

## 2.1. Un Secondo Pilastro Complementare, anche in Sanità (il modello francese)

Il Secondo Pilastro Sanitario non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma invece un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio Sanitario Nazionale attraverso il quale “intermediare” la spesa sanitaria (*ticket* del Servizio Sanitario Nazionale inclusi) rimasta a loro carico.

Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro sistema pubblico, ma, al contrario, di una fonte di alimentazione aggiuntiva per il sistema sanitario che attraverso l’organizzazione ed il governo della spesa sanitaria privata è in grado di favorire la sostenibilità futura dello stesso Servizio Sanitario Nazionale utilizzando strumenti messi a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario. Del resto un’evoluzione *multipillar* del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia e all’Olanda) e ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di welfare, come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell’universalismo (quali la Gran Bretagna, il Canada e l’Australia).

I Fondi Sanitari, le Compagnie Assicuratrici e le Società di Mutuo Soccorso possono quindi garantire un supporto fondamentale al Servizio Sanitario Nazionale in termini di sostenibilità ed efficienza garantendo al contempo il recupero di importanti “quote di universalismo” perse dal sistema sanitario nel suo complesso per via dalla diversa capacità assistenziale di ciascuna Regione e del razionamento implicito derivante dalle politiche di riequilibrio della spesa pubblica in sanità degli ultimi anni. In quest’ottica, occorre lavorare alla costruzione di un Secondo Pilastro Sanitario “aperto”, ovvero non più riservato ai lavoratori dipendenti, che garantisca una protezione aggiuntiva a tutti i cittadini senza distinzioni di attività lavorativa, reddito/condizione sociale, età (lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, liberi professionisti, P.IVA, pensionati, studenti, casalinghe etc.) e che si estenda all’intero nucleo familiare.

L’ambito di operatività del Secondo Pilastro Sanitario in prospettiva dovrebbe essere riposizionato rispetto all’attuale campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative (odontoiatria, socio-sanitario e socio-assistenziale) per andare ad abbracciare l’intero campo della spesa sanitaria privata quindi pagata direttamente di tasca propria dai cittadini per la quota servizi (con particolare attenzione a odontoiatria, prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali) e finanziare Protocolli di Prevenzione contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili”. In questo modo l’incidenza percentuale della spesa sanitaria privata sui redditi delle famiglie – attualmente la più alta (87%) in assoluto tra i Paesi OCSE – potrebbe essere notevolmente contenuta attraverso una più efficace azione di intermediazione da parte del Secondo Pilastro Sanitario.

Per raggiungere questi obiettivi servono regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) che prevedano l’obbligo per far parte del sistema di garantire: l’assenza di

selezione del rischio in ingresso, il divieto di recesso unilaterale da parte della Forma Sanitaria Integrativa per sopraggiunta onerosità della copertura, l'estensione dei Piani Sanitari Integrativi al nucleo familiare, la prosecuzione della copertura sanitaria anche dopo il pensionamento e un'adeguata solvibilità finanziaria in linea con la recente normativa *Solvency II* applicata in tutti i Paesi UE.

I contributi versati a tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) in possesso dei suddetti requisiti devono essere deducibili, senza ulteriori distinzioni, per tutti i cittadini.

Essenziale in questo contesto la costituzione di un'Autorità di Vigilanza Unica in grado di garantire l'applicazione delle regole per le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso).

Inoltre andrebbe rimossa l'imposta sui premi (pari attualmente al 2,5%) versati dai Fondi Sanitari, dalle Società di Mutuo Soccorso o dai cittadini nel momento in cui decidano di attivare una copertura assicurativa a protezione dei propri Piani Sanitari. Tale prelievo, peraltro di entità contenuta, genera un profondo disincentivo nei confronti dei cittadini e dà luogo ad un'inspiegabile diversificazione di regime fiscale tra le diverse Forme Sanitarie Integrative. Non bisogna dimenticare, infatti, che la copertura assicurativa dei Piani Sanitari promossi dai Fondi Sanitari e dalle Società di Mutuo Soccorso rappresenta un'importante garanzia in materia di solvibilità in favore degli assistiti.

