi	5.260 €	8,3%	9,7%	1.064 €	1,7%	70,0%	6.324 €	10,0%	83,2%	16,8%
Spagna	2.187 €	6,7%	100,0%*	816 €	2,5%	77,8%*	3.003 €	9,2%	72,8%	27,2%
Italia	2.331 €	6,3%	99,7%	808 €	2,2%	86,7%	3.139 €	8,4%	74,3%	25,7%
Grecia	1.106 €	4,8%	100,0%*	747 €	3,3%	88,3%*	1.853 €	8,1%	59,7%	40,3%
Irlanda	5.306 €	5,3%	100,0%*	1.526 €	1,5%	47,5%	6.832 €	6,9%	77,7%	22,3%
Paesi non euro										
Stati Uniti	11.458 €	14,3	62,0%*	2.294 €	2,9%	65,8%*	13.752 €	17,2%	83,3%	16,7%
Svizzera	7.728 €	8,0	37,9%	3.476 €	3,6%	70,7%	11.371 €	11,8%	68,0%	30,6%
Svezia	5.134 €	9,7	100,0%	860 €	1,6%	93,3%	5.994 €	11,3%	85,7%	14,3%
Canada	3.981 €	7,9	100,0%	1.691 €	3,4%	51,3%	5.672 €	11,3%	70,2%	29,8%
Regno Unito	4.385 €	9,1	100,0%	1.008 €	2,1%	77,8%	5.393 €	11,1%	81,3%	18,7%
Polonia	1.453 €	6,3	99,7%	409 €	1,8%	73,7%	1.862 €	8,1%	78,0%	22,0%

* I dati sono riferiti al 2023.

Nota: le valute estere sono state convertite utilizzando i tassi di cambio medi per l'anno di riferimento (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics 2025).

blica, che si attesta tra i valori più bassi per i paesi avanzati (2.331 euro e il 6,3% del PIL), quanto da quella privata (808 euro e il 2,2% del PIL), la quale, attestandosi su valori in linea con quelli degli altri paesi, non compensa il basso livello di finanziamento pubblico che caratterizza il nostro sistema. Rispetto, poi, alla spesa sanitaria privata, il 2024 consolida il dato per cui l'Italia si attesta tra i paesi avanzati con la minore quota di risorse intermediata dal settore assicurativo, dalle imprese e dalle istituzioni non-profit. La spesa privata è infatti supportata in larga parte direttamente dai bilanci delle famiglie; l'86,7% della spesa privata è *out of pocket*, mentre in Germania è il 78%, nel Regno Unito il 77,8% e in Francia il 59,4%.

6.5 Le dinamiche a livello nazionale

6.5.1 Un quadro di insieme

Al fine di osservare le dinamiche della spesa sanitaria privata a livello nazionale, viene riproposta in questa sede la serie storica della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze macroeconomiche relative al nostro Paese.

Osservando i dati del sistema di contabilità ISTAT-SHA (Tabella 6.5), nell'ultimo decennio si nota come la spesa sanitaria totale corrente italiana, in termini nominali, sia cresciuta costantemente, anche se in modo moderato.

La crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica che a quella privata. Nel primo caso si è passati dai 108,6 miliardi del 2014 ai 137,5 miliardi del 2024 (+27%). Nell'edizione dello scorso anno, avevamo mostrato una riduzione tra il 2022 e il 2023 che evidentemente è stata rivista positivamente da ISTAT, coerentemente con quanto già evidenziato nel Capitolo 3 del Rapporto OASI 2024 (Borsoi *et al.*, 2024) che mostrava un aumento della spesa sanitaria pubblica tra il 2022 e il 2023⁴. In termini di rapporto rispetto al PIL, il 2024 segna una inversione di tendenza rispetto agli ultimi anni, con il valore che risale al 6,3%, comunque lontano dai livelli che avevano caratterizzato la forte espansione di risorse pubbliche e la contemporanea contrazione del PIL del biennio 2020-2021.

Nello stesso periodo, la componente privata è passata da 36,3 nel 2014 a 47,7 miliardi nel 2024 (+31%), segnando tra l'altro una diminuzione tra il 2023 e il 2024 (-0,5 miliardi, -1,2%), che ha comportato una riduzione anche in termini di peso sul PIL (da 2,3% a 2,2%). Nel complesso, quindi, aumenta il peso della componente pubblica sul totale (da 73,1% a 74,3%) che rimane comunque vicina ai tre quarti della spesa sanitaria complessiva.

⁴ Si rimanda al Capitolo 3 sull'analisi della spesa sanitaria nazionale e regionale per un approfondimento sulla metodologia di calcolo della spesa sanitaria pubblica.

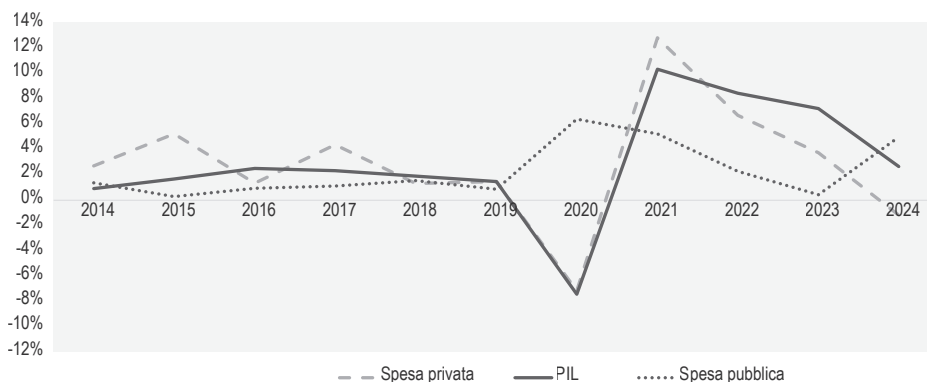
Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2014-2024**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tutti i regimi di finanziamento (totale)											
Miliardi di euro	144,9	147,1	148,7	151,6	153,9	155,4	159,7	171,0	176,8	179,2	185,1
In % del PIL	8,9%	8,8%	8,7%	8,7%	8,7%	8,6%	9,6%	9,3%	8,9%	8,4%	8,4%
Spesa della pubblica amministrazione											
Miliardi di euro	108,6	108,9	109,9	111,2	112,9	113,8	121,1	127,5	130,3	130,9	137,5
In % della spesa sanitaria totale	74,9%	74,0%	73,9%	73,3%	73,4%	73,2%	75,8%	74,5%	73,7%	73,1%	74,3%
In % del PIL	6,6%	6,5%	6,4%	6,4%	6,3%	6,3%	7,3%	6,9%	6,5%	6,1%	6,3%
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari											
Miliardi di euro	36,3	38,2	38,7	40,4	41,0	41,6	38,6	43,6	46,5	48,2	47,7
In % della spesa sanitaria totale	25,1%	26,0%	26,1%	26,7%	26,6%	26,8%	24,2%	25,5%	26,3%	26,9%	25,7%
In % del PIL	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%	2,3%	2,3%	2,2%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN (PIL) e ISTAT-SHA (Spesa sanitaria).

La Figura 6.2 mostra come di consueto il confronto tra andamenti delle tre principali grandezze analizzate in questo paragrafo: la spesa sanitaria pubblica, la spesa sanitaria privata e il PIL. Assumendo una prospettiva su più anni, è evidente come il tasso di crescita della spesa sanitaria privata continui a essere allineato con quello degli anni precedenti e segua da vicino le dinamiche del PIL, a differenza di quanto avvenga sul fronte pubblico. Tra il 2021 e il 2024, la spesa sanitaria privata è cresciuta mediamente (CAGR) del 3% all'anno, poco più della spesa sanitaria pubblica (2,6%), ma meno del PIL (6,0%), la cui

Figura 6.2 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL, 2014-2024**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN (PIL) e ISTAT-SHA (Spesa sanitaria).

crescita però è stata fortemente influenzata dalle rilevanti dinamiche inflattive del biennio 2022-2023. Leggendo l'andamento in prezzi costanti, con tutte le limitazioni che il calcolo della variazione dei prezzi sui panieri di spesa in sanità può comportare (si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2024 per un approfondimento), è evidente infatti come il fattore prezzi incida ancora significativamente sull'andamento annuale delle grandezze in oggetto. La Tabella 6.6 mostra il valore a prezzi fissi (2020) sia della spesa sanitaria privata che del PIL. Anche a prezzi fissi, è confermata la flessione per il 2024 rispetto all'anno precedente. Nel confronto con il PIL, anche in questo caso la variazione percentuale della spesa privata è ampiamente al di sotto di quella del PIL nel periodo 2021-2024 (CAGR rispettivamente dello 0,4% e del 2,1%), mentre sono di fatto allineate se si considera il periodo 2019-2024 (CAGR 1,2% e 1,1%) (Figura 6.3).

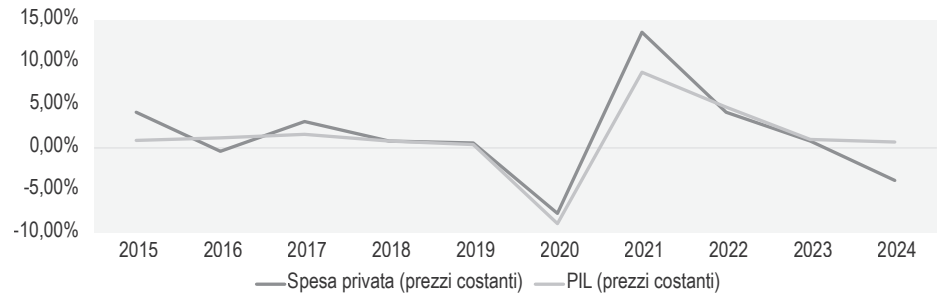
Oltre alla lettura sistematica degli andamenti comparati di spesa privata, pubblica e PIL, che ci ha permesso nel tempo di osservare come le dinamiche della spesa sanitaria privata siano prevalentemente associate a quelle macroeconomiche (PIL, reddito disponibile, prezzi) e meno a quelle della spesa pub-

Tabella 6.6 **Spesa sanitaria privata e PIL a prezzi costanti (2020), 2014-2024**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa consumi sanitari famiglie residenti e non residenti a prezzi costanti (2020)											
Miliardi di euro	36,1	37,6	37,5	38,6	38,9	39,1	36,1	41,0	42,7	43,1	41,5
In % del PIL	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	2,2	2,1
Var. % annua	-	4,2%	-0,4%	3,1%	0,8%	0,6%	-7,7%	13,6%	4,2%	0,8%	-3,8%
PIL a prezzi costanti (2020)											
Miliardi di euro	1.744,0	1.759,4	1.781,2	1.809,7	1.824,7	1.832,5	1.670,0	1.819,2	1.906,9	1.925,5	1.938,8
Var. % annua	-	0,9%	1,2%	1,6%	0,8%	0,4%	-8,9%	8,9%	4,8%	1,0%	0,7%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN

Figura 6.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria privata e PIL a prezzi costanti (2020), 2015-2024**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN

blica, in questa sede è sempre stata tradizionalmente posta l'attenzione anche alla relazione tra la spesa sanitaria delle famiglie e la spesa complessiva delle stesse. Tale relazione guarda alla spesa sanitaria come frutto di una scelta di acquisto in competizione con altre voci di spesa.

