



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

01.2013

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

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

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Introduzione

È fuori di dubbio che il sistema sanitario italiano (per una serie combinata di motivi) sia un sistema sostanzialmente sano e con delle buone prospettive di sostenibilità se confrontato con quello di paesi simili al nostro per livello di sviluppo. Il prossimo futuro ci riserva, però, delle sfide molto difficili. Da un lato si pone la necessità di garantire le risorse necessarie all'assistenza di una popolazione che continuerà a invecchiare; dall'altro, appare chiaro come l'aumento della spesa oltre certi limiti difficilmente potrà essere garantita dallo Stato. Immaginare di recuperare efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire da subito, ma non sarà certo la strategia risolutiva in futuro. Il compito più importante per i policy makers sarà, invece, quello di affrontare i problemi della sanità seguendo un approccio strutturale e non certo mediante interventi ad hoc, come già ampiamente avvenuto negli anni passati.

La seconda metà del 2011 ha rappresentato una fase particolarmente difficile per la gestione dei conti pubblici. Il Dl 98/2011 e il Dl 138/2011, nell'estate, e il Dl 201/2011 a dicembre, hanno imposto una correzione all'indebitamento netto tendenziale della PA pari, secondo le stime ufficiali, a circa 2,8 miliardi di euro nel 2011, che salgono a 48,5 miliardi nel 2012, a 75,6 nel 2013 e a 81,3 miliardi nel 2014.

Nell'ambito di tali manovre, e precisamente nel Dl 98/2011, anche alla sanità è stato imposto con la riduzione del finanziamento statale un significativo onere, reso ancora più gravoso dal nuovo taglio operato dal Dl 95/2012, cosiddetto di "Spending Review". In termini di dinamica temporale, dal 2006, la spesa sanitaria nominale cresce costantemente a tassi inferiori al 5 per cento, ed è in continua diminuzione. Come si vedrà meglio nei paragrafi successivi, è interessante sottolineare che nel 2011 la spesa sanitaria ha raggiunto i 112 miliardi circa di euro, con una riduzione rispetto al 2010 dello 0,6 per cento. Pertanto, dopo quasi 20 anni, per la prima volta la spesa sanitaria registra una riduzione in termini nominali, così come era accaduto nei primi anni '90. Da rilevare, poi, che dopo circa 8 anni il disavanzo scende al di sotto dei 3 miliardi di euro: l'ultima volta un tale risultato lo si era registrato nel biennio 2002-2003, quando però le risorse disponibili erano cresciute ad un tasso più che doppio rispetto al 2009 (5,5 per cento in media d'anno).

A livello territoriale, infine, ad eccezione dell'Abruzzo, le Regioni impegnate nei Piani di rientro - Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Puglia - continuano a registrare risultati di bilancio negativi, pari a circa l'80 per cento dei disavanzi registrati (solo il Lazio e la Campania ne coprono il 60 per cento).

Tuttavia, a fronte di un discreto risultato in termini medi, l'analisi disaggregata dei dati relativi ai Piani di rientro mostra una situazione molto più articolata.

I risultati mostrano come tre Regioni (Campania, Lazio e Molise) non siano riuscite a contenere i costi nella misura programmata, mentre le altre sono riuscite a ridurli in misura superiore. Infine, è interessante notare che le Regioni sono riuscite a garantire l'equilibrio dei conti facendo affidamento principalmente su risorse proprie, attinte dai bilanci o recuperate con l'incremento delle leve fiscali regionali. Tuttavia, le Regioni incontrano su tale terreno crescenti difficoltà.

Nelle pagine che seguono questi temi verranno discussi e approfonditi con l'obiettivo di fornire un quadro di insieme che ci auguriamo possa aiutare a capire meglio le dinamiche del SSN in ambito economico-finanziario.