I vantaggi derivanti dalla messa in atto della proposta fin qui illustrata sono essenzialmente i seguenti:

- ◆ recuperare *governance* da parte del SSN sulla spesa sanitaria privata dei cittadini attualmente gestita in completa autonomia con rischi di inappropriatelyzza, consumismo sanitario e, comunque, mancata rispondenza (*compliance*) ad un percorso sanitario specifico
- ◆ garantire un risparmio per i cittadini attraverso "l'intermediazione" da parte del Secondo Pilastro Sanitario di almeno il 50% della spesa sanitaria privata che attualmente grava sui redditi delle famiglie (prevalentemente a valere sulla quota "servizi")
- ◆ contenere i costi della sanità privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le strutture sanitarie private da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso)
- ◆ ridurre il fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici ed ottimizzazione delle Liste di Attesa con conseguente incremento dell'accessibilità alle cure a favore dei cittadini
- ◆ migliorare la salute dei cittadini attraverso Protocolli di Prevenzione contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili a favore della popolazione assistita finanziati continuamente dal Secondo Pilastro Sanitario, con un risparmio potenziale per l'intero sistema di oltre 8 miliardi di Euro nei prossimi 20 anni
- ◆ contrastare l'elusione fiscale in sanità (oltre 9 miliardi di Euro tra specialistica e badanti) in quanto per ottenere il rimborso da una Forma Sanitaria Integrativa (Fondo Sanitario, Compagnia di Assicurazione, Cassa di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) è necessario presentare la fattura della spesa sostenuta

- ◆ incrementare l'occupazione attraverso il finanziamento delle spese socio sanitarie e socio assistenziali da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso), in quanto la necessità di regolarizzare i rapporti di lavoro per ottenere il rimborso delle prestazioni consente di realizzare tra i 500mila e gli 800mila nuovi posti di lavoro.

Il primo scenario che abbiamo analizzato è quello di un Secondo Pilastro Sanitario Aperto, in cui si ipotizza di applicare le Forme di Sanità Integrativa a tutta la popolazione italiana, senza distinzioni di attività lavorativa, reddito e condizione sociale (lavoratori dipendenti, autonomi, liberi professionisti, p. iva, studenti, casalinghe, etc.), attraverso un'adesione semivolontaria che preveda la copertura di tutte le voci della spesa sanitaria privata (con particolare attenzione a odontoiatria, prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali e prevenzione (Tabella 11)). È necessario, inoltre, prevedere regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Casse di Assistenza, Compagnie di Assicurazione e Società di Mutuo Soccorso), nello specifico prevedendo la necessità della mancanza di selezione del rischio, della possibilità di estendere le coperture al proprio nucleo familiare, della copertura dei cittadini anche a seguito di pensionamento, mantenendo comunque un margine di solvibilità adeguato. I contributi versati ai soggetti che rispettino quanto sopra potranno dunque ritenersi deducibili. Infine, è evidente la necessità di istituire un'Autorità di Vigilanza unica, in grado di garantire l'applicazione ed il rispetto delle regole da parte delle Forme Sanitarie Integrative.

Questa ricetta può garantire sostenibilità aggiuntiva al Servizio Sanitario Nazionale (recupero della *governance* da parte del S.S.N. della spesa sanitaria privata dei cittadini), può consentire ai cittadini di risparmiare almeno il 50% della spesa sanitaria privata che attualmente grava sui redditi delle famiglie nonché un contenimento dei costi della sanità privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le strutture da parte delle Forme Sanitarie Integrative.

Non si tratta di una tassa aggiuntiva, ma di uno sconto del 50% su quello che già pagano oggi e, probabilmente, con livelli di servizio migliori. Un vero e proprio recupero dell'universalismo: da un lato la riduzione della rinuncia alle cure per motivi economici, dall'altro un'ottimizzazione delle liste di attesa con incremento contestuale dell'accessibilità alle cure. Le Forme Sanitarie Integrative sono in grado di garantire un flusso continuativo e costante di alimentazione di Protocolli di Prevenzione a favore della propria popolazione di assistiti; l'attuazione di questi protocolli, incentivata dalle Forme Sanitarie Integrative, anche per motivazioni legate al contenimento del rischio, assicura un efficace contrasto contro le malattie croniche non trasmissibili e potrebbe evitare il pagamento delle cure di tasca propria da parte di 36 milioni di italiani attraverso un'intermediazione collettiva della spesa sanitaria privata. Questa impostazione potrebbe garantire al sistema sanitario 22 miliardi di Euro annui aggiuntivi ed un contenimento della spesa sanitaria privata compreso tra 8,7 miliardi di Euro e 4,3 miliardi di Euro annui.

