



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

02.2014

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

Negli ultimi anni il settore sanitario ha pagato un prezzo molto alto all'obiettivo di risanamento dei conti pubblici. La necessità di rispettare gli impegni assunti a livello europeo ha imposto al settore consistenti tagli, tali da comportare per il 2013 una riduzione del finanziamento statale in termini nominali, segnando un significativo punto di discontinuità rispetto al passato.¹

Tutti i principali comparti di spesa sono stati interessati dai tagli: dal personale dipendente, con nuovi vincoli alle assunzioni e il "congelamento" delle retribuzioni, agli acquisti di beni e servizi, in particolare con le norme del Dl 95/2012, cosiddetto di "spending review", alle diverse forme di assistenza accreditata e convenzionata.

Quali le conseguenze sul settore sanitario? Come si vedrà meglio nelle pagine seguenti, nel 2013 la spesa sanitaria pubblica si è ridotta per la terza volta consecutiva, raggiungendo l'importo di 109,3 miliardi di euro. È continuato, inoltre, il percorso di assorbimento dei disavanzi del SSN, anche se permangono le difficoltà delle Regioni in disequilibrio strutturale, in particolare Lazio e Molise. A completare il quadro, esamineremo gli effetti sul finanziamento statale delle misure varate nella scorsa sessione di bilancio. Ciò ci consentirà di fare "più luce" su quelle che possono essere le dinamiche del settore, dal punto di vista economico, nei prossimi anni.

[1] vedi pagina 18

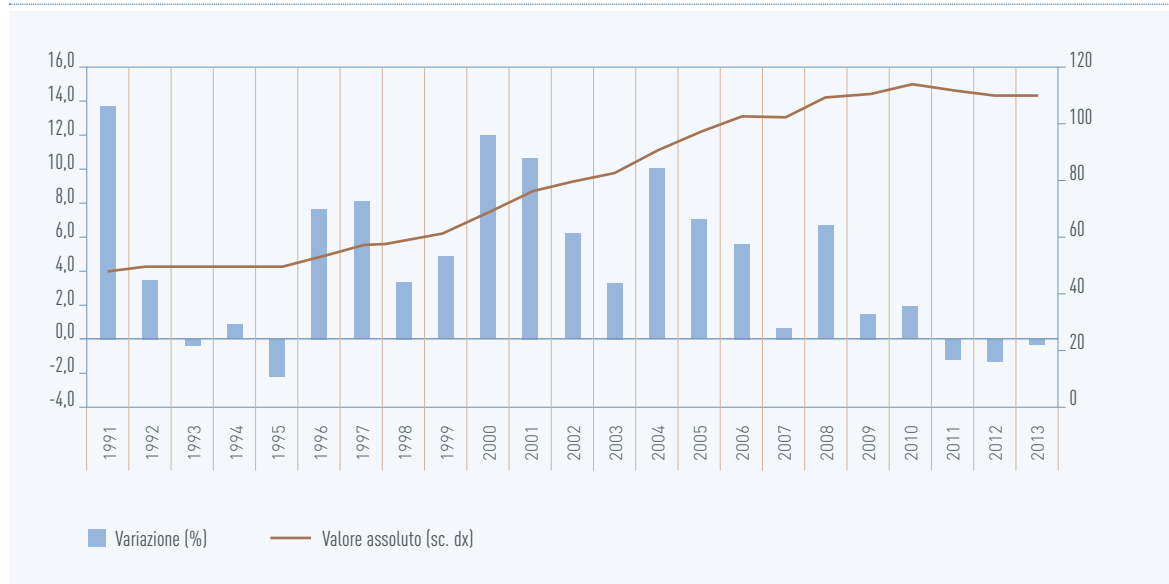
La spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione: i risultati del 2013

Per il terzo anno consecutivo la spesa sanitaria complessiva della Pubblica amministrazione (PA) fa registrare nel 2013 una riduzione in termini nominali pari allo 0,3%, raggiungendo l'importo di 109,3 miliardi di euro.² In particolare, secondo i dati del Documento di Economia e Finanza 2014 (DEF 2014), nel 2013 la riduzione riguarda la spesa sostenuta direttamente dalle strutture pubbliche, che beneficiano di una minore spesa per il personale (-1,1%) che compensa l'aumento di quella per beni e servizi (0,3%).³ Sostanzialmente stazionaria la spesa per l'assistenza accreditata e convenzionata: si riduce la spesa farmaceutica (-3%) e per la medicina di base (-0,7%) e aumenta quella delle altre prestazioni.⁴

La *figura 1* mostra la dinamica della spesa dal 1991 ad oggi, in termini assoluti e di variazioni percentuali annue. Sebbene nel 2013 la riduzione sia meno forte di quella del biennio precedente (-1,3% in media d'anno), il risultato è considerevole. È migliore di quello atteso nelle stime ufficiali e rafforza una tendenza che in Italia si era verificata solo tra il 1993 e il 1995, in occasione delle severe misure di contenimento della spesa pubblica varate in seguito alla crisi economica del 1992. Allora, la spesa sanitaria si ridusse per due anni non consecutivi a un tasso medio annuo dello 0,7%.