Guardando al peso che la spesa assume nel paniere di consumo delle famiglie, si osservano le seguenti dinamiche (Tabella 6.7). Tra il 2020 e il 2021 si era assistito a un grande incremento del peso della spesa sanitaria sul paniere di consumo delle famiglie, che aveva raggiunto il 3,9% della spesa complessiva. Da allora, il dato inizia a ridursi costantemente, rientrando completamente ai valori pre-pandemici nel 2023 (3,6%) e continuando a ridursi anche nel 2024 (3,4%). Il quadro aggiornato porta quindi a interpretare l'incremento nel biennio 2020-2021 come un'oscillazione legata a fattori contingenti (vedi Rapporti precedenti) e non tanto a un cambio di traiettoria inteso come un maggiore peso attribuito dalle famiglie all'acquisto di beni e servizi sanitari. I dati del

Tabella 6.7 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2014-2024**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	24,0%	24,0%	23,7%	23,4%	23,3%	23,3%	26,1%	25,1%	24,1%	23,1%	23,0%
Generi alimentari e bevande non alcoliche	14,1%	14,1%	14,0%	14,1%	14,0%	14,0%	16,2%	15,1%	14,2%	14,6%	14,6%
Trasporti	12,6%	12,3%	12,4%	12,6%	13,0%	13,0%	11,0%	12,0%	12,3%	12,9%	13,2%
Ristoranti e alberghi	9,8%	10,0%	10,1%	10,3%	10,3%	10,4%	7,0%	8,0%	9,4%	10,0%	10,4%
Cura della persona, protezione sociale, beni e servizi vari	6,1%	6,2%	6,1%	6,2%	6,1%	6,1%	6,3%	6,5%	6,4%	6,2%	6,2%
Mobili, elettrodomestici e manutenzione ordinaria della casa	6,1%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	6,3%	6,4%	6,5%	6,1%	6,1%
Ricreazione, sport e cultura	5,6%	5,7%	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%	5,1%	5,2%	5,8%	5,9%	5,8%
Vestituario e calzature	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,3%	5,2%	5,6%	5,4%	5,2%
Servizi assicurativi e finanziari	4,0%	3,9%	3,9%	3,8%	3,9%	4,0%	4,5%	4,1%	4,4%	4,8%	4,8%
Bevande alcoliche, tabacchi e narcotici	3,9%	4,0%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,6%	4,4%	4,1%	4,0%	3,9%
Sanità	3,5%	3,6%	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	3,9%	3,7%	3,6%	3,4%
Informazione e comunicazione	3,1%	3,1%	2,9%	3,0%	2,9%	2,8%	3,0%	2,9%	2,6%	2,6%	2,5%
Istruzione	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Totale consumi delle famiglie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

2024 confermano che nessuna tra le principali voci di spesa secondo la recente classificazione COICOP 2018 è stata effettivamente caratterizzata da variazioni rilevanti collegabili alle due principali contingenze che hanno caratterizzato l'ultimo quinquennio, ovvero crisi pandemica e crisi inflazionistica.

6.5.2 La composizione della spesa out of pocket e intermediata

All'interno di questo paragrafo si approfondisce il tema della composizione della spesa sanitaria privata volontaria (*out of pocket* e intermediata) a partire dai dati del Sistema dei Conti per la Sanità (SHA).

Come anticipato nei confronti internazionali, l'Italia si caratterizza per una spesa sanitaria privata prevalentemente sostenuta dalle famiglie (*out of pocket*), la quale rappresenta l'86,7% del totale. Anche quest'anno si nota, comunque, un aumento del peso della componente non OOP e, in termini generali, intermediata da soggetti collettivi (e cioè di quella parte della spesa privata sostenuta dalla spesa intermediata, assicurativa e dalle componenti residuali che fanno riferimento alle imprese e alle istituzioni non-profit). Tale aumento non è ancora tale da spostare significativamente il peso della componente *out-of-pocket*, ma il fatto che si tratti di una costante degli ultimi dieci anni segnala una tendenza strutturale a un maggior ricorso alla componente intermediata. La riduzione della spesa sanitaria privata nel 2024 è infatti totalmente da attribuire alla componente *out-of-pocket* che diminuisce di 1,1 miliardi (-2,6%), mentre aumenta costantemente la componente dei regimi di finanziamento volontari, spinta da quella assicurativa che passa da 4,3 a 4,7 miliardi (+9,3%) (Tabella 6.8).

In tema di componente intermediata, e in particolare di spesa dei regimi di finanziamento assicurativi, è nostra consuetudine aggiornare l'andamento del-

Tabella 6.8 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2014-2024**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa diretta delle famiglie	33,3	35,0	35,2	36,6	36,9	37,1	34,3	39,0	41,2	42,4	41,3
In % del totale	91,6%	91,6%	90,9%	90,4%	90,0%	89,2%	88,9%	89,6%	88,7%	87,8%	86,7%
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	3,1	3,2	3,5	3,9	4,1	4,5	4,3	4,6	5,3	5,9	6,4
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2	3,3	3,8	4,3	4,7
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9
Totale	36,3	38,2	38,7	40,4	41,0	41,6	38,6	43,6	46,5	48,2	47,7

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

la dimensione del mercato assicurativo distinto nelle tre principali componenti: le polizze individuali, le polizze collettive relative a fondi sanitari di natura contrattuale o negoziale, e le altre polizze collettive. Il 2024 conferma il trend di netta crescita della raccolta dei premi assicurativi del ramo malattia. Coerentemente con i dati ISTAT-SHA, le imprese assicurative registrano nel 2024 una raccolta premi pari a oltre 4,4 miliardi di euro. Anche nel 2024, la componente collettiva (fondi sanitari e altre polizze collettive aziendali) risulta essere quella prevalente, con quasi due terzi della raccolta gestita attraverso queste modalità di contrattualizzazione, sebbene dopo anni di costante crescita della componente individuale, questa sembra essersi assestata nel 2024 al 33%. Anche il *loss-ratio* di settore, ovvero il rapporto tra risorse liquidate come sinistro e raccolte attraverso i premi, rimane costante al 71%. Degli oltre 4 miliardi raccolti, quindi, circa 3,1 sono effettivamente utilizzati per erogare prestazioni, in denaro attraverso il rimborso di spese sanitarie sostenute dagli assicurati e le altre garanzie previste all'interno del ramo (es. diaria in caso di ricoveri), o in natura (Tabella 6.9).

Sebbene si fermino al 2023, i dati del Dipartimento delle Finanze del MEF confermano tutti i trend relativi al fenomeno. Le informazioni riportate nella Tabella 6.10 derivano dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti, considerato che tre diverse tipologie di contributi alla sanità integrativa godono di benefici fiscali diretti per le imposte sul reddito dei contribuenti: gli enti e le casse aventi esclusiva finalità assistenziale e istituite da accordi o contratti aziendali (ex art. 51 del TUIR), i fondi sanitari integrativi del SSN (ex art. 10 del TUIR) e le società di mutuo soccorso (ex art. 83 del Dlgs 117/2017). I dati evidenziano la costante crescita nel numero di assistiti e nell'entità di contributi versati. Nel 2023 il numero di contribuenti ha superato i 10,7 milioni, il 36,5% in più rispetto al 2018. Essi rappresentano ormai oltre un quarto dei contribuenti totali (25,2%). I contributi versati hanno superato i 3 miliardi (+29,5% rispetto al 2018). Combinando il dato con quello fornito da ANIA, anche nel 2023 si conferma come oltre il 70% dei contributi risulti effettivamente inter-

Tabella 6.9 **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Premi raccolti nel ramo (mln di €)	3.210	3.105	3.277	3.702	4.180	4.403
% polizze relative a polizze individuali	32%	31%	32%	34%	34%	33%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti simili	56%	59%	56%	53%	54%	67%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	13%	12%	
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) del ramo malattia	67%	70%	84%	70%	71%	71%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti simili	83%	84%	110%	86%	87%	na

Fonte: elaborazione su dati ANIA.