**Tabella 11 – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 1: un Secondo Pilastro Sanitario Aperto a tutti i cittadini (modello francese)**

<b>HP1 (con beneficio fiscale)</b>	<b>Importo</b>
<b>A) ASSUMPTIONS</b>	
<b>Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)</b>	
> Totali	60.656.000,00
- Cittadini che sostengono spese sanitarie private	37.000.160,00
<b>Spesa sanitaria privata</b>	<b>35.182.000.000,00</b>
> di cui spesa sanitaria privata per servizi	16.535.540.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per beni	18.646.460.000,00
<b>B) INPUT</b>	
> spesa sanitaria privata intermediabile	21.627.343.700,00
> spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.554.656.300,00
> % assicurati su popolazione totale	97,50%
> costi attuali per detrazione	2.205.911.400,00
> costi futuri per detrazione	849.876.950,01
> costi futuri per deduzione	4.557.460.157,11
> maggiori entrate per imposta sui premi	411.694.684,47
> maggiori costi per beneficio fiscale	2.789.731.022,65
<b>C) OUTPUT</b>	
> <b>Finanziamenti aggiuntivi per il Sistema Sanitario</b>	<b>21.627.343.700,00</b>
> <b>Saldo per la Finanza Pubblica</b>	<b>- 2.789.731.022,65</b>
> <b>Riduzione netta spesa sanitaria privata</b>	<b>8.729.688.174,65</b>
> <b>Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini</b>	<b>143,92</b>
> <b>% Riduzione spesa sanitaria privata cittadini</b>	<b>24,81%</b>
<b>HP2 (senza beneficio fiscale)</b>	
<b>Importo</b>	
<b>A) ASSUMPTIONS</b>	
<b>Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)</b>	
> Totali	60.656.000,00
- Cittadini che sostengono spese sanitarie private	37.000.160,00
<b>Spesa sanitaria privata</b>	<b>35.182.000.000,00</b>
> di cui spesa sanitaria privata per servizi	16.535.540.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per beni	18.646.460.000,00
<b>B) INPUT</b>	
> spesa sanitaria privata intermediabile	21.625.495.700,00
> spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.556.504.300,00
> % assicurati su popolazione totale	97,50%
> costi attuali per detrazione	2.205.911.400,00
> costi futuri per detrazione	849.992.819,61
> costi futuri per deduzione	-
> maggiori entrate per imposta sui premi	411.643.864,47
> maggiori costi per beneficio fiscale	-
<b>C) OUTPUT</b>	
> <b>Finanziamenti aggiuntivi per il Sistema Sanitario</b>	<b>21.625.495.700,00</b>
> <b>Saldo per la Finanza Pubblica</b>	<b>1.355.918.580,39</b>
> <b>Riduzione netta spesa sanitaria privata</b>	<b>4.315.343.450</b>
> <b>Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini</b>	<b>71,14</b>
> <b>% Riduzione spesa sanitaria privata cittadini</b>	<b>12,27%</b>

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Da non sottovalutare, infine, i temi del maggior gettito fiscale e della nuova occupazione: la necessità di presentare le fatture alle Forme Sanitarie Integrative per ottenerne il rimborso garantirebbe un forte contrasto all'evasione in sanità (almeno 2 miliardi di Euro tra specialistica e badanti) e la necessità di regolarizzare i rapporti di

lavoro per ottenere il rimborso dalle Forme Sanitarie Integrative consentirebbe di realizzare tra i 500.000 e gli 800.000 posti di lavoro in più per garantire l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Questa ricetta potrebbe mettere a disposizione del nostro Sistema Sanitario più di 20 miliardi di Euro di risorse aggiuntive, colmando da sola il *gap* che dovremo affrontare di qui al 2025, restituendo più equità e più inclusione a tutti i cittadini italiani, che sarebbero coperti dalle Forme di Sanità Integrativa attraverso una forma di assicurazione sociale, ovvero calmierata a tariffe predefinite con obbligo di sottoscrizione e con l'impegno a "non lasciare indietro nessuno". Questa soluzione potrebbe portare una riduzione netta della spesa sanitaria privata di 10 miliardi di Euro direttamente nelle tasche dei propri cittadini; richiederebbe, nello scenario con beneficio fiscale, ovvero estensione della deducibilità fiscale a tutti i cittadini (come prevista oggi per i lavoratori dipendenti), un costo aggiuntivo per lo Stato di poco meno di 2 milioni di Euro (una spesa "minima", considerate le dimensioni effettive del fenomeno analizzato). Si potrebbe persino dimezzare l'impatto delle deduzioni fiscali e, con questo, finanziare una campagna informativa a favore dei cittadini. E i risultati, come premesso, sarebbero straordinari.