Nel 2013 la spesa sanitaria si è ridotta per il terzo anno consecutivo.

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria (1991-2013)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2013) e MEF (2014).
 La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'abito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec '95).

Il settore ha dato, in definitiva, un significativo contributo al rispetto dei vincoli posti in sede europea. L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil si è ridotta nell'ultimo triennio di 3 decimi di punto, passando dal 7,3% del biennio 2009-2010 al 7% del 2011-2013. In modo analogo, l'incidenza sulla spesa primaria, ossia la spesa complessiva al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, si è ridotta nell'ultimo triennio di 4 decimi di punto, passando dal 15,6% del 2010 al 15,2% del 2013.

I conti del SSN: costi, ricavi e risultati di bilancio

L'analisi condotta nel paragrafo precedente ha permesso di valutare la *performance* del settore sanitario e il suo contributo al contenimento dei costi della PA e al riordino dei conti pubblici. Resta però da valutare se in corrispondenza di tale risultato il settore sia stato in grado di mantenere in equilibrio i propri conti e se a livello territoriale siano ancora presenti le differenze di *performance* evidenziate negli anni passati. A tal fine, è necessario ricorrere ad una fonte alternativa di dati, riferiti esclusivamente al SSN, che però si fermano al 2012.⁵

Nella *Tabella 1* sono riportati, per gli anni 2001-2012, i costi e i ricavi del SSN con il relativo risultato di utile o perdita.⁶ In particolare, i costi sono distinti tra quelli dell'assistenza erogata direttamente dalle strutture pubbliche (costi per Gestione diretta) e quelli sostenuti per l'assistenza accreditata e convenzionata (Gestione accreditata e convenzionata), in cui per ragioni di comodità abbiamo incluso anche i costi sostenuti per le prestazioni erogate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e dall'Associazione Cavalieri Italiani Sovrano Ordine Militare di Malta. I ricavi, invece, sono distinti tra le risorse riconducibili al finanziamento statale ordinario e quelle proprie delle Regioni, al netto di quelle reperite per dare adeguata copertura ai disavanzi maturati (tra cui quelle derivanti dalle manovre sulle aliquote fiscali regionali).⁷ Per il biennio 2011-2012 sono elaborate due serie di dati: nella prima, per renderli omogenei con quelli degli anni precedenti, i dati del biennio 2011-2012 sono depurati di alcune voci non registrate in precedenza, in particolare ammortamenti e costi capitalizzati; la seconda, invece, ne tiene conto.

I dati riportati mostrano come nell'ultimo biennio il percorso di rientro dai disavanzi sanitari abbia fatto progressi significativi: al netto degli ammortamenti e dei costi capitalizzati, il disavanzo si dimezza nel 2011 e praticamente si annulla nel 2012. Si tratta di un risultato significativo se si considera che negli anni precedenti al 2010 il disavanzo più contenuto si attesta sui 2 miliardi di euro.

I conti del SSN registrano un nuovo miglioramento: al netto di ammortamenti e costi capitalizzati nel 2012 il settore registra un sostanziale pareggio di bilancio.

Tabella 1. La situazione economica del SSN (valori in milioni di euro)

	Costi			Ricavi			Saldi
	Gestione diretta	Gestione Accr. e conv.	Totale	Finanz. statale	Entrate regionali	Totale	
2001	44,5	32,8	77,3	70,5	2,7	73,2	-4,1
2002	47,1	34,0	81,0	75,4	2,7	78,1	-2,9
2003	49,5	34,3	83,7	78,1	3,3	81,4	-2,3
2004	55,1	36,9	92,0	81,9	4,3	86,2	-5,8
2005	61,5	37,1	98,6	87,7	5,2	92,9	-5,7
2006	63,3	39,0	102,3	91,6	6,2	97,8	-4,5
2007	66,7	38,9	105,6	96,0	5,9	101,9	-3,7
2008	69,0	39,7	108,7	100,0	5,0	105,0	-3,7
2009	71,4	40,3	111,7	102,8	5,5	108,4	-3,4
2010	71,7	41,2	112,9	105,0	5,7	110,7	-2,2
2011	72,6	40,3	112,9	106,3	5,8	112,1	-0,8
2012	72,4	39,6	112,0	107,1	4,9	112,0	0,0
2011*	74,2	40,3	114,4	106,3	6,9	113,2	-1,3
2012*	75,1	39,6	114,7	107,1	6,5	113,7	-1,0

(*) I dati comprendono gli ammortamenti, i costi capitalizzati e altre voci

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della Salute (2014a).

I costi sono ricavati dai conti economici (modello CE) delle strutture sanitarie regionali. Tali dati non sono immediatamente confrontabili con la spesa sanitaria ISTAT (figura 1) perché sono elaborati secondo principi contabili diversi, hanno un universo di riferimento differente e sono suscettibili di ulteriore revisione (di cui già tiene conto la spesa ISTAT).

