



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

04.2016

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

L'obiettivo di questo Quaderno è di tracciare un bilancio dei risultati economico-finanziari conseguiti nel settore sanitario nel 2015 e, sulla base delle più recenti decisioni di politica di bilancio, di dare indicazioni sullo scenario atteso per i prossimi anni.

Per valutare i risultati conseguiti nel 2015 faremo riferimento a due tipologie di indicatori: la spesa sanitaria dell'intera Pubblica Amministrazione (PA) - quindi non solo degli enti del SSN, che pure ne assorbono una buona parte - e i risultati d'esercizio degli enti del SSN, nel complesso e, soprattutto, nelle sue articolazioni territoriali. Come avremo modo di vedere, entrambi gli indicatori mostrano che nel 2015 il settore si è mosso in continuità con i progressi e i miglioramenti degli ultimi anni. La spesa sanitaria della PA è aumentata, ma a un tasso molto contenuto, tale da lasciare invariato il suo peso sulla spesa primaria complessiva (e farlo aumentare di appena un decimo su quella primaria corrente); al contempo si è compiuto un deciso passo avanti nella ricomposizione del divario tra Regioni virtuose e quelle impegnate nei Piani di rientro, sebbene permangano ancora, nel Lazio e, soprattutto, nel Molise, situazioni di criticità.

Tale spaccatura riemerge, più nettamente, se si considera la corrispondenza delle prestazioni erogate agli standard qualitativi richiesti, sebbene le evidenze disponibili siano in questo caso riferite solo fino al 2013. L'evidenza mostra anche per quest'aspetto un miglioramento, che non può però dirsi completato.

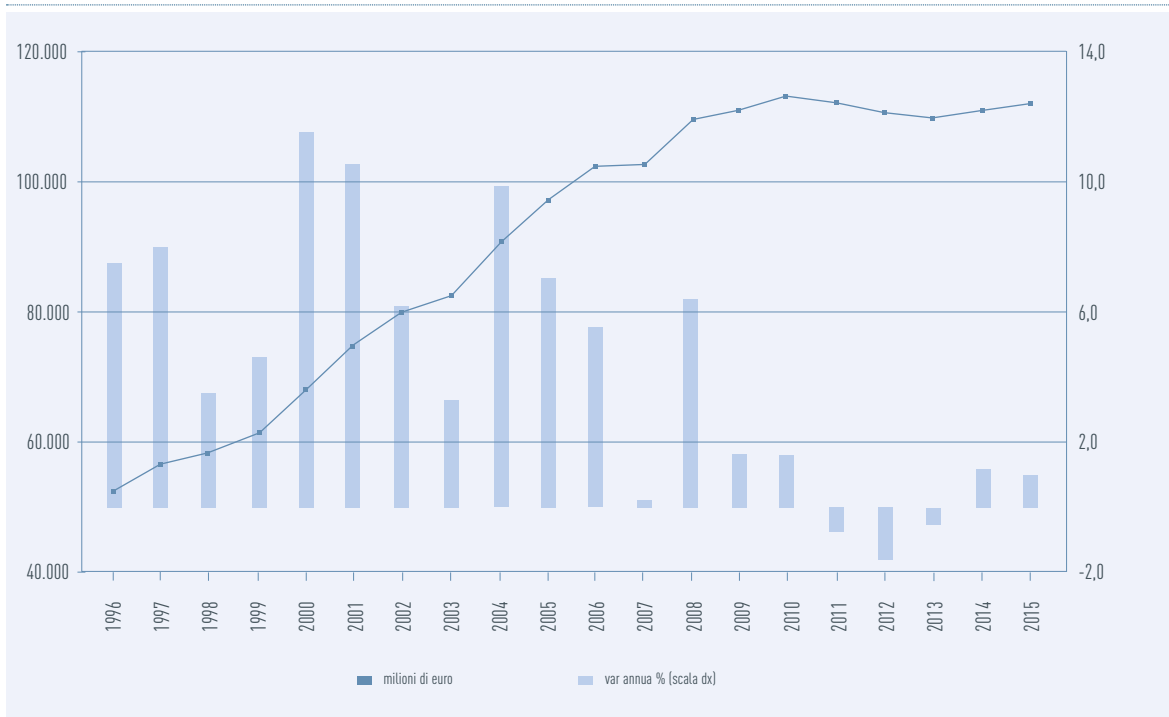
Riuscirà il settore, e in particolare il SSN, a consolidare questi risultati anche nell'immediato futuro? Indicazioni appropriate possono essere ricavate ricostruendo, sulla base delle misure varate nella legge di bilancio approvata per il 2017, il finanziamento del SSN cui "concorre ordinariamente lo Stato" (per brevità finanziamento statale ordinario o standard) ed esaminando lo scenario prospettato per il settore.

La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2015

Dall'esame dei nuovi dati di contabilità nazionale disponibili, nel 2015 la spesa sanitaria complessiva della PA è aumentata dell'1%, passando da 111,2 a 112,3 miliardi di euro.¹ Per il secondo anno consecutivo quindi la spesa sanitaria ritorna a crescere, invertendo la tendenza alla riduzione sperimentata nei tre anni precedenti. Negli ultimi due anni complessivamente la spesa è cresciuta di 2,4 miliardi di euro, con un tasso di crescita medio annuo dell'1,1%, il più basso, ad eccezione di quello registrato nel 2007, dell'intero periodo esaminato (1996-2015) e ben al di sotto di quello medio annuo del periodo 1996-2010, pari al 5,8% e dell'intero arco di tempo considerato (4,3%). [cfr. figura 1].