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

	Costi	Ricavi	Saldo
2001	77.288,1	73.166,4	-4.121,7
2002	81.025,0	78.134,4	-2.890,6
2003	83.741,9	81.418,5	-2.323,4
2004	92.010,8	86.220,9	-5.790,0
2005	98.621,3	92.886,5	-5.734,9
2006	102.277,8	97.794,4	-4.483,4
2007	105.575,5	101.866,2	-3.709,3
2008	108.692,3	105.034,3	-3.658,0
2009	111.726,0	108.361,8	-3.364,2
2010	112.868,7	110.662,7	-2.206,0
2011	112.556,5	111.204,6	-1.352,0

Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della Salute.

I risultati di esercizio del SSN nell'ultimo decennio

Dopo anni di continua crescita, nel 2011 il SSN ha per la prima volta registrato una riduzione nei costi e un apprezzabile risultato dal punto di vista dell'equilibrio economico. Infatti, come si può vedere dai dati riportati *tabella 1* (dove per ragioni di confrontabilità i risultati del 2011 sono stati depurati di ammortamenti e costi capitalizzati), il costo complessivamente sostenuto ha subito una riduzione dello 0,3% rispetto al 2010, grazie soprattutto al contenimento dei costi dell'assistenza accreditata e convenzionata, che si riducono dell'1,4%, che ha più che compensato l'aumento, peraltro molto modesto, di quelli per l'assistenza fornita direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche.¹

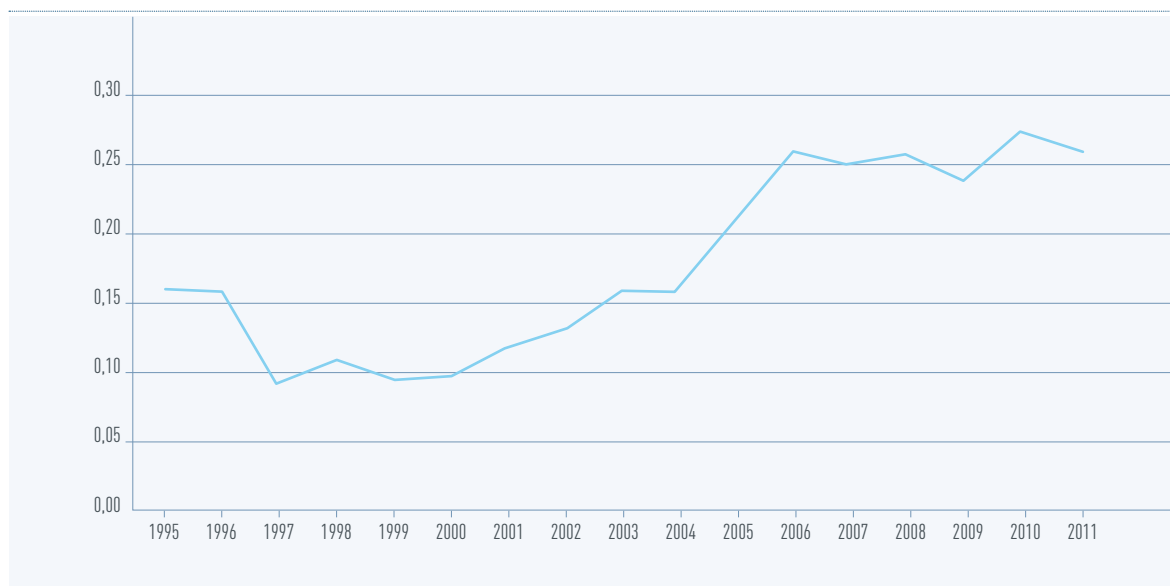
Sebbene quella del 2011 sia una riduzione dei costi contenuta, la sua significatività va rinvenuta nel fatto che per la prima volta nel corso del decennio i costi siano diminuiti in termini nominali. Il contenimento della spesa ha consentito di contenere il disavanzo complessivo a 1,4 miliardi di euro, nonostante i ricavi disponibili siano aumentati di appena lo 0,5%. Inoltre, per la prima volta nel decennio il disavanzo scende sotto a oltre 2 miliardi di euro.

Da un punto di vista territoriale, la metà del disavanzo registrato nel 2011 (comprensivo di ammortamenti e costi capitalizzati) si concentra nel Lazio e nella 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.

Nel 2011 si riducono i costi sostenuti per l'assistenza sanitaria e si riduce anche il disavanzo complessivo del settore...