A rendere possibile tale risultato è la dinamica dei costi, la cui riduzione più che compensa il non favorevole andamento dei ricavi complessivi. Nel biennio 2011-2012, al netto degli ammortamenti, i costi del SSN fanno segnare un'evidente inversione: stazionari nel 2011, diminuiscono dello 0,8% nel 2012, raggiungendo l'importo di 112 miliardi di euro. Sono i progressi compiuti nell'assistenza accreditata e convenzionata (i cui costi si riducono nel biennio 2011-2012 del 2% medio annuo) a rendere possibile tale *performance*, sebbene vada evidenziato il rallentamento della dinamica dei costi della gestione diretta, che anzi si riducono nel 2012 (-0,3%). A dare un significativo contributo alla riduzione dei costi della gestione accreditata e convenzionata è l'assistenza farmaceutica che nel 2012 si riduce dell'8,6% (sesto calo consecutivo). Si riducono nel 2012 anche i costi sostenuti per l'assistenza riabilitativa e protesica (rispettivamente del 2,9% e del 4,9%), mentre aumentano quelli della cosiddetta "Altra assistenza" (4%) e della specialistica (0,7%). Tra i costi della gestione diretta, spicca la dinamica della spesa per il personale che nel biennio 2011-2012 si riduce dell'1,5% in media d'anno, mentre rallenta quella della spesa per beni e servizi.

I ricavi, a loro volta, sperimentano nel biennio 2010-2011 una significativa frenata, dimezzando il tasso di crescita (1,5% medio annuo) rispetto al biennio precedente, e si riducono dello 0,6% nel 2012. Pesa su tale dinamica il rallentamento del finanziamento statale, a seguito dei tagli sopra ricordati, a cui si aggiungono le difficoltà crescenti che le Regioni incontrano a reperire autonomamente risorse aggiuntive.

Passando a considerare le *performance* a livello territoriale, permane la spaccatura, che ha caratterizzato negli ultimi anni il SSN, tra le Regioni "virtuose" e quelle che non riescono a garantire con le risorse del finanziamento statale l'equilibrio economico. Oltre l'80% del disavanzo registrato nel 2012 si concentra in tre Regioni: Lazio, Sardegna e Campania. Inoltre, tutte le Regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo, registrano un risultato di esercizio negativo, mentre nel Centro-Nord, ad eccezione del Lazio e della Liguria tutte le altre presentano un avanzo di bilancio. Le elaborazioni riportate nella *figura 2*, in cui è calcolato un indice di concentrazione regionale del disavanzo, danno conto dell'ulteriore approfondimento di tale spaccatura.⁸

Permane la "spaccatura" tra Regioni virtuose e quelle in disavanzo.

[8] vedi pagina 18

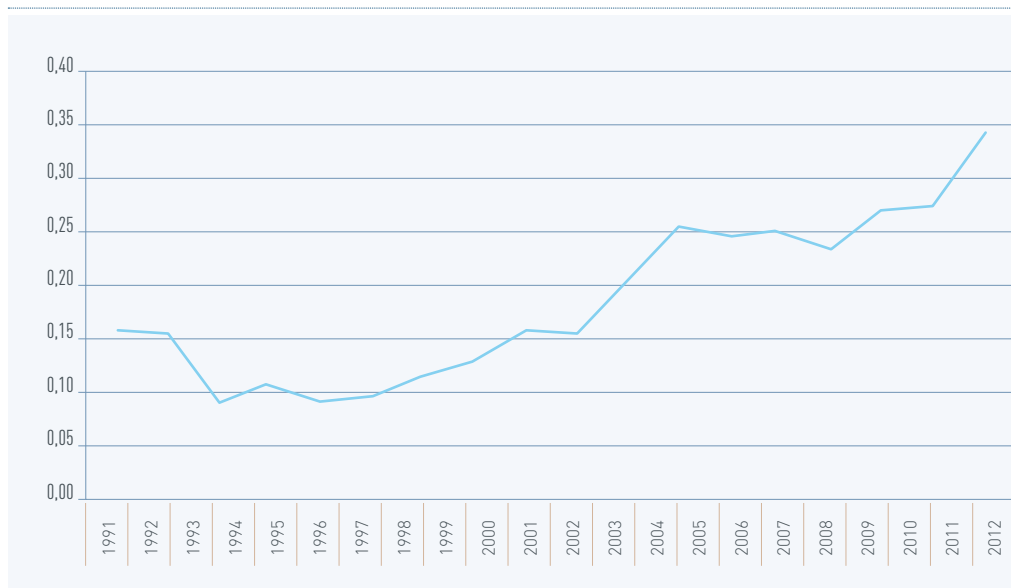
Il riassorbimento dei disavanzi: i Piani di rientro.

Il principale strumento posto a garanzia del raggiungimento e del mantenimento dell'equilibrio economico del SSN è rappresentato, anche dopo il varo delle nuove regole del federalismo sanitario, dall'obbligo per le Regioni che presentano significativi disavanzi di gestione di adottare i cosiddetti Piani di rientro. I Piani di rientro rappresentano dei veri e propri programmi di ristrutturazione dei servizi sanitari regionali, normalmente di durata triennale, il cui obiettivo è di rimuovere le cause degli squilibri economici e sistemare il debito accumulato.⁹ La normativa disciplina accuratamente le modalità di predisposizione, il monitoraggio dell'attuazione e la verifica dei risultati ottenuti.¹⁰

I Piani di rientro sono il principale strumento per garantire l'equilibrio di gestione. La loro introduzione ha contribuito a ridurre la dinamica dei costi.