## 2.2. L'esternalizzazione di alcune assistenze.

### Dall'*Opting Out* all'*Opting In* (modello tedesco)

Una seconda ipotesi è quella che prevede l'esternalizzazione di alcune assistenze o meglio un sistema di "*Opting In*" attraverso il quale recuperare quella quota crescente di cittadini italiani a medio-basso reddito che hanno dovuto rinunciare alle cure per motivi economici o per via delle liste di attesa (Tabella 12). Un sistema di *Opting In*, peraltro, potrebbe garantire nel contempo importanti *savings* al Servizio Sanitario Nazionale, che potrebbero essere destinati alla promozione della Salute dei cittadini, ed una riduzione delle liste di attesa attraverso una prioritizzazione della risposta assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini a reddito medio-basso. In altri termini, invece di accettare passivamente la rinuncia alle cure da parte di 12,2 milioni di Italiani (di cui due terzi a basso reddito), si intende promuovere un'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini con redditi più alti (15 milioni di cittadini) mediante l'assicurazione privata della totalità delle loro cure sanitarie con un risparmio previsto spesa sanitaria pubblica da 18,5 miliardi di Euro a 3,1 miliardi di Euro annui da investire a favore dei cittadini più bisognosi (economicamente ed a livello di salute).

Tale scenario consentirebbe a fasce identificate della popolazione (ad esempio per livelli reddituali) di optare su base volontaria per una rinuncia al Servizio Sanitario Nazionale e per l'affidamento, per sé stessi e per la propria famiglia, ad un sistema sanitario a gestione privata (comunque supervisionato dal Ministero della Salute ed integrato con i sistemi informatici delle Regioni). Tale modello, che trae origine dal sistema sanitario adottato in Germania (dove la fetta di popolazione con reddito più alto non grava sul sistema sanitario pubblico, favorendo di conseguenza l'assistibilità delle fasce di popolazione più bisognose,

ma comunque lo sostiene finanziariamente attraverso una contribuzione di solidarietà prevede anche l'estensione, in favore del cittadino optante, del regime di deducibilità fiscale previsto per le Forme Sanitarie Integrative di natura collettiva, mantenimento per il cittadino optante di una contribuzione di solidarietà (in misura ridotta) al S.S.N. e, soprattutto, un sistema di disincentivi che penalizza i cittadini che, pur rientranti nella fascia di reddito prevista per l'opzione, decidano di non effettuare l'opzione di uscita, non contribuendo quindi allo snellimento delle liste di attesa e dei costi del S.S.N.. Anche in questa seconda ipotesi vi è poi la necessità di una supervisione del sistema sanitario privato da parte del Ministero della Salute, mediante lo sviluppo di un rapporto di coordinamento e controllo analogo a quello attualmente in essere con ciascun sistema sanitario regionale.

L'*Opting In* sarebbe dunque in grado di contenere i costi del Servizio Sanitario Nazionale, di garantire la piena assistibilità dei cittadini di basso reddito (recupero dell'equità e contenimento del fenomeno della rinuncia alle cure) e di recuperare la capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (riduzione delle liste di attesa) attraverso l'uscita di fasce della popolazione che dispongono della capacità reddituale per affidare le proprie cure ad un sistema sanitario a gestione privata.

Inoltre, garantirebbe un risparmio per i cittadini grazie alla riduzione della spesa sanitaria privata di tasca propria, per effetto di un ampliamento della quota di spesa sanitaria privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative.

Anche in questa seconda ipotesi è importante sottolineare, infine, i benefici già sopra esposti in materia fiscale (aumento del gettito fiscale) ed occupazionale (nuovi posti di lavoro).