Tabella 6.10 Dati relativi ai contributi versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Assistiti	7.851.720	8.449.076	8.551.519	9.412.573	10.180.022	10.716.098
Tasso di copertura (% del totale dei contribuenti)	19,0%	20,3%	20,8%	22,7%	24,2%	25,2%
Contributi versati (Mln €)	€ 2.363	€ 2.472	€ 2.532	€ 2.629	€ 2.841	€ 3.059
Contributo pro capite	€ 301	€ 293	€ 296	€ 279	€ 279	€ 285
Importo spesa (Mln €)	€ 2.631	€ 3.055	€ 2.884	€ 3.146	€ 3.273	€ 3.624
Spesa pro capite	€ 335	€ 362	€ 337	€ 334	€ 321	€ 338
Importo rimborsi (Mln €)	€ 1.802	€ 2.073	€ 2.007	€ 2.248	€ 2.292	€ 2.496
Rimborso pro capite	€ 230	€ 245	€ 235	€ 239	€ 225	€ 233
<i>Loss ratio</i> (Rimborsi su contributi)	76,3%	83,9%	79,2%	85,5%	80,7%	81,6%
Scoperto medio (Rimborsi su spesa)	31,5%	32,1%	30,4%	28,5%	30,0%	31,1%

Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze

mediato dal settore assicurativo. La spesa intermediata dai fondi, ovvero l'importo corrispondente alle prestazioni per le quali viene richiesto un rimborso o a cui gli assistiti accedono direttamente, ha superato i 3,6 miliardi, cui sono corrisposti rimborsi effettivamente liquidati di quasi 2,5 miliardi di euro. Complessivamente, dunque, i rimborsi hanno rappresentato l'81,6% (*loss ratio*) dei contributi versati, mentre è rimasto a carico degli assistiti il 31% circa delle spese sostenute.

Gli stessi dati consentono di apprezzare l'eterogeneità regionale del grado di diffusione delle coperture, fenomeno noto data l'origine primariamente contrattuale delle forme di assistenza. La Tabella 6.11 mostra l'andamento nel triennio 2021-2023 del tasso di copertura (la percentuale di assistiti sul numero totale dei contribuenti IRPEF) per ogni regione. Al netto delle nette differenze che si osservano tra regioni meridionali, centrali e settentrionali, che si mantengono nel tempo (dai valori massimi di Trentino-Alto Adige – 43,6% – e Lombardia – 35,1% – a quelli minimi di Calabria – 10,3% – e Sicilia – 11,2%), si può constatare un trend crescente che accomuna tutte le regioni italiane. Quella che registra la crescita più bassa, la Valle d'Aosta, vede comunque aumentare di 1,6 punti percentuali la copertura (+8,3%). Altre come Calabria, Campania e Sicilia, pur mantenendo bassi livelli di copertura, registrano significativi aumenti, sia in termini assoluti (rispettivamente +2,1, +2,4 e +2,3 punti percentuali) che percentuali (+25,6%, +24,0% e +25,8%).

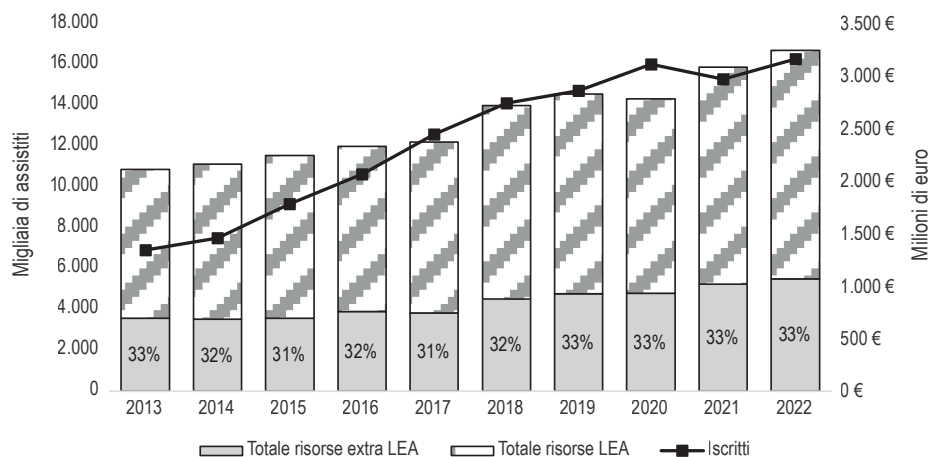
Infine, l'ultimo aggiornamento riguarda i dati comunicati periodicamente dall'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute. A fine 2024, l'Anagrafe ha pubblicato un report contenente i dati di attività

Tabella 6.11 Percentuale di contribuenti che ha versato contributi a enti e casse a con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, per regione (2021-2023)

Tasso di copertura	2021	2022	2023
Valle d'Aosta	19,4%	20,1%	21,0%
Piemonte	27,3%	28,7%	30,0%
Lombardia	32,5%	34,2%	35,1%
Veneto	31,3%	32,8%	33,6%
Trentino-Alto Adige	40,6%	42,7%	43,6%
Friuli-Venezia Giulia	25,4%	27,2%	28,1%
Liguria	19,4%	20,8%	21,8%
Emilia-Romagna	30,0%	31,3%	32,2%
Toscana	23,3%	24,8%	25,8%
Umbria	21,0%	22,4%	23,5%
Marche	21,8%	23,0%	23,9%
Lazio	19,9%	21,4%	22,5%
Abruzzo	14,8%	16,0%	16,7%
Molise	10,9%	11,9%	12,5%
Campania	10,0%	11,6%	12,4%
Puglia	11,8%	13,3%	14,2%
Basilicata	13,3%	14,5%	15,3%
Calabria	8,2%	9,3%	10,3%
Sicilia	8,9%	10,3%	11,2%
Sardegna	15,2%	16,9%	18,2%
Italia	22,7%	24,2%	25,2%

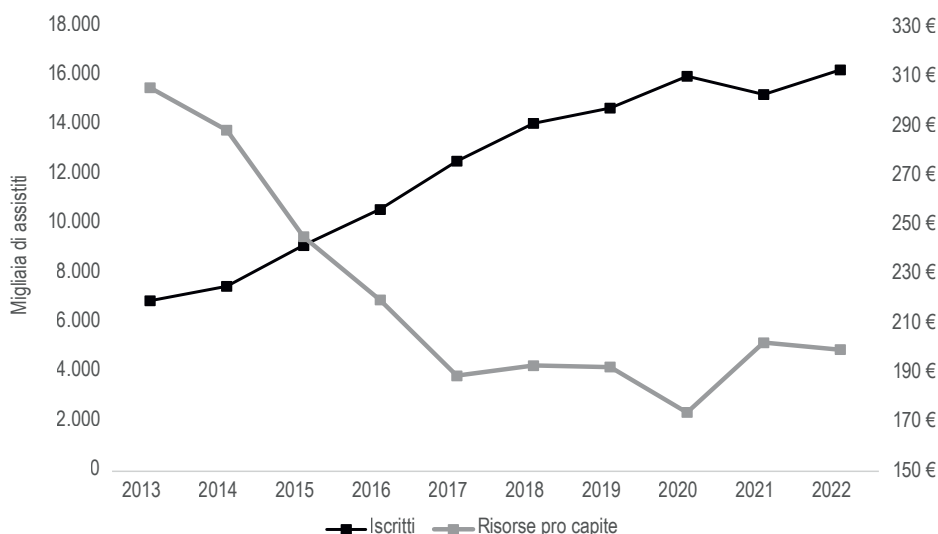
aggiornati all'anno di attestazione 2023, ovvero quelli relativi all'anno fiscale 2022 (Figura 6.4). Nel 2022, gli enti iscritti all'Anagrafe hanno riportato un numero di assistiti pari a 16,2 milioni, un aumento pari al 6,7% rispetto all'anno precedente (+1 milione di assistiti circa), riprendendo il trend di crescita in corso dall'inizio della serie e che si era arrestato soltanto durante l'anno fiscale 2021. Così come il numero di assistiti, aumenta anche l'ammontare di risorse complessivamente intermedie, pari a 3,2 miliardi nel 2022 e in aumento del 5,1% rispetto all'anno precedente. Anche in questo caso, si conferma il trend consolidato per cui il numero di assistiti aumenta più che proporzionalmente rispetto alle risorse intermedie. A conferma di questa tendenza, la Figura 6.5 mostra l'andamento del numero degli iscritti nel tempo e delle risorse pro capite. Il grafico mostra chiaramente come a un aumento progressivo del numero di iscritti ai fondi è corrisposta quasi sempre – soprattutto nel periodo di inizio rilevazione (2013-2017) – una diminuzione del valore pro capite delle risorse intermedie, con l'unica eccezione del 2021, quando le risorse sono aumentate più che proporzionalmente rispetto all'anno precedente. È interessante comunque osservare come nel 2022, ultimo anno di-

Figura 6.4 **Numero di assistiti (in migliaia) e risorse intermedie dagli enti iscritti all'Anagrafe (in milioni di euro), 2013-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati Ministero della Salute – Anagrafe dei fondi sanitari integrativi

Figura 6.5 **Numero di assistiti e risorse pro capite degli enti iscritti all'Anagrafe, 2013-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati Ministero della Salute – Anagrafe dei fondi sanitari integrativi

ponibile, nonostante l'ammontare complessivo di risorse intermedie cresca meno che proporzionalmente rispetto agli assistiti, il valore puntuale rimane comunque superiore a tutti i dati registrati a partire dal 2017 (189 euro nel 2017, 199 nel 2022).

Delle risorse complessivamente intermedie dagli enti, oltre 1 miliardo è destinato alle fattispecie definite extra LEA (servizi dentistici, socio-sanitari e socio-assistenziali) che anche nel 2022 rappresentano il 33% del totale, ampiamente sopra il minimo del 20% necessario per l'iscrizione all'Anagrafe e di conseguenza per il godimento dei benefici fiscali relativi alla deducibilità dei contributi assistenziali.

6.5.3 La composizione della spesa per funzione di assistenza

Oltre alla natura del finanziatore, questa sezione esplora anche la composizione della spesa sanitaria privata in termini di destinazione. La Tabella 6.12 distingue come di consueto tra le tre macro-categorie di servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali e beni sanitari, a loro volta suddivise in nove micro-voci di spesa. Servizi e beni seguono due trend diversi. Le recenti revisioni al rialzo effettuate da ISTAT hanno rivalutato in modo particolare la componente per servizi ambulatoriali che nel 2023 ha superato i 25 miliardi di euro (52% del totale). La componente più rilevante rimane quella dei servizi dentistici (19,5%). Leggendo in modo combinato i dati di spesa ISTAT e quelli provenienti dalle dichiarazioni degli studi odontoiatrici (Statistiche ISA dell'Agenzia delle Entrate), la spesa per servizi dentistici sembra mantenere una sua stabilità nel tempo, dopo la riduzione osservata nel 2020-2021. Rispetto alle edizioni scorse

Tabella 6.12 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2023-2024 (miliardi di euro e % del totale)**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €		%	
		2023	2024	2024	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,5	2,2	6,1	4,6%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	4,4	3,9		8,2%
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	7,0	7,1	25,4	14,9%
	Servizi dentistici	9,4	9,5		19,9%
	Servizi diagnostici	3,4	3,3		6,9%
	Servizi sanitari non medici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	5,5	5,5		11,6%
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	10,7	10,2	16,1	21,4%
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, DPI, ecc.)	0,8	1,3		2,7%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,6	4,7		9,8%
Totale		48,2	47,7	100,0%	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, MEF e Agenzia delle Entrate.