[9-10] vedi pagina 18

Figura 2. La "polarizzazione" dei disavanzi (1995-2012)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (2014)

Adottando il Piano di rientro, le Regioni hanno l'obbligo di attivare, manovrando opportunamente l'aliquota IRAP e quella dell'addizionale regionale IRPEF, la leva fiscale fino al livello massimo consentito dalla legislazione e, se necessario, anche oltre, in modo da recuperare le risorse necessarie a coprire i disavanzi sanitari. A partire dallo scorso anno, le Regioni che hanno mostrato apprezzabili progressi nella riduzione dei disavanzi di gestione, possono evitare le maggiorazioni delle aliquote, ove scattate automaticamente, oltre i livelli massimi, o destinare il gettito eccedente quello necessario alla copertura dei disavanzi sanitari ad altre finalità, anche non sanitarie.¹¹

Attualmente le regioni sottoposte ai Piani di rientro sono otto. Di queste, Abruzzo Campania, Lazio, Molise, e Sicilia vi sono sottoposte sin dal primo ciclo di applicazione (2007-2009), insieme alla Liguria e alla Sardegna che ne sono invece uscite. Nel 2009, si è aggiunta la Calabria e l'anno seguente il Piemonte e la Puglia, che hanno sottoscritto e avviato un piano di rientro caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità (cosiddetto "Piano leggero").

I progressi compiuti nel contenimento dei disavanzi, esposti nel paragrafo precedente, testimoniano dal lato economico-finanziario l'efficacia dei Piani di rientro. In particolare, come si mostra nella [tabella 2](#), con l'introduzione dei Piani di rientro si assiste ad una flessione della dinamica dei costi. Nel periodo 2007-2012 il tasso di crescita medio annuo dei costi del SSN è stato dell'1,9%, mentre nei 6 anni precedenti era stato del 6,6%. A tale risultato hanno contribuito proporzionalmente di più le Regioni interessate dai Piani di rientro: queste, che fino al 2007 avevano fatto registrare una dinamica più sostenuta delle altre, successivamente la riducono, quasi annullandola (+0,4).¹²

[11-12] vedi pagina 19

Tabella 2. La dinamica dei costi del SSN (2001-2012) (*tassi di crescita medi annui*)

	2001-2006	2007-2012	2001-2012
Regioni con PdR	7,7	0,4	4,0
Regioni senza PdR	6,1	2,7	4,4
Totale	6,6	1,9	4,2

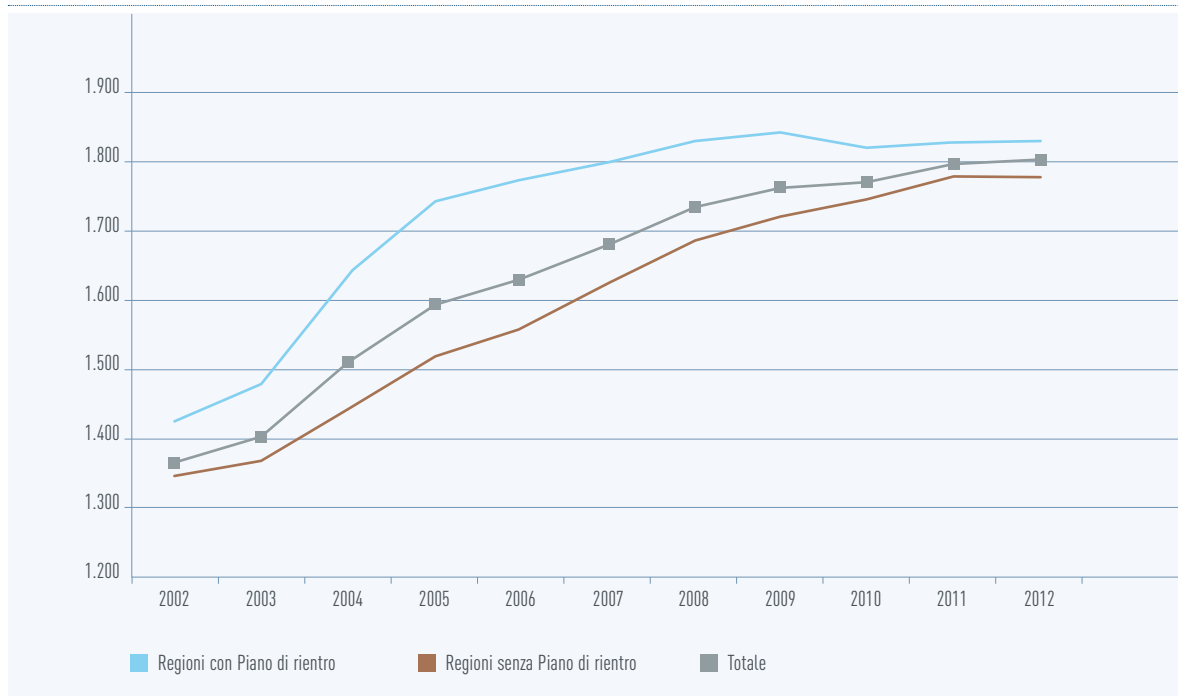
Fonte: elaborazioni Farmafactoring su dati Ministero della Salute (2014).