La spesa sanitaria pubblica cresce nel 2015, ma ad un tasso molto contenuto

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria (1996-2015)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2016)

La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010)

[1] vedi pagina 18

Scendendo più nel dettaglio, l'aumento della spesa sanitaria nel 2015 è da attribuire principalmente a una maggiore spesa per prestazioni, che negli ultimi 5 anni è stata mediamente poco più del 93% di quella totale, aumentata dell'1%, contro lo 0,1% di quella relativa alle altre componenti di costo (servizi amministrativi, contribuzioni diverse, ecc.). La maggiore spesa sostenuta nel 2015 per le prestazioni è sostanzialmente da attribuire all'assistenza erogata direttamente dalle strutture pubbliche, la cui spesa è cresciuta del 2,1%, più che compensando la riduzione (-0,7%) di quella relativa all'assistenza erogata dagli operatori privati accreditati e/o convenzionati.

A spingere verso l'alto la spesa per l'assistenza erogata direttamente dalle strutture pubbliche ha contribuito in gran parte l'acquisto di beni e servizi (5,2%), che ha più che compensato la riduzione delle spese per il personale (-0,7%).²

Alla riduzione della spesa accreditata e convenzionata hanno contribuito tutte le principali tipologie di assistenza, a eccezione della cosiddetta altra assistenza (assistenza termale, Medicina dei Servizi, Psichiatria, assistenza agli anziani, per le dipendenze, ecc...), aumentata del 2,4%, e di quella medico-generica, rimasta sostanzialmente stazionaria (0,1%). La riduzione più significativa è stata quella per l'assistenza ospedaliera (-2,6%), seguita dall'assistenza protesica e balneo termale (-1,4%) e da quella farmaceutica convenzionata (-1,2%).³

Valutato nel quadro più generale dei conti pubblici, anche quest'anno il settore sanitario ha sostanzialmente confermato il comportamento virtuoso mostrato nell'ultimo triennio. L'incidenza sul Pil è diminuita di 1 punto decimale, passando dal 6,9 al 6,8%, due decimi di punto in meno rispetto alla media 2009-2010. Rimane sostanzialmente invariata l'incidenza sulla spesa primaria complessiva, ossia la spesa al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, mentre aumenta di un decimo di punto percentuale quella sulla spesa primaria corrente.

In una prospettiva più ampia, dal 2010 l'incidenza della spesa sanitaria su quella primaria si è ridotta di 0,7 punti percentuali (dal 15,5 al 14,8%), mentre quella relativa alla spesa primaria corrente di 0,8 punti percentuali (dal 17 al 16,2%).

1.1 I conti del SSN e i divari territoriali.

Anche nel 2015, quindi, il settore sanitario ha sostanzialmente contribuito al contenimento della spesa pubblica e al riordino dei conti della PA. Ma il settore è stato capace di migliorare i propri risultati di gestione e accorciare le differenze riscontrate finora a livello territoriale? Con riferimento a questi aspetti, indicazioni importanti si traggono da una fonte di dati diversa da quella utilizzata nel precedente paragrafo, costituita dai conti economici degli enti del SSN.⁴

Nella tabella 1 abbiamo riportato i risultati d'esercizio del SSN negli anni 2012-2015, in modo da evidenziare il percorso che conduce alla validazione dei risultati e delle modalità di copertura degli eventuali disavanzi di gestione presso il Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti.

Cresce la spesa dell'assistenza erogata direttamente dalle strutture pubbliche

Si riduce la spesa per le prestazioni convenzionate e accreditate

Il settore sanitario ha contribuito al riordino dei conti della PA

Tabella 1. I conti del SSN (2012-2015)

<i>Milioni di Euro</i>				
	2012	2013	2014	2015
Ricavi d'esercizio	111.394,9	110.608,6	112.834,4	112.886,4
Costi d'esercizio (*)	-113.300,3	-112.254,8	-113.612,3	-113.834,2
Saldo di esercizio	-1.905,4	-1.646,2	-777,9	-947,8
Correzioni Tavolo Verifica	-127,9	-79,9	-95,6	-68,3
Saldo d'esercizio pre-coperture	-2.033,3	-1.726,1	-873,5	-1.016,0
Ulteriori trasf. Regioni Statuto Spec.	994,1	935,2	535,9	230,9
Coperture	1.461,5	1.262,6	486,1	1.131,5
Saldo d'esercizio post-coperture	422,3	471,7	148,5	346,4
Pregresso e ulteriori coperture	-27,1	-37,7	-131,2	0
Saldo di esercizio Tavolo	395,2	434,0	17,3	346,4

(*) comprende saldi per mobilità extra CE e internazionale

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Corte dei Conti (2014, 2015 e 2016)

Come si può vedere, il disavanzo di esercizio prima delle correzioni apportate presso il Tavolo di verifica che si era ridotto continuamente negli ultimi tre anni fino a circa 780 milioni di euro nel 2014, meno della metà di quello registrato nel biennio precedente, aumenta di nuovo nel 2015 a 947 milioni di euro, anche se a un livello inferiore a quello del biennio iniziale considerato.⁵