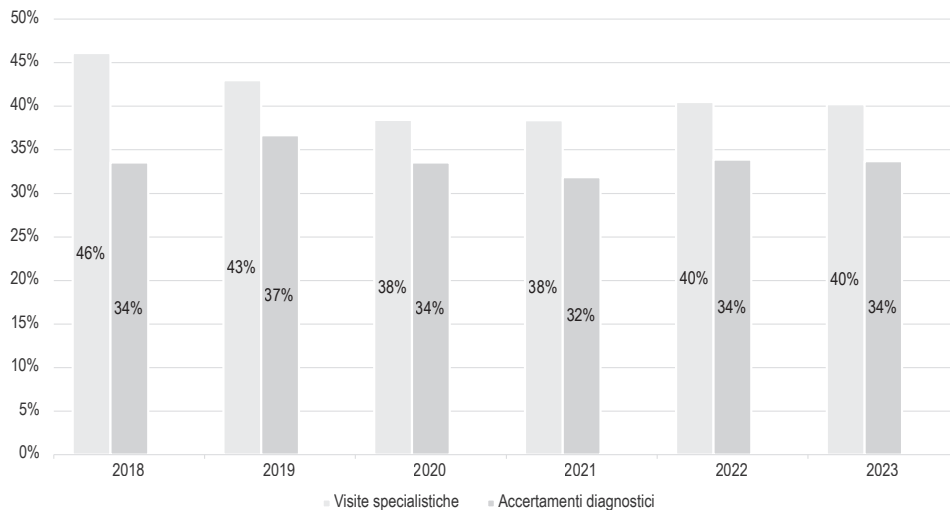
è stata rivalutata invece la componente per servizi medici che nel 2023 tocca i 7 miliardi di euro (14,5% del totale), mentre cresce la componente per servizi diagnostici (3,4 miliardi, 7%) e rimane stabile quella per servizi sanitari non medici (5,5 miliardi, 11,4%). I trend osservati sono coerenti tanto con il consolidato legame tra spesa privata e reddito e disponibilità a pagare individuale, specialmente nelle componenti a scarsa o limitata copertura pubblica (spese dentistiche e per servizi non medici), quanto con la crescente propensione a ricorrere a visite specialistiche e accertamenti diagnostici privati, fenomeno oggetto del paragrafo successivo. Nel 2024, invece, la già citata riduzione complessiva della spesa privata, stimata da ISTAT nell'ordine dei 0,5 miliardi di euro, è principalmente assorbita dalle spese per servizi di ricovero e residenziali, che si riducono di oltre 0,7 miliardi di euro in entrambe le componenti di ricoveri per acuti e servizi residenziali a lungo termine. Le componenti dei servizi, distribuite tra servizi medici e dentistici, e le componenti di beni, in particolare quelli durevoli, tutte con aumenti nell'ordine di 0,1 miliardi, compensano marginalmente la marcata riduzione vista per la componente ospedaliera. Si segnala, infine, dopo anni di crescita significativa, una flessione della spesa farmaceutica privata (-0,5 miliardi), trainata tanto da una riduzione degli acquisti privati di farmaci in fascia A (-370 milioni) quanto di quella per farmaci in fascia C (-187 milioni). Rimangono sostanzialmente invariate le voci di spesa relative alle compartecipazioni in quota fissa (0,4 miliardi) e per la differenza di presso per acquisto di farmaco branded (1,1 miliardi) (OSMED, 2025).

6.5.4 Il mix pubblico-privato nei consumi

La composizione dei consumi tra circuiti pubblici e privati varia in modo significativo a seconda dell'area di beni o servizi coinvolta nella risposta ai bisogni di salute. Si ricorda in proposito come le rilevazioni e le stime possono riferirsi a consumi in termini di flussi monetari (ad esempio, quanto hanno speso le famiglie per visite, quanto ha speso il SSN per visite) oppure a quantità fisiche di consumo (ad esempio, numero di visite erogate per canale).

Mentre la spesa è la grandezza tipicamente utilizzata per i confronti intertemporali e internazionali, nel momento in cui si scende nel dettaglio dei singoli settori e si vogliono confrontare i valori di consumo, quest'ultima grandezza presenta delle insidie, avendo come unica fonte di stima le indagini campionarie sulla popolazione. Per il mix tra pubblico e privato nel consumo di prestazioni sanitarie, viene in aiuto, ormai da diverse edizioni, l'Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, un'indagine multiscopo realizzata annualmente con lo scopo di studiare molteplici aspetti di abitudini e stili di vita degli italiani. L'indagine registra la modalità di pagamento di due prestazioni «traccianti»: le visite specialistiche e gli esami diagnostici (Figura 6.6). Nelle passate edizioni

Figura 6.6 Percentuale di italiani che ha effettuato almeno una prestazione sanitaria, 2018-2022



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

del Rapporto avevamo osservato come la percentuale di italiani che dichiarava di aver effettuato una prestazione sanitaria nei 12 mesi precedenti l'intervista si collocava ampiamente al di sotto dei dati pre-pandemici, similmente al dato sugli accertamenti diagnostici. Nel 2023 la situazione rimane invariata rispetto all'anno precedente, in cui il 40% dei rispondenti dichiara di aver effettuato una visita specialistica nei 12 mesi precedenti e lo stesso fa il 34% del campione per gli accertamenti diagnostici.

Osservando le modalità di pagamento delle stesse prestazioni, il 2021 aveva segnato una decisa discontinuità con il passato in entrambi i casi (Figura 6.7). Sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici si osservava un rilevante spostamento tra prestazioni pubbliche finanziate attraverso il pagamento di un ticket e prestazioni totalmente a carico dell'utente. Per le visite specialistiche la percentuale di servizi con finanziamento a carico del cittadino raggiungeva il 50%, tra prestazioni direttamente a carico (44%) e prestazioni intermedie da un fondo o un'assicurazione (6%). Il 2023 conferma come questo spostamento verso un maggiore peso del privato nel mix di consumo delle prestazioni sia un fenomeno destinato a rimanere, almeno nel breve periodo. A fronte di consumi che ritornano verso livelli fisiologici, la percentuale di visite specialistiche e accertamenti diagnostici pagate ricorrendo a risorse private si attesta a valori significativamente superiori a quelli pre-pandemici. Per le visite, nel 2023, il 51% delle prestazioni sono state pagate ricorrendo a risorse *out of pocket* (45%) o intermedie (6%), con una riduzione delle prestazioni

Figura 6.7 **Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie, 2018-2023**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

pubbliche dietro pagamento del ticket (da 31 a 29%). Per gli accertamenti diagnostici si registra un ulteriore aumento delle prestazioni finanziate attraverso risorse private, con oltre il 35% delle prestazioni finanziata attraverso spesa *out of pocket* (30%) o intermediata (6%), rispetto al 33% del 2021 e 2022.

6.6 I cambiamenti nei consumi di servizi sanitari

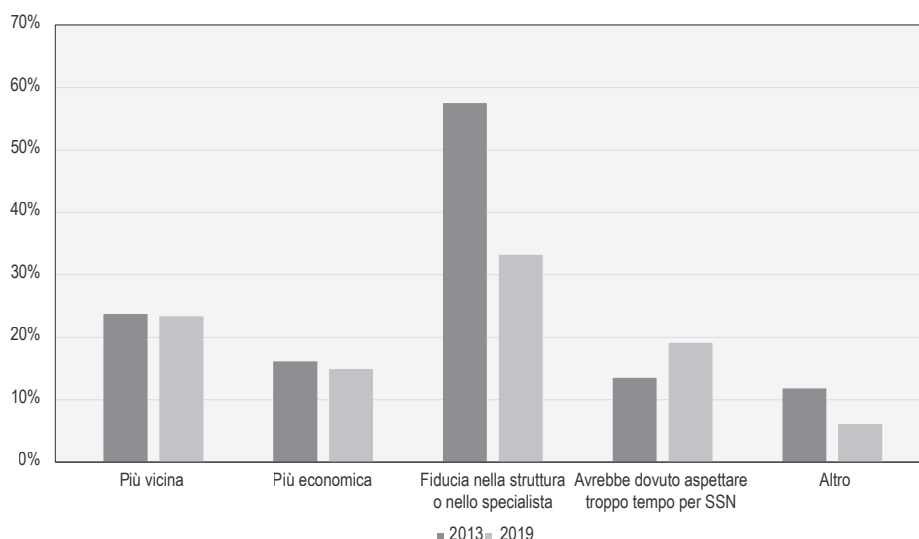
Lo spazio riservato all'approfondimento di questa edizione del Rapporto è dedicato a un tema da sempre al centro delle riflessioni di OCPS, ovvero le motivazioni alla base delle scelte di consumo di servizi sanitari da parte degli utenti. Tali riflessioni sono state normalmente basate su una molteplicità di fonti, non sempre coerenti tra di loro, che hanno consentito di leggere fenomeni distinti ma affini rispetto al tema. Tra i concetti ricorrenti e le relative fonti si possono elencare: (i) la percentuale di persone che hanno fatto ricorso a una prestazione sanitaria e la relativa modalità di finanziamento, misurate a partire dall'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari del 2013, poi divenute un elemento stabile dell'indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana (si veda il paragrafo 6.5.3); (ii) le motivazioni della scelta di una struttura sanitaria in occasione del ricorso a una prestazione, approfondite sia nell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari del 2013, sia nella sua versione europea (EHIS) del 2019; e infine (iii) le motivazioni della rinuncia a effettuare una prestazione sanitaria ritenuta necessaria, anch'esse oggetto stabile dell'indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana ed entrate, a partire dal 2019, nel novero degli indicatori "NO CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) come misura dell'equità sociale. L'integrazione di queste misure e fonti consente di ricostruire un quadro eloquente, anche se parziale, delle dinamiche intercorse negli ultimi anni in tema di ricorso e accesso ai servizi sanitari.