Ulteriori indicazioni possono essere ricavate se si esamina la capacità delle Regioni di garantire l'erogazione dei Livelli essenziali delle prestazioni con le sole risorse del finanziamento statale.¹³ Si tratta in questo caso di depurare la spesa sanitaria regionale della parte finanziata con risorse proprie e rapportarla alla popolazione "pesata", stimata secondo gli stessi criteri che si utilizzano nella procedura di riparto regionale del finanziamento statale. Come mostrano le elaborazioni riportate nella *figura 3*, a partire dal 2006 le Regioni "con" Piano di rientro hanno avviato un percorso di avvicinamento alle altre.¹⁴ Tale percorso però non sembra ancora concluso. È perciò necessario un nuovo passo avanti nel processo di ristrutturazione in atto, anche per evitare che le Regioni debbano ricorrere a risorse aggiuntive o a mantenere la pressione fiscale regionale su livelli che possono diventare insostenibili per i residenti per coprire i disavanzi.

Nonostante i progressi compiuti, le Regioni coinvolte nei Piani di rientro devono completare la ristrutturazione dei rispettivi servizi sanitari.

(13-14) vedi pagina 19

Figura 3. Spesa pro-capite pesata associata a finanziamento statale (2002-2011)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della Salute (2014).

Può essere utile esaminare il ruolo che il finanziamento proprio ha nella copertura dei costi della sanità nelle diverse Regioni. Oltre a quelle contabilizzate nei bilanci sanitari, abbiamo considerato anche le risorse che sono reperite attingendo ai loro bilanci e manovrando la leva fiscale per ripianare i rispettivi disavanzi (Tabella 3).¹⁵

[15] vedi pagina 19

Tabella 3. Il peso delle entrate proprie regionali (2012) (milioni di euro)

		Regioni con PdR	Regioni senza PdR	Totale
Milioni di euro	Risorse proprie	2.152,7	4.382,6	6.535
	Leva fiscale	1.528,5	97,8	1.626
	Totale	3.681,2	4.480,4	8.161,6
in % del finanziamento statale	Risorse proprie	6,2	6,0	6,1
	Leva fiscale	4,4	0,1	1,5
	Totale	10,6	6,2	7,6
in % del costo	Risorse proprie	5,9	5,6	5,7
	Leva fiscale	4,2	0,1	1,4
	Totale	10,0	5,7	7,1

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Min Salute (2014) e Corte Conti (2013).

Secondo le nostre elaborazioni, senza ricorrere all'utilizzo della leva fiscale, le Regioni riescono a reperire 6,5 miliardi di euro, pari al 6,1% del finanziamento statale e del 5,7% dei costi, e 1,6 miliardi di euro, l'1,5% del finanziamento statale e l'1,4% dei costi. In entrambi i casi, le Regioni con Piano di rientro sono quelle che vi ricorrono in misura proporzionalmente maggiore. In particolare, le entrate ricavate dall'attivazione della leva fiscale sono pari per queste Regioni al 4,4% del finanziamento statale corretto per la mobilità interregionale e al 4,2% dei costi.

Le regioni con Piani di rientro fanno ricorso in misura maggiore a risorse proprie.

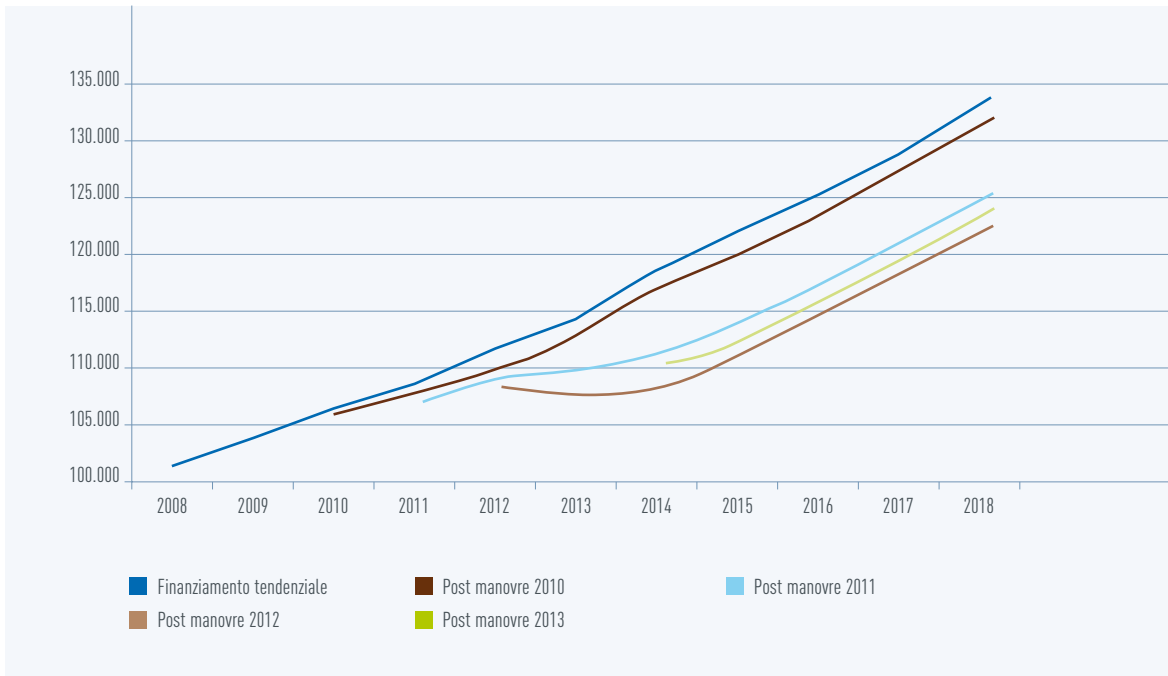
Le prospettive del SSN e del settore sanitario