In Italia oggi ci sono 8 milioni di Italiani che non riescono ad accedere alle cure per motivi economici; abbiamo, al tempo stesso, 15 milioni di Italiani con redditi medio alti. Si tratta di capire se vogliamo mantenere il modello attuale di spesa sanitaria privata non governata, dove ciascuno spende in base a quello che può, oppure richiedere un sacrificio alla fascia di cittadini con reddito maggiore. Questa ricetta, se applicata per le famiglie che hanno un reddito superiore a 60.000 Euro<sup>12</sup>, sarebbe in grado di liberare un risparmio in termini di spesa sanitaria pubblica di oltre 18,5 miliardi di Euro, garantendo un risultato positivo di oltre 9 miliardi di Euro per la finanza pubblica. Un tale scenario comporterebbe una riduzione complessiva delle liste d'attesa del 23% e porterebbe un decremento della spesa sanitaria privata *pro capite* di 105 Euro per i cittadini optanti, ovvero per quelli che, avendo reddito più alto, sarebbero invitati e incentivati a uscire dal sistema per affidarsi alla "seconda gamba" del sistema sanitario.

La medesima soluzione, se spostata su chi ha redditi più elevati, passando dai 60.000 ai 100.000 euro annui, riduce il risparmio per la spesa sanitaria pubblica: si tratterebbe di passare da 18,5 miliardi di Euro a 3,1 miliardi di Euro, ma in ogni caso consentirebbe, come avvenuto nel caso della Germania, di introdurre un meccanismo nel quale il sistema

---

12 Come abbiamo visto, nel precedente paragrafo G), in Germania l'*Opting Out* è riservato, su base reddituale, ai soli cittadini che presentano redditi annui lordi superiori ai 53.550 Euro annui.

**Tabella 12 – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 2: l'esternalizzazione di alcune assistenze (Opting In) (modello tedesco)**

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

HP1 (opting in per famiglie > € 60.000)	Importo
<b>A) ASSUMPTIONS</b>	
Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)	60.656.000,00
Famiglie	25.816.311
- Famiglie con Reddito over 60.000	5.324.193
<b>- Componenti Famiglie con Reddito over 60.000</b>	<b>15.542.528</b>
<b>Spesa sanitaria pubblica</b>	<b>113.300.000.000,00</b>
> Diversificazione per componenti di spesa pubblica	-
- Voci di spesa collegate al volume dei servizi erogati	41.606.353.632
- Voci di spesa riducibili al volume dei servizi erogati	71.387.680.656
- Voci di spesa non comprimibili	9.286.607.496
> Incidenza per fasce di reddito	-
- Reddito da 60.001 a 100.000	15,57%
- Reddito oltre 100.001	5,18%
<b>Spesa sanitaria privata</b>	<b>35.182.000.000,00</b>
> Diversificazione per componenti di spesa privata	-
- spesa sanitaria privata intermediabile	21.627.343.700,00
- spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.554.656.300,00
- spesa sanitaria privata riconducibile alle liste di attesa	7.202.881.224,00
<b>B) INPUT</b>	
<b>Spesa sanitaria pubblica risparmiabile</b>	<b>3.106.570.166,34</b>
> Spesa sanitaria pubblica famiglie Reddito over 60.000	23.519.113.878,46
> Quota spesa sanitaria pubblica cmq necessaria	4.983.883.292,44
> % optanti per sistema sanitario assicurativo	66,66%
> Sconto contributivo per optanti su finanziamento SSN	30,00%
> Aliquota media tassazione IRPEF redditi interessati	37,77%
> Maggiorazione contributiva per i non optanti	<b>30,00%</b>
<b>Entrate</b>	
> Maggiori entrate contributive	2.352.381.770,12
> Entrate fiscali IRPEF	4.144.571.381,84
Imposta premi assicurativi	203.995.680,00
<b>Uscite</b>	
> Minore contribuzione verso il SSN	10.974.488.917,97
> costi attuali per detrazione	4.468.631.636,91
> costi futuri per detrazione	1.489.841.787,74
> costi futuri per deduzione	3.425.669.163,87
<b>C) OUTPUT</b>	
> Risparmio Spesa Sanitaria Pubblica	<b>18.535.230.586,02</b>
> Saldo per Finanza Pubblica	<b>9.346.179.548,40</b>
> Riduzione complessiva liste di attesa (in gg.)	<b>12,38</b>
> % Riduzione complessiva liste di attesa	<b>23%</b>
> Risparmio complessivo per cittadini optanti	<b>6.240.330.987,15</b>
> Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	<b>105,31</b>
> % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	<b>18,16%</b>

deve essere accessibile per le classi più deboli e residualmente va a servire le classi più ricche, le quali hanno più facilità nell'accesso anche alla spesa sanitaria privata e rispetto alle quali le cure rinunciate hanno un'incidenza ben diversa.