Un primo elemento di attenzione, oltre a quanto si è già detto sui cambiamenti avvenuti sul ricorso ai servizi e le relative modalità di finanziamento, riguarda le motivazioni alla base della scelta dell'erogatore. Le varie versioni delle indagini ISTAT sull'accesso ai servizi sanitari (Condizioni di salute, EHIS, ecc.) chiedono al rispondente una serie di informazioni legate all'episodio di consumo, che solitamente è limitato a poche prestazioni significative (visite specialistiche e accertamenti diagnostici) e che riguardano, ad esempio, la natura della struttura di offerta (pubblica, privata, convenzionata), la modalità di pagamento, la presenza o meno di una prescrizione e la motivazione per cui si è scelto di ricorrere alla struttura erogatrice. Anche le singole motivazioni proposte sono rimaste stabili nel tempo, consentendo di confrontare in modo omogeneo periodi distanti tra loro. L'indagine EHIS 2025, attualmente in corso, ha confermato la stessa impostazione della precedente su questi temi,

offrendoci così l'opportunità di avere un quadro ancora più aggiornato del fenomeno a partire dal prossimo anno. Nel frattempo, però, le indicazioni che ci arrivano da quella realizzata nel 2019, ovvero ben prima della crisi pandemica e dell'esplosione «mediatica» delle difficoltà del SSN, lasciavano già intravedere cambiamenti significativi nelle motivazioni legate alla scelta di una struttura (Figura 6.8). In primo luogo, si è osservata una netta riduzione della componente fiduciaria, nella scelta della struttura o dello specialista, da parte degli utenti. Sebbene la fiducia fosse rimasta comunque la principale (non necessariamente esclusiva, dato che era sempre possibile indicare uno o più fattori) motivazione della scelta di una struttura sanitaria, essa subisce un significativo ridimensionamento: se nel 2013 quasi il 60% dei rispondenti dichiarava la fiducia nella struttura o nello specialista come criterio di scelta, la percentuale scende a poco più del 30% nel 2019. In secondo luogo, a fronte di una relativa stabilità di fattori quali la vicinanza e gli aspetti economici, già nel 2019 si iniziava a intravedere un rilevante aumento delle persone che evidenziavano nei tempi di attesa e, in particolare, nei tempi di attesa nel SSN, un rilevante fattore di scelta. Nel 2019, questa motivazione pesava il 20% circa, in aumento dal 12% del 2013.

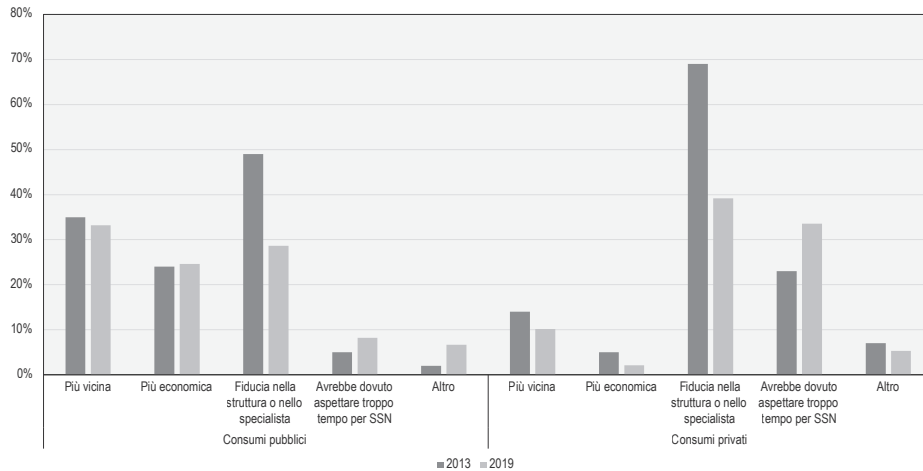
Con le dovute differenze, il fenomeno è riconducibile tanto ai consumi pubblici, quanto a quelli privati. Incrociando infatti il dato sulle motivazioni della scelta con la modalità di finanziamento della prestazione (esenzione e ticket per consumi pubblici, *out-of-pocket* e intermediata per i consumi privati) si

Figura 6.8 **Motivazione per la scelta di una struttura sanitaria per una visita specialistica, 2013 e 2019**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Condizioni di salute (2013) e EHIS (2019)

Figura 6.9 **Motivazione per la scelta di una struttura sanitaria per una visita specialistica tra consumi pubblici e privati, 2013 e 2019**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Condizioni di salute (2013) e EHIS (2019)

ottiene infatti un quadro analogo di come il peso, che fino a un decennio prima era attribuito agli elementi relativi alla fiducia, si sia nel tempo spostato verso altri elementi. Infatti, se anche nell'ambito dei consumi pubblici la percentuale di persone che hanno dichiarato la fiducia nella struttura o nel professionista come motivazione di scelta si è ridotta notevolmente (da poco meno del 50% al 30% circa), la riduzione è ancora più marcata nell'ambito dei consumi privati, dove l'aspetto fiduciario è strutturalmente più rilevante. In questi casi la percentuale si riduce del 43%, passando dal 70% del 2013 al 40% del 2019. A fungere da contraltare a questo travaso, come avevamo già osservato, c'è il tema dell'attesa per una prestazione SSN, la cui percentuale nel circuito privato aumenta dal 23% al 34%.

La fine dello scorso decennio ci aveva quindi già mostrato come fossero in corso cambiamenti rilevanti nei driver delle scelte di consumo degli utenti, con una significativa perdita di peso della componente fiduciaria a favore di fattori di natura più «operativa», tra tutti, il tema dell'attesa. A partire da queste considerazioni, nell'ambito delle attività di ricerca dell'Osservatorio, si è deciso di procedere alla realizzazione di un'indagine ad hoc, sulla scia di una stessa indagine realizzata nel 2014 che approfondiva proprio il tema dei driver di scelta su tre tipologie di prestazioni: le visite specialistiche, la diagnostica per immagini pesante (TAC, RM) e la riabilitazione fisica.

Il metodo scelto è quello della *conjoint analysis*, una tecnica di ricerca finalizzata a misurare quanto i rispondenti valutino le diverse caratteristiche, in termini di attributi (caratteristiche di un prodotto o servizio) e livelli di attri-

buto (modalità o valori che ciascun attributo può assumere), di un prodotto o servizio⁵. A grandi linee il questionario prevedeva le seguenti combinazioni di attributi e livelli:

1. rapporto con la struttura (sconosciuta vs suggerita vs già provata);
2. rapporto con il/la professionista (sconosciuto/a vs suggerito/a vs già provato/a);
3. tempo d'attesa per la prestazione (basso vs medio vs alto);
4. prezzo della prestazione (basso o esenzione vs medio vs alto);
5. distanza dalla struttura (facilmente vs difficilmente raggiungibile).

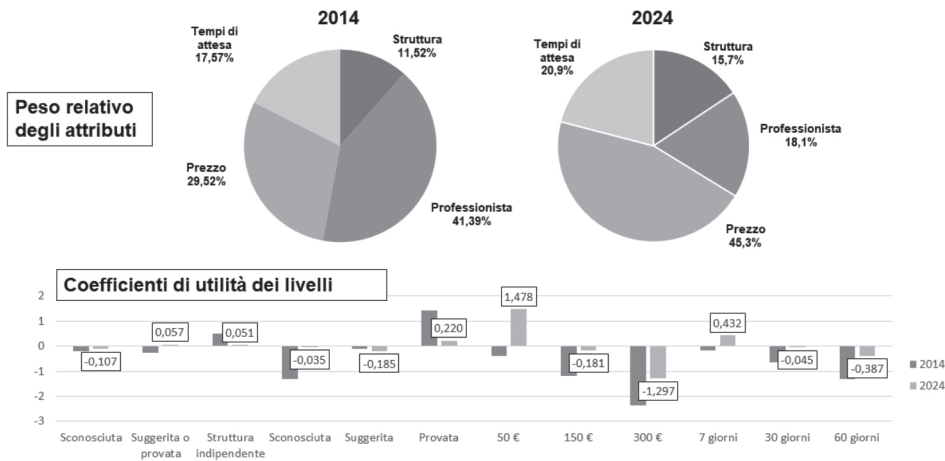
Sia nel 2014 che nel 2024 il criterio di inclusione nel campione riguardava persone che avessero effettuato negli ultimi 24 mesi una prestazione sanitaria a pagamento. Nel 2024, l'indagine è stata proposta a un campione di 264 rispondenti con caratteristiche coerenti con quelle della popolazione che presenta lo stesso criterio di inclusione: il 46% aveva oltre 55 anni, nel 55% dei casi si trattava di rispondenti femmine, la presenza di un'assicurazione sanitaria era riportata solo dal 6% dei rispondenti, il 45% di questi riportava un reddito inferiore ai 30.000 euro annui e solo il 9% superiore a 50.000 euro annui. In termini di rappresentazione territoriale, il 34% del campione era residente nelle regioni settentrionali, il 21% in quelle centrali, il 32% in quelle meridionali e il rimanente 12% in quelle insulari.

Le figure riportate di seguito mostrano due tipici indicatori di risultato della *conjoint analysis*: il peso relativo degli attributi e i coefficienti di utilità dei livelli.