Quali le prospettive per il Servizio sanitario e in generale per l'intero settore nell'immediato futuro? Indicazioni appropriate possono essere ricavate dalla ricostruzione del finanziamento statale ordinario per il SSN, sulla base dei provvedimenti presi nell'ultimo anno, e dall'esame dello scenario ufficiale del settore e dei conti pubblici contenuto nel DEF 2014.¹⁶

Nel corso dell'ultimo anno, l'azione complessiva di governo ha consentito un incremento del finanziamento statale ordinario del SSN, nonostante i tagli varati nella recente Legge di Stabilità. Decisiva a tal riguardo è stata la decisione del governo di incrementare, con proprie risorse, il finanziamento statale ordinario del SSN dell'ammontare necessario per coprire il mancato gettito dei *ticket*, 2 miliardi di euro annui, che secondo la normativa sarebbero entrati in vigore da quest'anno.¹⁷ Tale decisione ha più che compensato il taglio stabilito dalla Legge di Stabilità 2014, pari a 535 milioni nel 2015 e di 605 milioni a decorrere dal 2016, aumentando il finanziamento statale al di sopra di quello pre-vigente, per un importo di circa 2 miliardi di euro per il 2014, 1,5 miliardi di euro nel 2015 e 1,4 miliardi dal 2016 (pari rispettivamente a circa 0,1 punti percentuali di Pil). Nella [figura 4](#) abbiamo riportato il finanziamento ordinario per il SSN e la sua evoluzione nel tempo a seguito delle diverse "manovre sanitarie" adottate dal 2010 ad oggi. In particolare, il livello definito Post Manovre 2013 corrisponde al finanziamento statale vigente.

Nonostante i tagli stabiliti nella Legge di Stabilità 2014, il finanziamento statale del SSN è aumentato.

Figura 4. Effetto manovre fiscali sul finanziamento statale ordinario del SSN



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmfactoring su Documenti Ufficiali MEF

Nella stessa direzione vanno le indicazioni ricavabili dall'esame del quadro programmatico dei conti pubblici per il 2014-2018 previsto dal DEF 2014. Per l'anno in corso il governo stima un incremento della spesa sanitaria del 2%, che diventa del 2,2% in media d'anno dal 2016, con una dinamica più vivace, anche se di poco, rispetto a quella delineata nella programmazione dello scorso anno (DEF 2013), che già includeva l'effetto sull'abolizione dei maggiori *ticket* di 2 miliardi che sarebbero dovuti partire dal 2014. Secondo le indicazioni del DEF 2014 la spesa, dopo aver raggiunto il 7% del Pil nel 2013, si manterrebbe invariata nel biennio 2014-2015 per poi scendere di 0,1 punti percentuali dal 2016 e di 0,2 punti percentuali nel 2018. All'opposto, la spesa sanitaria aumenterebbe la sua incidenza su quella primaria totale, passando dal 15,2% nel 2013 al 15,8% nel 2018.

Rispetto allo scorso anno, il governo ha rivisto al rialzo la spesa sanitaria per i prossimi anni.

Tabella 4. La spesa sanitaria nel quadro programmatico dei conti pubblici

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Spesa sanitaria (mld. Euro)	109,3	111,5	113,7	116,1	118,7	121,3
Quota su Pil (in %)	7,0	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8
Quota sulla spesa primaria (in %)	15,2	15,3	15,5	15,6	15,8	15,8
Variazione (in %) spesa sanitaria	-0,3	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2014).

Esiste però il rischio che anche la sanità sia coinvolta nel programma di revisione della spesa pubblica (cosiddetta *spending review*), con cui il governo intende finanziare la riduzione del cuneo fiscale per riportarlo in linea con quello dei principali paesi europei.¹⁸ Al momento il governo non ha ancora definito puntualmente l'onere a carico delle diverse funzioni della spesa pubblica, ma solo i risparmi che intende conseguire nel complesso, 17 miliardi di euro nel 2015 e 32 miliardi nel 2016. Che tale rischio però esista lo si ricava dal Piano presentato lo scorso marzo dal Commissario straordinario per la *spending review*.¹⁹ Secondo tale Piano, i risparmi di spesa sanitaria conseguibili sarebbero di almeno 300 milioni di euro nel 2014, 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016, cui si aggiungerebbero quelli, non ancora specificati, che si conseguirebbero dall'efficientamento degli acquisti di beni e servizi della PA, per la parte relativa alla sanità.²⁰

Restano i timori sull'impatto dell'annuncio del programma di *spending review* sul SSN.