In particolare, il peggioramento è da ricondurre a un aumento dei costi d'esercizio (0,2%), mentre i ricavi complessivi sono sostanzialmente rimasti stazionari.⁶

Le correzioni apportate dal Tavolo fanno salire il disavanzo (saldo d'esercizio pre-coperture) in tutti gli anni considerati. Gli ulteriori trasferimenti messi a disposizione dalle Regioni a Statuto Speciale (RSS) e le coperture aggiuntive recuperate, tranne alcune poste marginali, dalle Regioni in Piano di rientro grazie all'aumento delle aliquote fiscali regionali, sono tali da riportare in avanzo il saldo d'esercizio (saldo d'esercizio post-coperture), che rimane sostanzialmente invariato anche dopo le ultime correzioni considerate (saldo d'esercizio Tavolo). Nel 2015, in particolare, il risultato d'esercizio passa da un disavanzo di circa 1 miliardo di euro a un avanzo di poco inferiore a 350 milioni.

Passando a considerare le performance a livello territoriale, i dati disponibili mostrano come a partire dal 2014 la spaccatura che negli ultimi anni ha caratterizzato il SSN, tra le Regioni "virtuose" e in "Piano di rientro" (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), sembra essersi ricomposta. Prendendo

**Si ricompone
nell'ultimo biennio
la frattura tra regioni
"con" e "senza" Piani
di rientro**

[5-6] vedi pagina 18

in considerazione il risultato d'esercizio "tout court", senza ulteriori correzioni e coperture, nella figura 2, il suo valore è stato suddiviso tra le due tipologie di Regioni. Nel 2012-2013 il disavanzo delle Regioni con Piani di rientro era circa la metà di quello complessivo e quello a carico delle altre era sostanzialmente da ricondurre ai risultati delle RSS diverse dalla Sicilia. Nel 2014 il disavanzo di esercizio delle Regioni con Piani di rientro si era ridotto a circa 160 milioni, grazie a un aumento dei costi, comprensivi dei saldi di mobilità extra-bilanci e internazionale, inferiore a quello delle altre Regioni (1,1% contro 1,3) e a un aumento dei ricavi più sostenuto (2,3% contro 1,7%).

Nel 2015 le perdite delle Regioni con piani di rientro aumentano di circa 200 milioni di euro, mentre quelle delle altre restano sostanzialmente stazionarie (600 milioni di euro circa).

Le regioni in Piano di rientro pagano una riduzione dei ricavi complessivi (-0,2%), che invece aumentano nelle altre Regioni (0,2%), che più che compensa una dinamica dei costi (0,2%) in linea con quella delle altre regioni.⁷

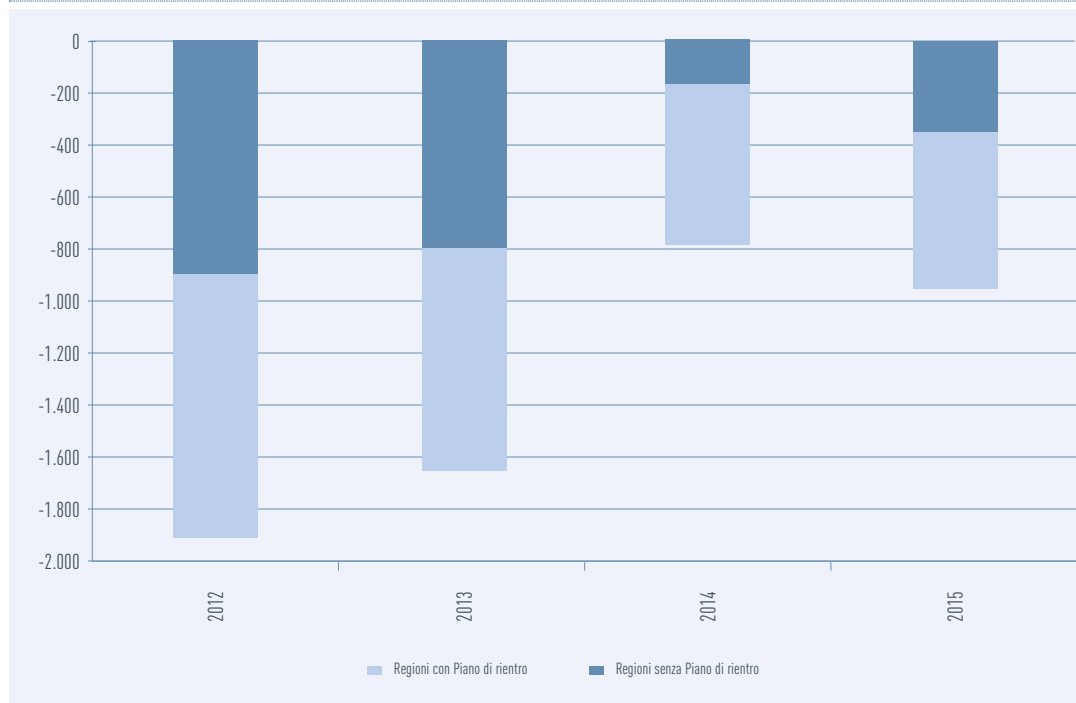
Tuttavia, il miglioramento del complesso delle Regioni con Piani di rientro nasconde il fatto che per alcune permangono serie criticità. Nella tabella 2 abbiamo riportato per il 2015 i risultati d'esercizio regionali pre-copertura, e, ove possibile, post-copertura in valore assoluto e in termini pro-capite. In aggregato tali dati differiscono lievemente da quelli riportati in Tabella 1, poiché si riferiscono ad uno stadio successivo del processo di validazione dei corrispondenti Tavoli (oltre ad essere di fonte diversa).