Il quadro che appariva nel 2014 era molto coerente con i dati ISTAT sulla popolazione generale, vedendo gli attributi relativi a struttura o professionista come i principali driver di scelta (Figura 6.10). Il 2024 cambia radicalmente questo quadro: se infatti la struttura sembra assumere maggiore rilevanza, è il professionista che perde una quota significativa, passando da un peso superiore al 41% nel 2014 a uno pari al 18% nel 2024 per le visite specialistiche. Guardando ai coefficienti di utilità, è interessante notare come nel 2024 nessuno dei livelli individuati (professionista sconosciuto, suggerito o provato) sembri incidere significativamente sulle preferenze degli utenti. Il secondo elemento che rileva, anche questo coerente con quanto già visto nell'intervallo 2013-2019

⁵ Il metodo consente di sollecitare il rispondente rispetto a *trade-off* tra funzionalità e attributi diversi cui non sarebbe esposto attraverso domande dirette circa le sue preferenze, scomponendo un prodotto in attributi parziali. La tecnica consiste nel presentare al rispondente due situazioni che mostrano caratteristiche diverse degli attributi considerati e sulla quale è chiamato a esprimere un valore di apprezzamento. I profili erano costruiti differenziando i livelli per ciascun attributo. Tutti gli attributi di servizi individuati prevedevano infatti livelli differenzianti, adattati in base al tipo di prestazione.

Figura 6.10 **Peso relativo degli attributi e coefficienti di utilità dei singoli livelli per la scelta di una struttura sanitaria per una visita specialistica**



Fonte: elaborazione OCPS

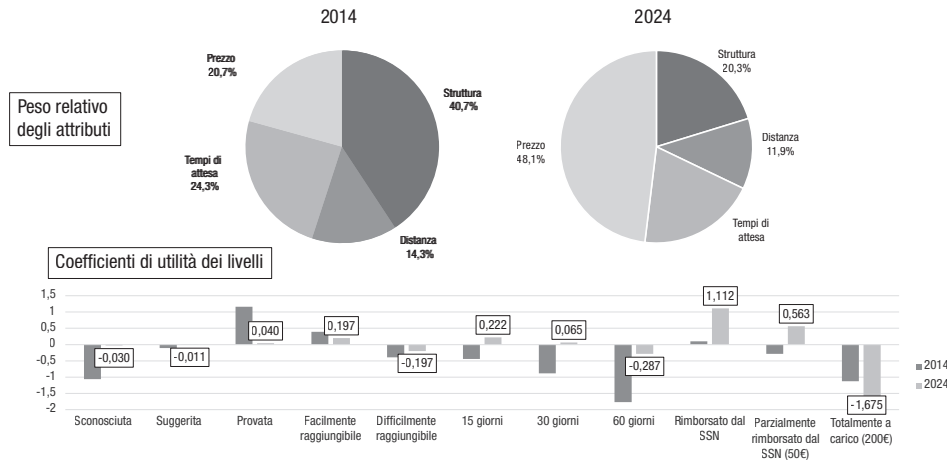
dei dati ISTAT, è la crescita del peso del fattore attesa, che passa dal 18% al 21%. Il terzo aspetto è invece un elemento di novità che non emergeva dai dati ISTAT, quanto meno dalla vista ferma al 2019, ed è l'importante crescita del peso della componente economica, che passa dal 30% al 45% per le visite specialistiche. Su questo è interessante osservare come lo spostamento verso il prezzo come principale attributo di scelta sia in larga parte dovuto all'aumento del coefficiente di utilità del livello di prezzo più basso (€ 50), che amplifica la differenza con gli altri livelli.

Le considerazioni fatte sulle visite specialistiche sono trasferibili alla diagnostica per immagini pesante, con alcune specificità (Figura 6.11). In questo caso, infatti, non è stata data enfasi all'aspetto professionale, considerando come driver utile soltanto la struttura. Questo è coerente anche con l'approccio adottato da ISTAT in fase di misurazione delle motivazioni di scelta per gli accertamenti diagnostici. Quanto osservato sulle visite rispetto alla dimensione del professionista, si trasferisce sulla diagnostica nel driver relativo alla struttura, che vede dimezzare il suo peso relativo in 10 anni: dal 41% al 20%. Rimangono stabili i driver di attesa e distanza, mentre anche in questo caso si osserva una forte crescita del driver prezzo, che passa dal 21% al 48%.

Infine, anche sulla riabilitazione fisica il trend emerso è del tutto analogo ai precedenti. Anche in questo caso il driver struttura perde significativamente peso a favore sia degli aspetti legati al prezzo che, coerentemente con la natura della prestazione, con quelli legata all'accessibilità, ovvero la facilità di raggiungere la struttura di erogazione.

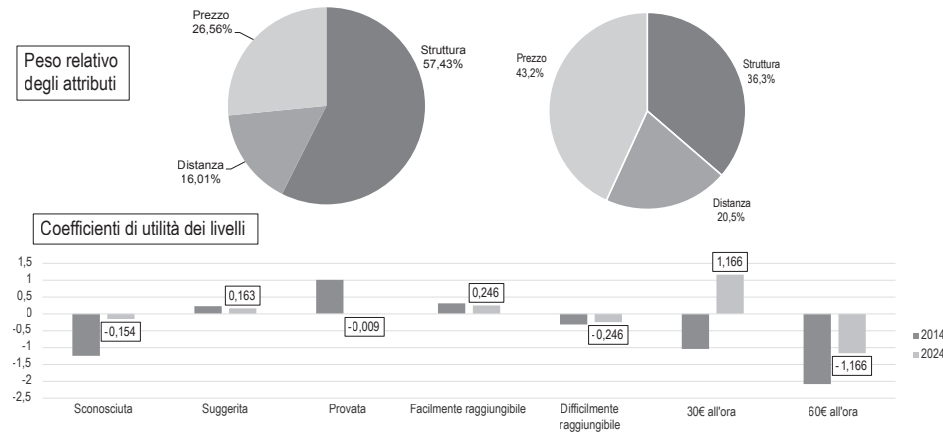
La lettura congiunta degli elementi fin qui presentati ci permette di restitui-

Figura 6.11 **Peso relativo degli attributi e coefficienti di utilità dei singoli livelli per la scelta di una struttura sanitaria per una prestazione di diagnostica pesante**



Fonte: elaborazione OCPS

Figura 6.12 **Peso relativo degli attributi e coefficienti di utilità dei singoli livelli per la scelta di una struttura sanitaria per una prestazione di riabilitazione fisica**



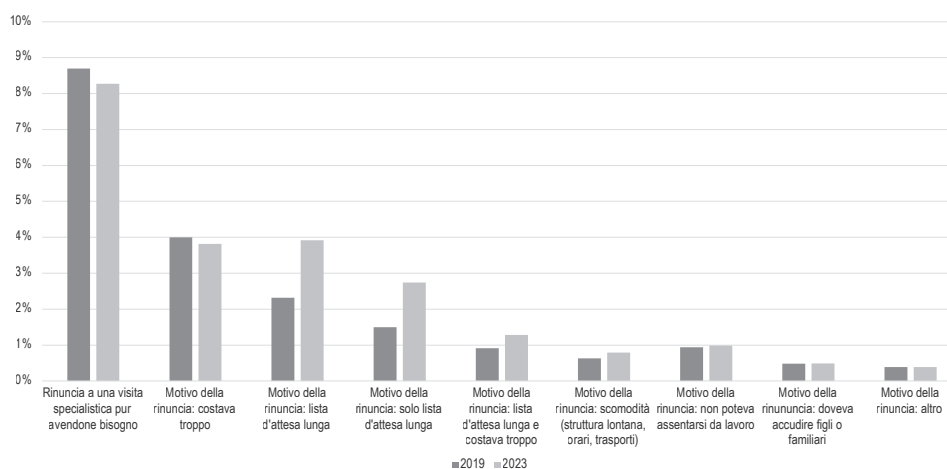
Fonte: elaborazione OCPS

re un quadro chiaro della direzione che le determinanti di scelta delle prestazioni hanno assunto nell'ultimo decennio. In primo luogo, è evidente una riduzione del peso della componente fiduciaria, sia nella struttura sanitaria, ma soprattutto nel professionista. Se fino all'inizio dello scorso decennio, la scelta

dell'utente si basava quasi del tutto sulla fiducia riposta nel professionista, questo aspetto si è diluito nel tempo fino a diventare uno dei fattori di scelta e non necessariamente il più rilevante. In secondo luogo, aumenta significativamente il peso riservato alle condizioni di accessibilità, sicuramente i tempi di attesa, soprattutto per quelle prestazioni occasionali che soffrono particolarmente i ritardi nell'erogazione nel SSN, ma anche ad esempio il tema della distanza, specie per le prestazioni a elevata frequenza e dove gli spostamenti potrebbero risultare più scomodi, come i trattamenti di riabilitazione fisica. Terzo, la dimensione economica assume una rilevanza che dieci anni fa si faceva fatica a osservare. Se questo derivi da una *commoditization* del bene «sanità», per la quale agli occhi dell'utente una prestazione sanitaria diventa sempre di più comune e generica, o da un irrigidimento dei vincoli di bilancio delle famiglie, a tutti i livelli, è difficile da dire con certezza, ma la concordanza dei risultati fornisce elementi per ritenere questo fenomeno estremamente interessante da osservare e approfondire.