Conclusioni

I dati più recenti sulla dinamica della spesa sanitaria confermano i progressi compiuti negli ultimi esercizi. La spesa sanitaria della PA ha continuato a ridursi nel 2013, anche se ad un tasso inferiore a quello del biennio precedente. L'analisi dei dati regionali mostra però che le difficoltà delle Regioni in disequilibrio strutturale a riassorbire definitivamente i disavanzi sono elevate. È necessario che tali Regioni recuperino maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni se vogliono mantenere in ordine i propri bilanci settoriali e assicurare al contempo un'assistenza adeguata. A rendere più complicato il risanamento ha contribuito il rallentamento del finanziamento statale, che ha imposto alle Regioni di ricorrere in misura crescente a risorse proprie.

La scelta di non intaccare, almeno nell'immediato, le risorse del finanziamento statale del SSN può consentire a queste e alle altre di non peggiorare gli squilibri esistenti. Resta, però, da valutare se l'ammontare previsto è sufficiente a garantire l'accesso a nuovi e più costosi servizi di assistenza e all'ammodernamento e sviluppo della struttura di offerta. Né può essere trascurato l'impatto della stretta avviata negli ultimi anni sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Da questo punto di vista non può essere trascurato il fatto che, secondo l'ultimo monitoraggio effettuato, solo due Regioni tra quelle impegnate nei Piano di rientro rispettano i requisiti richiesti: il Piemonte e, solo per il 2012, il Lazio. Le altre Regioni, pur in miglioramento, si mantengono al di sotto dei requisiti richiesti, in particolare la Campania, la Calabria e il Molise.²¹

[21] vedi pagina 20

Note

[1] Cfr. Atella V., Cincotti F., Conti V. e Kopinska J. (2012) e Fondazione Farmafactoring (2013) pp. 10-18.

[2] Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze - MEF, 2014, p. 41. La spesa considerata corrisponde a quella del conto consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT in cui confluiscono le spese sostenute dagli enti sanitari pubblici (ASL, AO, IRCCS e i policlinici universitari pubblici), per i quali si dispone di una indagine annuale e censuaria, e quella di altri enti, anche se non operano esclusivamente nel campo sanitario (ad es., le amministrazioni provinciali e comunali).

[3] Cfr. MEF, 2014, pp. 41-42.

[4] Sulla riduzione della spesa farmaceutica territoriale hanno inciso anche i maggiori ticket a carico dei cittadini, aumentati del 2% rispetto al 2012, la riduzione del prezzo medio dei farmaci (-5%) e il potenziamento del monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema Tessera sanitaria. Sulla spesa delle altre prestazioni accreditate e convenzionate, oltre al taglio degli importi e dei volumi degli acquisti da erogatori privati, hanno pesato la reintroduzione del cosiddetto super-ticket per la specialistica ambulatoriale e la migliore regolazione dell'accreditamento degli operatori privati, grazie alla definizione di tetti di spesa e all'attribuzione di budget definiti. (Cfr. MEF, 2014, pp. 42-43).

[5] I dati, ricavati dai conti economici delle strutture pubbliche, mediante il cosiddetto modello CE, sono quelli del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). In particolare, i dati di spesa del 2012 sono quelli del IV trimestre, riassuntivi della gestione annuale, mentre quelli del biennio precedente incorporano gli effetti di aggiustamenti e revisioni delle stime. La spesa sanitaria stimata dal NSIS differisce da quella del conto consolidato della sanità dell'ISTAT, che segue le regole della contabilità economica nazionale (SEC 95). Per un dettagliato confronto tra le due fonti, cfr. Guerrucci D., 2003.

[6] Cfr. Ministero della Salute, 2014a.

[7] Secondo la normativa concorrono al finanziamento statale ordinario, il gettito dell'addizionale regionale IRPEF e dell'IRAP, secondo le base imponibili e le aliquote standard, e un apposito fondo perequativo alimentato sostanzialmente dall'IVA. Concorrono, inoltre, al finanziamento statale una parte definita di entrate regionali (pari nel complesso a poco meno di 2 miliardi di euro).

[8] La concentrazione dei disavanzi è ottenuta stimando il corrispondente indice di Herfindahl.

[9] Non è possibile in questa sede un esame particolareggiato dei Piani di rientro e della loro evoluzione. Definiti nel 2005 (legge finanziaria per il 2005 e successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), i Piani sono effettivamente entrati in funzione due anni dopo con il Patto per la salute del 2007-2009 e con la legge finanziaria per il 2007, e hanno subito importanti modifiche nel Patto per la salute 2010-2012. Secondo la normativa vigente, le Regioni tenute ad adottare un Piano di rientro sono quelle che

presentano un disavanzo di gestione, strutturale e significativo, pari al 5% delle risorse normalmente destinate a finanziare l'assistenza sanitaria regionale o che, anche in presenza di deficit inferiori, non abbiano le risorse fiscali o di bilancio sufficienti a coprire il disavanzo.