Si può vedere come le Regioni che registrano un risultato d'esercizio iniziale in disavanzo sono la Liguria, la Toscana, la Basilicata e le RSS, tra quelle non impegnate in Piani di rientro, e il Lazio, il Molise, la Puglia e la Calabria tra quelle impegnate. Le altre presentano degli avanzi, i più elevati dei quali, in valore assoluto, si registrano nelle Marche e nella Campania.

**Permangono
in alcune regioni
delle criticità**

[7] vedi pagina 18

Figura 2. Saldi di esercizio a livello territoriale (2012-2015) milioni di euro



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2015)

La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010)

Per quanto riguarda le regioni impegnate nei Piani di rientro in disavanzo, la Calabria, il Lazio, il Piemonte e la Puglia hanno attivato coperture tali da ricondurre in equilibrio il bilancio.

Per il Molise, invece, le coperture attivate mediante l'utilizzo della leva fiscale sono state insufficienti a garantire l'equilibrio, che è stato raggiunto solo grazie al contributo di solidarietà deciso della Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 di 30 milioni di euro, in accompagnamento al Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale (Piano Operativo Straordinario 2015-2018).

Sulla base della normativa esistente (DL 120/2013), anche nel 2015 la Campania e la Sicilia hanno potuto contenere l'aumento delle aliquote fiscali regionali, mentre il Piemonte, l'Abruzzo e la Puglia sembrerebbero essere riuscite ad evitarle del tutto.

Per il Lazio esiste la possibilità di rientrare nella disponibilità dell'avanzo maturato con l'attivazione della leva fiscale in occasione della valutazione definitiva della stessa a consuntivo 2015.

Tra le regioni senza Piano di rientro in disavanzo spiccano i casi della Liguria e della Toscana: mentre la prima ha presentato coperture

per 111,7 milioni di euro, la seconda no.
 Per quanto riguarda le RSS non sono al momento disponibili informazioni dettagliate: complessivamente, escludendo la Sicilia, risulta un disavanzo pre-coperture di 571,2 milioni di euro. Sulla base della stima riportata nella Tabella 1, rimarrebbero ancora da coprire 340,3 milioni di euro.⁸

(8) vedi pagina 18

Tabella 2. I risultati d'esercizio regionali nel 2015

	Milioni di Euro		Euro procapite	
	Saldo iniziale	Saldo post-coperture	Saldo iniziale	Saldo post-coperture
Piemonte	-11,5	8,0	-2,6	1,8
Valle d'Aosta	-24,7	nd	-192,4	nd
Lombardia	5,7	5,7	0,6	0,6
PA Bolzano	-204,3	nd	-393,9	nd
PA Trento	6,2	nd	11,4	nd
Veneto	4,1	4,1	0,8	0,8
Friuli V. G.	-6,8	nd	-5,5	nd
Liguria	-102,7	9,0	-64,8	5,7
E. Romagna	0,5	0,5	0,1	0,1
Toscana	-72,2	-72,2	-19,2	-19,2
Umbria	2,1	20,9	2,3	23,3
Marche	57,1	57,1	36,8	36,8
Lazio	-379,7	240,5	-64,4	40,8
Abruzzo	0,6	0,6	0,5	0,5
Molise	-45,3	2,9	-144,6	9,2
Campania	27,7	58,4	4,7	10,0
Puglia	-58,5	1,5	-14,3	0,4
Basilicata	-8,8	2,7	-15,3	4,6
Calabria	-60,0	27,7	-30,4	14,0
Sicilia	9,9	13,8	2,0	2,7
Sardegna	-341,7	nd	-205,4	nd
ITALIA	-1.202,2	nd	-19,8	nd

Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati RGS (2016b)

L'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Una valutazione completa dei risultati conseguiti dal SSN richiede che insieme ai risultati di bilancio si consideri anche l'efficacia, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e dei servizi effettivamente erogati. Ciò è necessario non solo per verificare la rispondenza delle prestazioni erogate nei diversi servizi sanitari regionali alle condizioni di uniformità, qualità, appropriatezza e costo, ma è anche per l'elaborazione di un'adeguata programmazione sanitaria.

Senza entrare nei dettagli, il complesso sistema di valutazione esistente opera a partire da una serie di obblighi (o adempimenti) cui sono tenute le Regioni, per accedere alla cosiddetta quota premiale del finanziamento statale ordinario.^{9,10} Il mancato assolvimento anche di un solo adempimento, pregiudica tale possibilità e richiede, per essere sanata, la sottoscrizione di un "Piano di rientro".