[1] vedi pagina 16

Figura 1. La "polarizzazione" dei disavanzi (1995-2011): Indice di Herfindahl sui disavanzi regionali



Questo risultato conferma la spaccatura emersa negli ultimi anni tra le Regioni “virtuose” e quelle che non riescono a garantire con le risorse del finanziamento statale l’equilibrio economico. Come si può vedere dalla *figura 1*, tale tendenza ha preso avvio nel 2000, con l’introduzione del federalismo fiscale in sanità e, successivamente, ha mostrato una significativa accelerazione con l’avvio dei Piani di rientro.

Tabella 2. La dinamica dei costi del SSN (2001-2011)

	2001-2006	2007-2011	2001-2011
Regioni con Piani di rientro	7,7	0,3	4,2
Regioni senza Piani di rientro	6,1	2,8	4,6
Totale	6,6	1,9	4,5

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della Salute.

La tenuta dei conti e i Piani di rientro

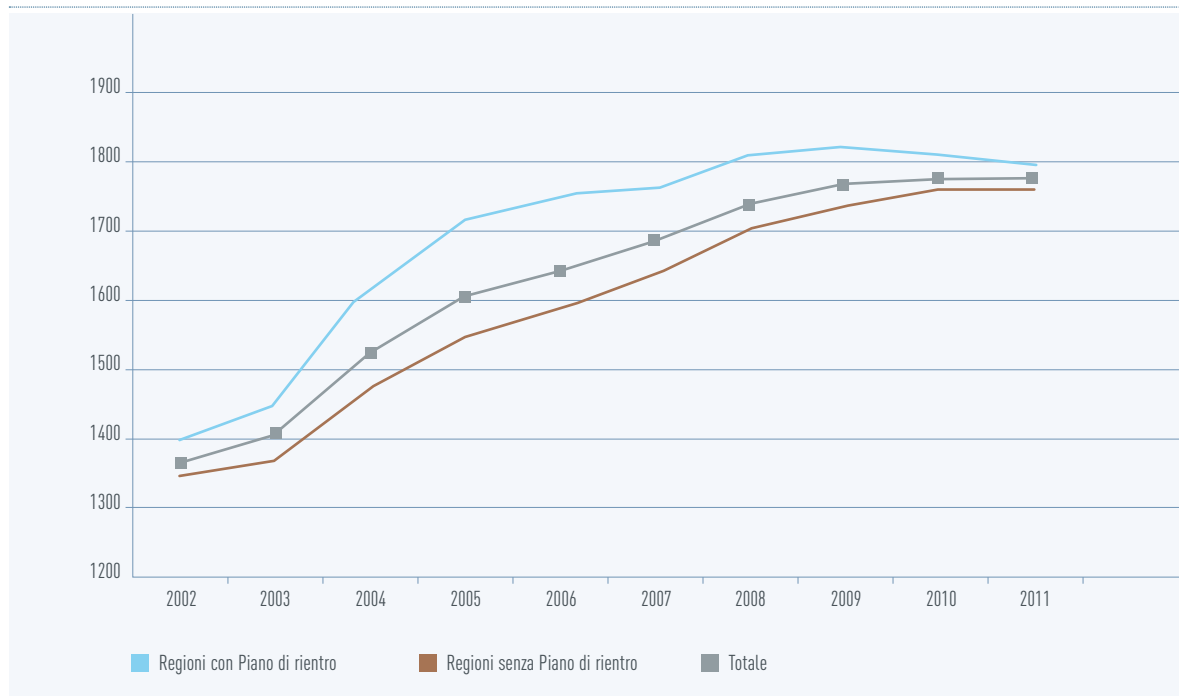
Anche dopo il varo delle nuove regole del federalismo sanitario, il principale strumento di garanzia dell'equilibrio economico del settore è rappresentato, dall'obbligo per le Regioni che presentano significativi disavanzi di gestione di adottare i cosiddetti Piani di rientro.² Infatti, le nuove regole previste dal federalismo sanitario, e in particolare quelle relative ai costi *standard*, non introducono variazioni rispetto all'assetto vigente che regola il finanziamento del settore e il riparto delle risorse disponibili tra le Regioni. Al contrario, i Piani di rientro hanno contribuito a contenere la dinamica della spesa: nel periodo 2007-2011 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% (vedi tabella 2). 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 (+0,3).³