(10) *La valutazione, il monitoraggio dell'attuazione e la verifica dei risultati spettano sostanzialmente al MEF e al Ministero della Salute, mediante appositi organismi, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, relativamente agli aspetti economico-finanziari, e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, per la corrispondenza ai livelli definiti delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali. In caso di ritardi e inadempienze regionali, oltre a ulteriori sanzioni, si può procedere al commissariamento della Regione.*

(11) *Per usufruire di tale possibilità occorre che in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio o triennio il disavanzo sanitario di competenza e prima delle coperture sia stato inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle aliquote e che i competenti tavoli di verifica abbiano approvato il Programma operativo 2013-2015.*

(12) *Nelle elaborazioni le Regioni con Piani di rientro considerate sono quelle che per prime vi hanno aderito, ad eccezione della Sardegna, che si era impegnata solo per recuperare la parte del finanziamento legato al rispetto di alcuni obblighi.*

(13) *Si tratta di un procedimento in linea con quello previsto dal D. lgs. 68/2011 per stimare il costo standard delle Regioni benchmark. In pratica, ai costi complessivamente sostenuti viene sottratta la parte finanziata con risorse regionali proprie, non comprese nell'ammontare di finanziamento statale ordinario.*

(14) *L'esercizio seguente considera tutte le Regioni impegnate nei Piani di rientro, ad eccezione di Piemonte, Puglia e Sardegna, che hanno adottato Piani cosiddetti "leggeri". Inoltre, per il costo pro-capite 2011-2012 si è considerata rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1 gennaio 2012, in linea con il comportamento del Ministero della Salute, per evitare le distorsioni derivanti dal censimento della popolazione effettuato nel 2011.*

(15) *Per la stima di tali risorse abbiamo considerato i risultati delle verifiche effettuate presso il Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali (cfr. Corte dei Conti, 2013, 366-398). Considerate le differenze esistenti tra i criteri utilizzati nei conti CE e quelli adoperati dal Tavolo per stimare i risultati effettivi e l'impossibilità di verificare che i contributi dai bilanci regionali evidenziati nel corso del monitoraggio (complessivamente pari a circa 330 milioni di euro) non siano già compresi nei dati di ricavi da noi utilizzati, per evitare eventuali duplicazioni, abbiamo considerato solo le risorse derivanti dall'attivazione della leva fiscale.*

[16] *Per una trattazione complessiva di tali aspetti, cfr. Fondazione Farmafactoring (2014), pp. 26-32.*

[17] *L. 148/2013, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016.*

[18] *Cfr. MEF, 2014, pp. 100-103.*

[19] *Cfr. http://www.ansa.it/documents/1395249927493_PianoCottarelliSlide.pdf. Occorre però considerare che il Piano è "solo" un elenco di possibili tagli, la cui effettiva attuazione spetterà al governo sulla base "di una scelta politica legata agli obiettivi di bilancio e riduzione della tassazione". Inoltre, va tenuto conto che i risparmi conseguibili dalla spending review stimati nel DEF 2014 sono inferiori a quelli previsti nel Piano (7 miliardi di euro per quest'anno, 18,1 miliardi per il 2015 e 33,9 miliardi per il 2016).*

[20] *In particolare, desta preoccupazione la stima di un benchmark di spesa sanitaria del 5,25% del Pil, ben al di sotto del livello corrente. Tale benchmark, di cui non sono specificate le modalità di stima, è stato recentemente criticato anche dall'OCSE, che dopo aver ricordato come la spesa sanitaria italiana sia al disotto di quella degli altri paesi, conclude ritenendolo non compatibile col modello di Servizio sanitario italiano. (OCSE, 2014).*

[21] *Il monitoraggio 2012 dei LEA è stato realizzato attraverso l'utilizzo di 31 indicatori (cosiddetta "Griglia LEA") ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e ospedaliera. Ciò consente di individuare per le singole Regioni le aree di criticità in cui non è garantita un'adeguata erogazione dei LEA e gli eventuali punti di forza della stessa erogazione. Cfr. Ministero della Salute (2014b).*

Bibliografia

Atella V., Cincotti F., Conti V. e Kopinska J. (2012). La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica, in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2012*, Franco Angeli, Milano.

Corte dei Conti (2013), *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2011 – 2012*, Volume I, Roma.

Fondazione Farmafactoring (2013), *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2013*, Franco Angeli, Milano.

Fondazione Farmafactoring (2014), *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2014*, Franco Angeli, Milano.

Guerrucci D. (2003), *La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale*, XV Conferenza della Società italiana di economia pubblica.

ISTAT (2013), I conti della protezione sociale, www.istat.it.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF (2014), *Documento di Economia e Finanza 2012*, Roma.

Ministero della Salute (2014a), *Rapporto sanità 2014*, Roma, www.salute.gov.it.

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia Lea*, Roma, www.salute.gov.it.

OCSE – Divisione Salute, *Proposte di Spending Review e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 2014, http://www.sossanita.it/doc/2014_04_OCSEspendingSANITA.pdf.

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

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

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

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

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it