Tra tali impegni, accanto a quelli relativi al mantenimento del pareggio di bilancio, al rispetto del Patto di stabilità interno e delle disposizioni sugli acquisti di beni e servizi, ve ne sono altri concepiti per verificare la corrispondenza dei servizi sanitari regionali ai principi di efficacia, appropriatezza e qualità delle cure che ispirano il SSN, la cui verifica è affidata al cosiddetto "Comitato LEA", che si avvale del supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA.¹¹

In particolare, per il 2013 sono stati certificati 38 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 48 valutazioni, relativi agli aspetti considerati strategici per il funzionamento complessivo dell'assistenza sanitaria, compresi le liste di attesa, la salute sui luoghi di lavoro, la sanità pubblica, la contabilità analitica e la certificabilità dei bilanci sanitari, i flussi informativi, la prevenzione in materia di sicurezza alimentare e la sanità pubblica. Tra tali adempimenti, riveste una particolare importanza quello relativo al "Mantenimento nell'erogazione dei LEA".

I risultati del monitoraggio per il 2013 confermano l'esistenza di significative differenze tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e tra quelle in Piano di rientro e quelle senza.

Complessivamente, considerando tutti gli adempimenti, come per la precedente rilevazione relativa al 2012, sono solo 8, tra le 16 considerate – ossia quelle a statuto ordinario e la Sicilia - le Regioni adempienti per il 2013: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.¹² Trascurando per ora l'adempimento del mantenimento dell'erogazione dei LEA, che vedremo più dettagliatamente poi, le regioni non in regola, ossia quelle impegnate nel Piano di rientro, incontrano le principali difficoltà nella riorganizzazione dei punti nascita e della rete dei laboratori, nell'erogazione delle cure palliative e nella prevenzione.¹³

Nella valutazione del SSN contano anche l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate

Il monitoraggio degli adempimenti regionali: permangono le differenze tra Regioni "con" e "senza" Piani di rientro

Tabella 3. Verifica mantenimento erogazione LEA (2008-2013)

Regione	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Lombardia	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Veneto	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Liguria	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
E. Romagna	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Toscana	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Umbria	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Marche	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Lazio	Arancione	Arancione	Arancione	Verde	Verde	Verde
Abruzzo	Verde	Arancione	Verde	Verde	Verde	Verde
Molise	Verde	Arancione	Arancione	Verde	Verde	Verde
Campania	Arancione	Arancione	Arancione	Arancione	Arancione	Verde
Puglia	Verde	Verde	Verde	Arancione	Verde	Verde
Basilicata	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Calabria	Arancione	Arancione	Arancione	Arancione	Verde	Verde
Sicilia	Verde	Arancione	Arancione	Verde	Verde	Verde
Sardegna	Arancione	Verde	nd	nd	nd	nd

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (vari anni); in verde Regioni pienamente adempienti; in arancione Regioni adempienti con ulteriore impegno; in rosso Regioni inadempienti

Passando a considerare il "Mantenimento nell'erogazione dei LEA", la sua verifica avviene mediante una specifica griglia di indicatori, denominata "Griglia LEA". Si individuano 4 livelli di assistenza: quella collettiva, distrettuale, ospedaliera e, infine, delle emergenze. Per ciascun livello si individuano 21 dimensioni del livello di assistenza, compresa l'area delle emergenze, e si stabilisce il corrispondente peso. Per ciascuna delle dimensioni, infine, si individuano uno o più indicatori, sulla base della ripartizione delle risorse del SSN tra i livelli di assistenza e delle indicazioni politico-programmatorie, che nel 2013 sono stati 32. Sulla base degli scostamenti osservati rispetto a un valore obiettivo prefissato, a ciascun indicatore si attribuisce un punteggio, la cui sommatoria, ponderata per il rispettivo peso, rappresenta la valutazione globale di ciascuna regione, che sulla base di prefissati valori obiettivo può essere pienamente adempiente, adempiente con impegno su alcuni indicatori e inadempiente.¹⁴ Gli esiti delle verifiche effettuate per il mantenimento dell'erogazione dei LEA, negli anni 2008-2013, per le Regioni a statuto ordinario, per la Sicilia e, per i primi due anni, anche per la Sardegna, sono riportati nella tabella 3.

L'erogazione del LEA nel 2013: segnali di miglioramento nelle regioni "con" Piani di rientro

[14] vedi pagina 18

Come si può vedere tra le Regioni del Centro-Nord, solo la Liguria, limitatamente al 2010, e il Lazio risultano rispettivamente parzialmente adempienti o del tutto inadempienti.

A partire dal 2010 il Lazio ha avviato un percorso virtuoso di miglioramento che lo ha portato a superare pienamente la verifica nel 2012 e solo parzialmente nel 2013. Al contrario, nelle Regioni meridionali solo la Basilicata è in "regola" con lo standard di un'adeguata erogazione dei LEA, "con impegno" nei primi due anni, pienamente fino al 2012 e nuovamente parzialmente nel 2013.

Tutte le altre regioni sembrano aver intrapreso un percorso di miglioramento, senza però riuscire, con la sola eccezione della Sicilia per il 2013, ad essere pienamente adempienti.

La Campania, in particolare, dopo essere stata in tutti gli anni del tutto inadempiente, nel 2013 è riuscita a soddisfare, sia pur "con impegno" gli adempimenti richiesti.