Ai fini della realizzazione dello scenario dell'*Opting In*, è stata utilizzata a base di calcolo la distribuzione delle famiglie per classi di reddito lordo e per numero di componenti, come da Indagine ISTAT sui redditi e consumi delle famiglie italiane. Inoltre, sulla base della spesa sanitaria pubblica *pro capite* e della spesa sanitaria privata pro nucleo, è derivato il dato la spesa sanitaria media complessiva pro nucleo. Da

**Tabella 12 bis – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 2: l'esternalizzazione di alcune assistenze (Opting In) (modello tedesco)**

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

<b>HP2 (opting in per famiglie &gt; € 100.000)</b>	<b>Importo</b>
<b>A) ASSUMPTIONS</b>	
<b>Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)</b>	60.656.000,00
Famiglie	25.816.311
- Famiglie con Reddito over 60.000	1.462.264
<b>- Componenti Famiglie con Reddito over 60.000</b>	<b>4.361.701</b>
<b>Spesa sanitaria pubblica</b>	<b>113.300.000.000,00</b>
> Diversificazione per componenti di spesa pubblica	-
- Voci di spesa collegate al volume dei servizi erogati	41.606.353.632
- Voci di spesa riducibili al volume dei servizi erogati	71.387.680.656
- Voci di spesa non comprimibili	9.286.607.496
> Incidenza per fasce di reddito	-
- Reddito da 60.001 a 100.000	15,57%
- Reddito oltre 100.001	5,18%
<b>Spesa sanitaria privata</b>	<b>35.182.000.000,00</b>
> Diversificazione per componenti di spesa privata	-
- spesa sanitaria privata intermediabile	21.625.495.700,00
- spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.556.504.300,00
- spesa sanitaria privata riconducibile alle liste di attesa	7.202.881.224,00
<b>B) INPUT</b>	
<b>Spesa sanitaria pubblica risparmiabile</b>	3.106.570.166,34
> Spesa sanitaria pubblica famiglie Reddito over 60.000	5.873.664.167,51
> Quota spesa sanitaria pubblica cmq necessaria	2.767.094.001,17
> % optanti per sistema sanitario assicurativo	66,66%
> Sconto contributivo per optanti su finanziamento SSN	30,00%
> Aliquota media tassazione IRPEF redditi interessati	39,42%
> Maggiorazione contributiva per i non optanti	<b>50%</b>
<b>Entrate</b>	
> Maggiori entrate contributive	979.139.816,72
> Entrate fiscali IRPEF	1.080.428.289,72
Imposta premi assicurativi	57.247.325,63
<b>Uscite</b>	
> Minore contribuzione verso il SSN	2.740.769.173,84
> costi attuali per detrazione	1.115.996.191,83
> costi futuri per detrazione	372.073.130,36
> costi futuri per deduzione	984.654.000,75
<b>C) OUTPUT</b>	
> <b>Risparmio Spesa Sanitaria Pubblica</b>	<b>3.106.570.166,34</b>
> <b>Saldo per Finanza Pubblica</b>	<b>1.125.889.293,46</b>
> <b>Riduzione complessiva liste di attesa (in gg.)</b>	<b>5,45</b>
> <b>% Riduzione complessiva liste di attesa</b>	<b>10%</b>
> <b>Risparmio complessivo per cittadini optanti</b>	<b>1.435.530.314,94</b>
> <b>Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti</b>	<b>165,34</b>
> <b>% Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti</b>	<b>28,51%</b>

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

quest'ultimo dato e sulla base di alcune ipotesi di come tale spesa è suddivisa tra le due componenti (pubblica e privata) è stata stimata la distribuzione delle stesse componenti per classe di reddito. Inoltre combinando la spesa sanitaria media per nucleo con la distribuzione dei nuclei familiari per fasce di reddito si è verificato che la ripartizione della spesa ipotizzata fosse coerente con il dato disponibile della spesa sanitaria pubblica e con quella della spesa privata. Le ipotesi adottate hanno dunque portato ad ottenere valori di spesa sanitaria pubblica (113 miliardi di Euro) e privata (35 miliardi di Euro) molto vicini ai valori reali.