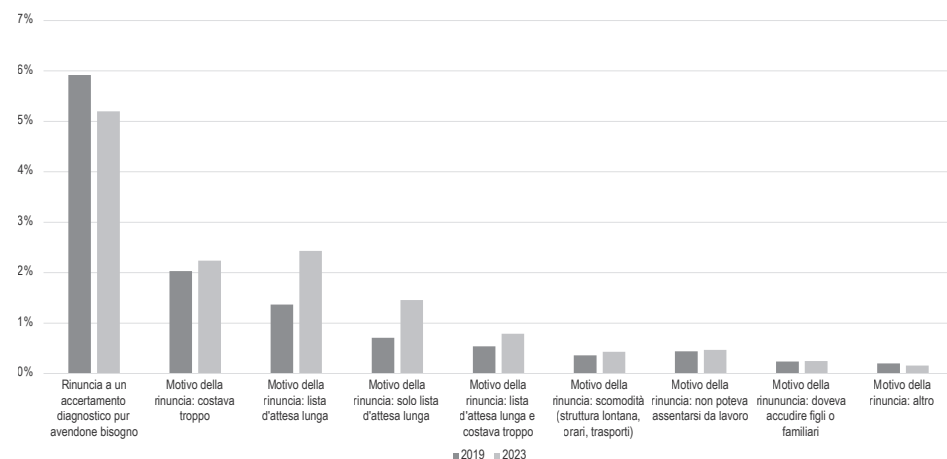
Sulle dimensioni legate al prezzo, all'attesa e all'accessibilità, si concentra da anni anche il dibattito legato all'equità dell'accesso a cure e prestazioni. Il tema è estremamente rilevante e altrettanto delicato, specialmente perché è difficile tracciare un confine netto sugli elementi che caratterizzano concetti come la rinuncia alle cure, definizione ricorrente nel dibattito, ma spesso ambigua nei contenuti. A chiarire il concetto in questo caso non contribuiscono nemmeno le fonti informative cui si fa solitamente ricorso. Da anni è entrata sistematicamente all'interno del dibattito pubblico e degli addetti ai lavori la misura della rinuncia alle cure proveniente dall'indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana. La misurazione del fenomeno fa riferimento unicamente a una domanda inclusa nel questionario somministrato alle famiglie partecipanti (*negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica/accertamento diagnostico pur avendone bisogno?*), cui seguono una serie di motivazioni che i rispondenti possono selezionare e che includono la dimensione economica (*costava troppo*), la lunga lista di attesa, la scomodità (*struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi*), l'impossibilità di assentarsi dal lavoro e la necessità di accudire figli o familiari. I risultati dell'indagine sono strutturalmente inseriti nell'annuale Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT e sono entrati a far parte degli indicatori di equità sociale del NSG. I dati del 2023 mostrano come l'8,3% della popolazione abbia dichiarato di aver rinunciato a una visita specialistica nei 12 mesi precedenti l'intervista. Il dato è stabile, se non in leggero calo, rispetto al 2019 (8,7%), ma dimostra comunque come una quota rilevante di residenti (circa 4,9 milioni di individui) dichiarino di aver rinunciato a una prestazione specialistica per una delle motivazioni indicate. Tra queste, quella prevalente nel 2023 è la rinuncia per motivi di eccessivo tempo di attesa (3,9%), di poco superiore alle motivazioni economiche (3,8%). A differenza di quest'ultima, è evidente la differenza nella quota di persone che

Figura 6.13 **Percentuale di popolazione che ha rinunciato a una visita specialistica pur avendone bisogno e motivo della rinuncia, 2019 e 2023**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Aspetti della vita quotidiana

Figura 6.14 **Percentuale di popolazione che ha rinunciato a un accertamento diagnostico pur avendone bisogno e motivo della rinuncia, 2019 e 2023**



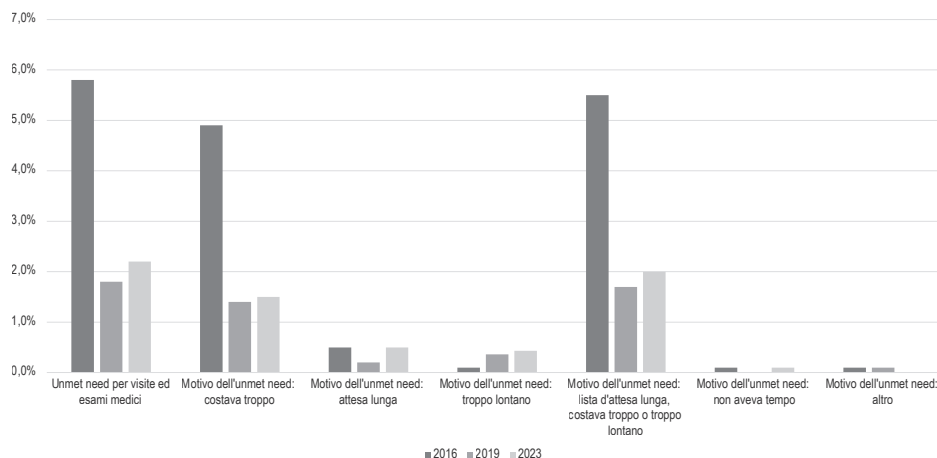
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Aspetti della vita quotidiana

individuano nell'attesa eccessiva il motivo della rinuncia, il 70% in più tra il 2019 e il 2023. Il fatto che le altre motivazioni rimangano stabili, così come il dato generale delle rinunce, porta a considerare l'attesa non come un fattore di rinuncia isolato, sebbene la percentuale di persone che dichiarano l'attesa come unico motivo di rinuncia di fatto raddoppi tra il 2019 (1,2%) e il 2023 (2,4%).

La situazione è del tutto analoga quando ci si sposta nell'ambito degli accertamenti diagnostici. Sebbene i valori siano generalmente ridotti (la percentuale di persone che ha dichiarato di aver rinunciato a un accertamento negli ultimi 12 mesi era pari al 5,2% nel 2023, circa 3 milioni di italiani), il fenomeno di aumento della rilevanza dell'attesa come motivazione principale della rinuncia è altrettanto evidente anche in questo ambito di prestazioni.

In questo ragionamento, dal quale emerge un quadro che merita sicuramente attenzione tra addetti ai lavori e decisori pubblici, è necessario però aggiungere alcune valutazioni di tipo metodologico che possono incidere significativamente sull'entità dei fenomeni sotto osservazione. Il tema ruota in particolare attorno al concetto di «bisogno» presente all'interno del quesito e in presenza del quale si qualifica un'effettiva rinuncia. In assenza di un bisogno effettivo di prestazioni, infatti, il rischio che il riferimento a bisogni di salute generici o ipotetici distorca l'effettiva rinuncia è concreto. Per questo motivo, a partire dal 2017 l'Eurostat ha chiesto a tutti i paesi aderenti di adeguare il questionario dell'indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), redatta dai singoli stati e armonizzata a livello europeo, inserendo delle domande di filtro rispetto all'effettiva presenza di un bisogno di salute, e soltanto in caso di risposta affermativa sottoporre la domanda sulla mancanza di trattamento (*unmet need*). La modifica è stata effettivamente recepita da ISTAT all'interno del questionario dell'indagine sulle condizioni di vita, ma non su quello relativo all'indagine sugli aspetti della vita quotidiana, dal quale proviene appunto l'indicatore inserito all'interno del Rapporto BES e del NSG. Questo ha comportato di fatto un disallineamento tra stime di fenomeni analoghi: la rinuncia alle cure dell'indagine sugli aspetti della vita quotidiana e l'*unmet need* dell'indagine sulle condizioni di vita. La Figura 6.15 riporta i dati provenienti dall'indagine europea per l'Italia. Innanzitutto, è evidente come il cambiamento di metodologia introdotto successivamente all'edizione 2016 abbia determinato una *break* strutturale nella dimensione del fenomeno. Se fino a quell'anno, quando la struttura delle due indagini era sovrapponibile, entrambe restituivano risultati sullo stesso ordine di grandezza, a partire da quella data gli indicatori hanno iniziato a divergere. L'inserimento della domanda filtro ha dunque portato a un profondo ridimensionamento del fenomeno dell'*unmet need* nel nostro paese: nel 2023 soltanto il 2,2% della popolazione over 16 aveva riportato di non essersi sottoposto a un esame o una visita pur avendone bisogno, in lieve aumento dall'1,8% del 2019. Prendendo per buono questo indicatore, si tratterebbe di circa 1,1 milioni di residenti a fronte dei quasi 5 milioni di residenti che dichiarano una rinuncia secondo l'indicatore più diffuso. Al netto della dimensione del fenomeno, è coerente invece con tutte le prospettive fin qui analizzate l'aumento del fattore attesa nel determinare un problema all'accesso. Anche per l'indagine sulle condizioni di vita, infatti, la percentuale di persone che ha dichiarato un *unmet need* a

Figura 6.15 Percentuale di popolazione over 16 che non ha ricevuto un trattamento o visita medica pur avendone bisogno (unmet need) e motivo dell'unmet need, 2019 e 2023



Fonte: elaborazione OCPS su dati EUROSTAT EU-SILC

causa di un eccessivo tempo di attesa è passata dallo 0,2% nel 2019 allo 0,5% nel 2023.

Alla luce degli elementi riportati e discussi all'interno di questo paragrafo di approfondimento, emergono due elementi che vale la pena sottolineare. Il primo riguarda la direzione dei fenomeni. Dalla concordanza delle varie fonti – indagini istituzionali e studi ad hoc – emerge chiaramente come le determinanti dell'accesso ai servizi sanitari si stiano progressivamente spostando verso dimensioni legate alle modalità di erogazione del servizio (prezzo, attesa, accessibilità) e che si poggiano sempre meno sulla dimensione professionale. Ognuna di queste leve ha delle proprie peculiarità in termini di azionabilità da parte degli erogatori, tanto per quelli pubblici che per quelli privati. Se il tema dell'attesa risulta oggi difficilmente gestibile da parte degli erogatori pubblici – tutti impegnati in una intensa attività finalizzata a fronteggiare le rappresentazioni più esasperate del fenomeno – quello legato al prezzo pone molti interrogativi sulle dinamiche di domanda e offerta e su quanto queste siano oggi governabili tanto dagli erogatori privati, quanto da quelli pubblici, sebbene per questi ultimi il tema non si ponga quando si tratta di accedere alle prestazioni in regime istituzionale. Le condizioni di accessibilità – vicinanza, prossimità, comodità, compatibilità degli orari – rappresenta infine un interessante terreno di lavoro per tutte le strutture erogatrici. Se le strutture private sembrano tendenzialmente più orientate e abituate a guardare e lavorare a tutte le condizioni che valorizzano l'esperienza di fruizione di una prestazione sanitaria – dalla

prenotazione, all'erogazione, al pagamento al follow-up – non si può dire ancora lo stesso delle strutture di erogazione pubbliche, che rimangono in gran parte ancorate a modalità di accesso amministrativo-burocratiche. Le stesse politiche di riduzione dei tempi di attesa, se da un lato miravano a migliorare l'accessibilità, ad esempio prevedendo l'apertura serale o nei fine settimana degli ambulatori specialistici, allo stesso tempo hanno messo in discussione tale principio, ad esempio estendendo gli ambiti geografici all'interno del quale le prestazioni in regime istituzionale possono essere proposte all'utente.