Le prospettive del SSN

Nell'ultimo anno il settore sanitario è stato nuovamente e per due volte chiamato a contribuire al riequilibrio dei conti pubblici.

La prima volta con la legge di stabilità 2016 (L. 208/2015) e la seconda con la legge di bilancio 2017, appena approvata in Parlamento.

Entrambi i provvedimenti hanno previsto un taglio del livello vigente del finanziamento statale standard o ordinario.¹⁵

Nella tabella 4 abbiamo provato a ricostruire il finanziamento statale del SSN programmato. Il punto di partenza è il finanziamento definito nel nuovo Patto per la salute, così come è stato modificato dalla legge di stabilità per il 2015 e dal successivo Accordo Stato-Regioni del 22 aprile 2015, confluito poi nel DL 78/2015.¹⁶

Rispetto a tale livello, la legge di stabilità 2016 ha disposto, secondo la nostra ricostruzione, una riduzione di 2.095 milioni di euro per il 2016, che sale fino a 5 miliardi nel 2019. In particolare, nella nostra ricostruzione, oltre ai tagli definiti in modo puntuale nella legge di stabilità 2016 e dall'Intesa Stato-Regioni dello scorso 11 febbraio,¹⁷ abbiamo ricompreso anche le maggiori risorse messe a disposizione per il processo di revisione dei ticket per l'accesso alle cure termali (2 milioni di euro annui in più per il triennio 2016-2018) e per la promozione delle sperimentazioni cliniche sull'impiego di medicinali nelle terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare (1 milione di euro per il 2017 e 2 milioni per l'anno seguente).

Pesano sul SSN i tagli al finanziamento deliberati nelle ultime due sessioni di bilancio

Tabella 4. Il finanziamento statale ordinario del SSN. Anni 2015-2019

<i>Milioni di Euro</i>					
	2015	2016	2017	2018	2019
Finanziamento pre-vigente	109.715	113.097	116.563	119.998	122.988
Legge stabilità 2016	-	-2.095	-3.497	-4.996	-5.000
-riduzione finanziamento SSN	-	-2.097	-3.500	-5.000	-5.000
-ricerca staminali per cura					
malattie rare	-	-	1	2	-
-cure termali	-	2	2	2	-
DLB 2017	-	-	-63	-998	-2.988
-Rideterminazione fabbisogno	-	-	-1.063	-1.998	-3.988
-Fondo medicinali innovativi	-	-	500	500	500
-Fondo medicinali innovativi					
oncologici	-	-	500	500	500
Finanziamento programmatico	109.715	111.002	113.003	114.004	115.000

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati RGS (2016c), CSR (2016) e Servizio Bilancio Senato (2016)

La legge di bilancio 2017, a sua volta, riduce il finanziamento statale ordinario di appena 63 milioni di euro per il 2017, di circa 1 miliardo nel 2018 e 3 miliardi nel 2019. Tali tagli sono calcolati considerando anche l'istituzione di due Fondi, di 500 milioni di euro annui ciascuno, per sostenere le regioni nell'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici.¹⁸

In tal modo il finanziamento ordinario sale da 109,7 miliardi di euro a poco più di 111 miliardi di euro nel 2016 e a 113 miliardi nel 2017. Aumenta invece di uno solo miliardo all'anno nei due anni successivi.

[18] vedi pagina 18

Tabella 5. La spesa sanitaria nel quadro programmatico dei conti pubblici (2015-2019)

	2015	2016	2017	2018	2019
Spesa sanitaria (mld. euro)	112.408	113.654	115.375	115.821	116.166
Quota su Pil (in %)	6,8	6,8	6,8	6,6	6,4
Quota sulla spesa primaria (in %)	14,8	14,9	15,5	14,8	14,6
Spesa sanitaria (variazione in %)	1,0	1,1	1,5	0,4	0,3

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2016b, c) RT A.C. 4110 e Servizio Bilancio Senato (2016)

Le conseguenze sulla spesa sanitaria pubblica complessiva dell'intera PA sono riportate nella tabella 5, dove abbiamo riportato la programmazione sanitaria ufficiale, "corretta" per gli effetti attesi in via ufficiale dalla Legge di bilancio per il prossimo triennio. In linea con la dinamica prevista del finanziamento standard del SSN, la spesa sanitaria complessiva sperimenta una dinamica più sostenuta nel biennio 2016-2017 e una più lieve nel biennio 2018-2019. In percentuale del Pil, la spesa sanitaria passa dal 6,8% nel 2015 al 6,6% nel 2018 e al 6,4% nel 2019, che risente anche della previsione di un ritmo di crescita del Pil più sostenuto nel biennio finale. A sua volta, l'incidenza sulla spesa primaria aumenta di un decimo di punto percentuale all'anno nel 2016,-2017 per poi ridursi fino a tre decimi di punto percentuale nel 2019.

Nel prossimo triennio la spesa sanitaria pubblica si riduce in % del Pil e della spesa pubblica primaria

Conclusioni.