Il secondo elemento riguarda l'entità dei fenomeni. È il caso soprattutto del tema dell'equità all'accesso – rinuncia alle cure e *unmet need*. Mettendo a confronto le due indagini realizzate annualmente da ISTAT è impossibile non osservare come l'entità del fenomeno dipenda in questi casi in maniera determinante dall'approccio metodologico. Non negando l'esistenza dei driver sottostanti, una chiara indicazione circa l'entità del fenomeno è essenziale affinché il dibattito pubblico, le attese nei confronti del sistema di erogazione nel suo complesso, e le azioni che ne conseguono da parte dei decisori pubblici, siano proporzionate all'entità del fenomeno che si vuole contrastare.

6.7 Riflessioni conclusive

Il capitolo di quest'anno consegna al dibattito sui consumi privati, e sulla sanità italiana nel suo complesso, nuove e chiare evidenze le quali, se opportunamente considerate, dovrebbero finalmente riportare il dibattito stesso entro perimetri meno segnati da visioni preconcepite, quando non da vere e proprie ideologie. In effetti, come si vedrà, non si tratta di elementi nuovi per chi è abituato a leggere le analisi regolarmente offerte da OCPS, ma i dati a supporto hanno raggiunto un valore segnaletico difficilmente ignorabile.

Innanzitutto, per la prima volta in decenni, a parte l'evidente e facilmente spiegabile anomalia del 2020, la spesa per i consumi privati, anche in termini nominali, è complessivamente diminuita. Non è una buona notizia per un paese che ha livelli di spesa sanitaria totale sul PIL come quelli italiani. Il lato positivo è che una diminuzione in termini nominali dovrebbe finalmente eliminare, almeno fino alla pubblicazione di dati nuovi e diversi, la retorica della "crescita incontrollata della spesa privata", retorica che ha dominato il dibattito ed è stata alimentata dai media, ma anche da studiosi e commentatori che dovrebbero avere maggiore dimestichezza, se non con i fenomeni, almeno con i numeri. Rimarrà da vedere se uno sganciamento sul piano concettuale, a questo punto traumatico, della spesa privata da un rapporto diretto e immediato con la spesa sanitaria pubblica sarà sufficiente ad aprire uno spazio per una riconsiderazione del suo ruolo o se, per poter mantenere inalterati i quadri concettuali fin qui adottati, i dati, già ora pubblici, verranno semplicemente

ignorati, come purtroppo sembra stia avvenendo. Un secondo aspetto da considerare positivo è che le dinamiche che hanno colpito la componente *out of pocket*, probabilmente riconducibili a un inasprimento dei vincoli di bilancio per individui e famiglie e a una conseguente riconsiderazione del mix di consumo, non hanno toccato la componente intermediata, la quale è cresciuta di circa il 10%, mantenendo un trend di costante aumento del suo peso. Indipendentemente dai diversi punti di vista sulla sanità integrativa nella sua attuale configurazione, un riequilibrio tra componente individuale e quella collettiva nella spesa volontaria non può che essere visto con favore, anche alla luce del posizionamento italiano in un confronto internazionale.

Il capitolo segnala anche come nel 2023 la quota delle visite specialistiche fruite in regime privato abbia superato quelle erogate dalla componente pubblica. Lo sfondamento del muro del 50% rispetto ai numeri degli anni precedenti (50% e 48%) ha, ovviamente, un valore del tutto simbolico e comunicativo, non mutando l'essenza di un fenomeno diventato più evidente dopo il Covid, ma che era rilevante anche in precedenza (42% di visite private nel 2019). Anche in questo caso sarebbe augurabile che il dibattito, quello sulle liste di attesa, ma non solo quello, prendesse atto della realtà e iniziasse ad adottare quadri interpretativi meno semplicistici. Anche se non si condivide l'idea che alcune dinamiche strutturali producono una sostanziale ibridazione del sistema, idea più volte argomentata nei rapporti OCPS, è difficile immaginare che il sistema pubblico possa modificare significativamente una situazione come quella delineata. Ipotizzando una domanda immutata, il pubblico dovrebbe raddoppiare la propria offerta per sostituire la componente privata o aumentare l'offerta del 50% per raggiungere una "quota di mercato" del 75% (pari al rapporto tra spesa pubblica e spesa totale in sanità). Si tratta quindi, pur da prospettive diverse e anche divergenti, di guardare al tema "consumi pubblici – consumi privati" nell'area ambulatoriale in termini di ridisegno dei confini, in quali aree e rispetto a quali condizioni il pubblico aspira a fornire la risposta prevalente e in quali aree e condizioni non offre la medesima copertura, e in termini di integrazione dei consumi stessi nei concreti percorsi del paziente. Il dato del 51% dovrebbe, insomma, aiutare ad abbandonare l'idea che ogni e qualsiasi prestazione ambulatoriale a pagamento sia una sconfitta del sistema pubblico per riportare almeno parte di quelle prestazioni in un quadro di fisiologico e governato funzionamento di sistema.

Un terzo insieme di evidenze dà conto dello stato di avanzamenti di un lungo processo di «normalizzazione» dei consumi sanitari. Come le analisi di OCPS hanno più volte evidenziato, le prestazioni sanitarie stanno progressivamente perdendo la loro caratteristica di eccezionalità. Non è quindi sorprendente che le indagini registrino cambiamenti nei comportamenti di consumo. In questa prospettiva, l'indebolimento nelle scelte di consumo dell'elemento professionista a favore, in certi casi, della struttura e, soprattutto, della convenienza

economica avvicinano il consumatore di sanità a quello di molti altri settori. Le implicazioni, che non possono essere qui nemmeno accennate, di tale trasformazione sono profonde e variegate, ma, soprattutto, non interessano solo l'ambito dei consumi privati. Anche la componente pubblica, sia in termini di governo dei percorsi che di strutturazione dei servizi, deve fare compiutamente i conti con i cambiamenti nelle attese e nei comportamenti di molta parte della popolazione. Non aiuta, in questa presa d'atto, una concettualizzazione che classifica l'insieme di fenomeni qui accennati come «consumismo sanitario», non riconoscendo la possibilità che i soggetti possano operare scelte autonome e caratterizzate da accettabili livelli di razionalità anche in ambito sanitario. In altri termini, mentre l'*empowerment* del paziente che rimane nel perimetro pubblico viene considerato un fenomeno positivo da sostenere, la medesima affermazione di soggettività quando si estende al mercato, dando vita alla figura del consumatore di sanità che investe risorse proprie per rispondere ai bisogni come egli li percepisce, viene ritenuta un fenomeno deteriore da contrastare. Non si vuole qui sottovalutare il tema delle asimmetrie informative, ma semplicemente sottolineare come l'accettazione dell'*empowerment* non possa essere limitata all'offerta pubblica e che il consumatore meriti di essere educato, tutelato e accompagnato in un ambito di consumo che rimane meritorio.

Riprendendo e ribadendo quanto discusso alla fine del precedente paragrafo 6.6, una ultima e conclusiva notazione riguarda le evidenze (dati e informazioni strutturate a basso tasso di soggettività) e l'uso che ne viene fatto nel dibattito pubblico sulla sanità nel nostro paese. Se una delle ragioni d'essere di OCPS è quella di alimentare una riflessione collettiva che abbia un qualche riferimento alle evidenze, contribuendo così a processi decisionali, se non più razionali, almeno più informati, il caso della rinuncia alle cure testimonia delle difficoltà nel realizzare l'obiettivo. Così come è avvenuto per l'affermazione «le spesa sanitaria privata sta aumentando», anche la notizia che «cinque milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure» circola incontrastata e senza nessun serio approfondimento sul suo reale significato. Il punto è che, in assenza di una analisi seria e ragionevolmente fondata, i complessi problemi di una società difficilmente si superano. Anche dove le semplificazioni più o meno intenzionalmente orientate fossero comprensibili nel confronto politico o nella comunicazione dei grandi media, non dovrebbero essere tollerate o, peggio, alimentate, da chi dovrebbe o vorrebbe rappresentare il punto di vista di un esperto, di qualcuno in grado di fornire una lettura ragionata della realtà.

Il capitolo di quest'anno dedicato ai consumi privati si chiude, quindi, con un appello a tutti i coloro che per professione si occupano di produrre analisi e proposte su una parte fondamentale della nostra vita collettiva, come è il sistema sanitario, di non commettere l'ennesimo tradimento dei chierici. Sulla sanità, e sui consumi sanitari privati in particolare, abbiamo bisogno di un di-

battito serio ed è una nostra responsabilità collettiva fornire un terreno, anche minimo, di evidenze condivise sul quale poi si possano sviluppare visioni e proposte radicalmente diverse.

6.8 Bibliografia

- ANIA (2025). «*L'assicurazione italiana 2024/2025*». Trattoda: <https://www.ania.it/documents/35135/439653/L%27Assicurazione+Italiana+2024+2025.pdf/6723d2fa-5af8-8bb0-9de0-cab032e8eafe?version=1.0&t=1752071226798>.
- Del Vecchio M. (2012). *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015). Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico. In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015). I Consumi Privati in Sanità: i dati. In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015). Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS. *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013). I Consumi Privati in Sanità. In Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech e Rappini V. (anni vari). I Consumi Privati in Sanità. In CeRGAS-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*. Milano, Egea.
- Federfarma (2025). «*La Farmacia in Italia 2025*». Tratto da: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1747725669.pdf>.
- Giannetti G., Bellentani M.D., Mennini F.S., Cicchetti A., I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° Rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024.
- OECD (2025). Health Statistics 2024.
- OECD, Eurostat, WHO (2017), Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), 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, Paris, OECD.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OSMED). (2025). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2024. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco.
- Thomson S., Foubister S., Mossialos E., (2009), *Financing health care in the*

European Union. Challenges and policy responses. Copenhagen, World Health Organization.

Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C. (2009) «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system» *Health economics, policy, and law*. 5. 201-23.

Toth F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further?. *Health Policy*, 120(5), 535-543.