Negli ultimi anni il settore sanitario ha dato un rilevante contributo al contenimento della spesa pubblica e al riequilibrio dei conti della PA. Allo stesso tempo, a 9 anni dall'avvio, anche il percorso di rientro dai disavanzi strutturali sembra essere giunto a un'importante svolta: come nell'anno prima, nel 2015 solo Lazio, Molise e Calabria hanno presentato risultati di esercizio prima delle coperture in disavanzo; di queste poi solo il Molise ha incontrato difficoltà a reperire le risorse fiscali necessarie per la copertura.

L'esame condotto ha poi messo in luce come negli ultimi anni anche dal punto di vista dell'adeguatezza delle condizioni di erogazione dei LEA, le Regioni con Piani di rientro hanno mostrato dei progressi, anche se con l'eccezione del Piemonte, del Lazio nel 2012 e della Sicilia nel 2013, nessuna è riuscita a mostrarsi pienamente adempiente.

I tagli al finanziamento statale deliberati nelle due ultime sessioni di bilancio (rispetto a quello tendenziale) rischiano perciò di indebolire tale percorso. Le Regioni dovranno compiere uno sforzo supplementare dal lato del contenimento dei costi, considerata la difficoltà di fare ricorso su risorse proprie aggiuntive per far quadrare i bilanci. Pur ammettendo che vi sia ancora spazio per un recupero di efficienza, la decisione rende sicuramente più difficile l'erogazione di servizi e prestazioni adeguate e appropriate, tenuto conto dei costi crescenti che occorre sostenere per garantire l'accesso a una popolazione sempre più anziana.

Note

(1) Cfr. Istat (2016). La spesa considerata corrisponde a quella del Conto consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT, secondo i principi della contabilità nazionale, in cui confluiscono le spese per la sanità sostenute da tutti gli enti della Pubblica Amministrazione.

(2) Più precisamente, la spesa per il personale si è ridotta negli ultimi cinque anni del 6,9%, grazie alle limitazioni del turn-over e al congelamento delle retribuzioni (limitazioni sulle retribuzioni, nuove regole sul trattamento accessorio e congelamento della vacanza contrattuale). Sulla maggiore spesa per l'acquisto di beni e servizi ha pesato la maggiore spesa per farmaci, in particolare di quelli cosiddetti innovativi, cresciuta di circa il 20% (cfr. MEF (2016a), Sezione II, p. 41). Al netto della componente farmaceutica, la spesa per beni servizi ricompresa nelle prestazioni sarebbe diminuita nel 2015, secondo le nostre stime, dell'1,5% circa, superiore a quella stimata dal MEF (-1% circa), che però tiene conto anche dei consumi intermedi compresi tra i servizi amministrativi.

(3) Dal 2006 a oggi la spesa farmaceutica convenzionata si è ridotta ininterrottamente in ogni anno: nel complesso la riduzione è stata del 32,8%.

(4) I dati, ricavati dai Conti economici delle strutture pubbliche, mediante il cosiddetto modello CE, sono quelli del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Più in particolare, per il 2015 i dati utilizzati sono di preconsuntivo e quindi da valutare con cautela, mentre quelli relativi al 2014 incorporano gli effetti di aggiustamenti e revisioni delle stime. Le differenze rispetto alla spesa del Conto consolidato della Sanità dell'ISTAT sono dovute sia all'universo di riferimento che alle metodologie di contabilizzazione. Cfr. Guerrucci D. (2003) per un dettagliato confronto tra le due fonti.

(5) Nel ricostruire la Tabella 1, i saldi d'esercizio considerati sono stati mantenuti allo stesso livello indicato dalle fonti utilizzate. Abbiamo, invece, ricalcolato, come differenza tra saldi, l'impatto delle correzioni apportate al Tavolo, dei trasferimenti delle RSS, delle coperture, ecc. Il valore così ottenuto per queste voci non coincide con la somma degli effetti delle singole voci riportate nelle fonti utilizzate, probabilmente perché alcune di queste non sono state esplicitamente indicate.

(6) In particolare, la riduzione dei ricavi e il successivo aumento nel 2014 riflettono la dinamica del finanziamento statale ordinario che, per effetto delle manovre di finanza pubblica si è ridotto nel 2013, per aumentare nell'anno successivo.

(7) La riduzione dei ricavi complessivi delle regioni con Piani di rientro è da imputare sostanzialmente ad una riduzione di pari entità del finanziamento statale ordinario loro spettante, mentre le altre entrate restano sostanzialmente invariate (0,3%). Nelle altre regioni, invece, aumentano sia la quota del finanziamento statale (0,1%) che le altre entrate (1,8%).

(8) Sulla base dei dati disponibili, sembrerebbe che manchi ancora l' a copertura del disavanzo della Regione Sardegna. Cfr. Corte dei conti (2016).

(9) Agli originari adempimenti stabiliti nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 se ne sono aggiunti altri definiti da leggi, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni ed altri atti di programmazione sanitaria definiti in seguito.

(10) La quota premiale è pari al 3% del finanziamento della quota cosiddetta indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie. Per le regioni che nell'ultimo triennio sono state adempienti tale quota scende al 2%. Cfr. L. 191/2009, art.2, c.68.

(11) Più precisamente, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (in breve Comitato LEA).

(12) Alla Basilicata è stato richiesto di completare gli adempimenti previsti per la riorganizzazione e messa in sicurezza dei punti nascita e della riorganizzazione della rete laboratoristica, mentre all'Umbria solo quelli sui punti nascita.

(13) Al contrario, tali regioni hanno mostrato significativi miglioramenti nella riorganizzazione del sistema informativo e delle reti assistenziali. Cfr. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2271.

(14) Si individuano in pratica 5 classi di soglia a ciascuna delle quali è attribuito un punteggio decrescente man mano che lo scostamento diventa più grande e non si rinvergono segnali di miglioramento rispetto alle precedenti esperienze.

(15) Cfr. Servizio Bilancio del Senato (2016).

(16) Cfr. Fondazione Farmafactoring (2015).

(17) La legge di stabilità 2016 mentre aveva definito in modo puntuale il taglio da apportare al finanziamento del SSN vigente per il 2016, aveva lasciato indeterminato l'ammontare per gli anni successivi: con riferimento al contributo al risanamento della finanza pubblica chiesto alle Regioni (3.980 milioni di euro nel 2017 e 5.480 milioni di euro annui nel 2018-2019) aveva lasciato loro, almeno in prima battuta, autonomia nell'individuare dove e come intervenire, compresa la possibilità di ridurre le risorse "destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale" (cfr. L. 218/2015, art. 1, c. 680). Con l'Intesa citata è stato stabilito che il taglio relativo al SSN ammontasse per il 2017 e 2018 rispettivamente a 3,5 e a 5 miliardi di euro (cfr. CSR, Rep. Atti n. 21/CSR dell'11 febbraio 2016). Nei nostri calcoli, abbiamo ipotizzato che nel 2019 valga lo stesso taglio previsto dall'Intesa per l'anno prima.

(18) *Tra le altre misure previste nel provvedimento si segnala la revisione dei meccanismi di gestione della spesa farmaceutica attraverso i tetti alla spesa territoriale e ospedaliera, rivisti rispettivamente al 7,96% e 6,89% (contro i precedenti 11,3 e 3,3%). Viene, inoltre, rafforzata la disciplina dei Piani di rientro degli enti del SSN: secondo le nuove regole l'obbligo di predisporre un Piano di rientro si attiva qualora il disavanzo superi il 5% dei ricavi (invece del 10%, come era stabilito in precedenza) o pari a 5 milioni di euro in valore assoluto.*

(19) *Per la programmazione sanitaria a legislazione vigente, ossia precedente alla manovra in corso di approvazione parlamentare, cfr. MEF (2016b), p. 36. Per gli effetti della manovra per il 2017-2019, ossia della legge di bilancio 2017 e del DL 93/2016, Cfr. rispettivamente Servizio Bilancio del Senato (2016) e Relazione Tecnica A.C. 4110.*

(20) *Si segnala che la spesa 2015 riportata nella tabella è stata leggermente rivista al ribasso negli ultimi dati ISTAT (e utilizzati sopra nel paragrafo 2). Si noti, inoltre, come il consuntivo 2015 sia stato superiore a quello che era previsto nei documenti ufficiali di circa 1 miliardo di euro (cfr. MEF 2015). Su tale discrepanza l'impatto dell'aggiornamento verso l'alto dei dati relativi agli anni precedenti è stato relativamente modesto. Resta invece da chiarire il peso dei ritardi nell'attuazione delle misure volte di razionalizzazione assunte a metà del 2015 con il DL 78/2015, o delle difficoltà di strumenti (pay back e ticket) che negli anni passati hanno contribuito in misura significativa ai risultati ottenuti. Cfr. Corte dei Conti (2016b), p. 22.*

(21) *Secondo le più recenti previsioni ufficiali il Pil crescerebbe nel biennio 2016-2017 ad un tasso medio annuo dell'1,9%, che salirebbe al 3,1% nel biennio successivo.*

Bibliografia

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2012), *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2014), *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2015), *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Audizione sul Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

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;

Fondazione Farmafactoring (2015), *I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future*, I Quaderni della Fondazione Farmafactoring n. 3/2015;

ISTAT (2016), *I conti della protezione sociale*, ottobre 2016, www.istat.it;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015), *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2015*, Roma;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016a), *Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016b), *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016c), *Nota Tecnico Illustrativa al Disegno di Legge di Bilancio 2017-2019* (A.C. 4127), Roma

Ministero della Salute (2015), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2013*, Roma,

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2013*, Roma,

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2012), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2011), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2009*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2010), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2008*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf;

Ragioneria Generale dello Stato (2016c), *Legge di Stabilità 2016 - Prospetto degli Effetti Finanziari*, Roma

Ragioneria Generale dello Stato (2016b), *Il Monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 3*, Roma

Servizio del Bilancio del Senato (2016) A.S. 2611: *"Bilancio di Previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e Bilancio Pluriennale per il triennio 2017-2019 (approvato dalla Camera dei Deputati) - Nota di lettura n. 155*, Roma

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

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Dicembre 2014

Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia:

welfare state e welfare society

Gennaio 2015

Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi

sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia

Maggio 2015

Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa

sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini

di salute e spesa sanitaria.

Luglio 2015

I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future

Novembre 2015

Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia

Gennaio 2016

La struttura dei costi della sanità in Italia:

analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)

Giugno 2016

La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione

Luglio 2016

Alla difficile caccia della inappropriatazza

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.

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