Adottando il Piano di rientro, le Regioni hanno l'obbligo di attivare al livello massimo consentito dalla legislazione le leve fiscali regionali, manovrando l'aliquota IRAP e l'addizionale regionale IRPEF, in modo da recuperare risorse aggiuntive da destinare alla copertura dei disavanzi della gestione sanitaria.⁴

Attualmente, sono impegnate in tale procedura ben 8 Regioni su 20. Oltre al Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Sicilia, che sono impegnate sin dal 2007, e che non avendo rimosso le cause strutturali del disequilibrio hanno dovuto prolungarne l'applicazione, si sono aggiunte la Calabria, il Piemonte e la Puglia.⁵ Va però sottolineato come tra le Regioni che hanno adottato per prime i Piani di rientro solo la Liguria è riuscita a completare il percorso di risanamento intrapreso, evidenziando così la necessità di definire politiche di riqualificazione più incisive e più consone alle specifiche debolezze strutturali.

Le recenti esperienze hanno mostrato una difficoltà delle Regioni interessate a realizzare i programmi di risanamento ipotizzati e a contenere la dinamica dei costi entro la dinamica programmata. Inoltre, emergono ulteriori difficoltà a coprire i disavanzi di gestione esclusivamente con risorse proprie. Infatti, per il 2009 un ruolo significativo ai fini della copertura degli squilibri di bilancio è stato giocato dal Fondo Statale Straordinario (FSS), riservato alle Regioni con Piani di rientro, e dalle risorse del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (FAS), il cui utilizzo per tale finalità sebbene non violi il principio di non intervento dello Stato - si tratta in definitiva di risorse spettanti a tali Regioni - di fatto provoca uno "scadimento" di qualità della spesa regionale, che va a detrimento della realizzazione di programmi di sviluppo regionale.⁶

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.

Figura 2. Spesa pro-capite associata a finanziamento statale (2002-2011)

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della Salute.

Nel complesso, per capire in che modo i Piani di rientro hanno contribuito al contenimento della spesa e al suo riallineamento con quella delle regioni più virtuose, dalla *figura 2* si può osservare la dinamica della spesa sanitaria pro-capite regionale, depurata della parte finanziata dalle Regioni con risorse proprie.⁷ Come è possibile vedere, a partire dal 2002 le Regioni "con" Piano di rientro registrano un livello più elevato di spesa pro-capite, con una dinamica più sostenuta rispetto alle altre fino al 2005. Dal 2006, e sostanzialmente con l'entrata in vigore dei Piani di rientro, il *trend* della spesa delle Regioni interessate dai Piani di rientro mostra una dinamica più contenuta e registra un progressivo avvicinamento a quello delle altre Regioni.

Tuttavia, la spesa pro-capite delle Regioni con Piano di rientro continua a mantenersi sopra quella delle altre Regioni. Considerando che tali Regioni continuano a mantenere significativi disavanzi, sarà necessario migliorare il processo di ristrutturazione in atto, a meno di continuare a mantenere la pressione fiscale regionale su livelli che possono diventare insostenibili per i residenti.

[7] vedi pagina 16

Le misure di contenimento della spesa sanitaria nel prossimo triennio

Nel 2011, il SSN ha continuato a fornire il suo contributo al programma di correzione dei conti pubblici intrapreso dal governo, in linea con le indicazioni emerse a livello di Unione europea. Tra i diversi provvedimenti adottati, due sono quelli che hanno interessato il SSN: il DL 98/2011, adottato nel luglio dello scorso anno, nella fase iniziale della crisi finanziaria che ha colpito i titoli del nostro debito pubblico,⁸ e il recente DL 95/2012, cosiddetto di *spending review*, adottato lo scorso luglio.⁹ Entrambi i decreti introducono nuove misure di riduzione della spesa sanitaria, cui si fanno corrispondere riduzioni del finanziamento statale ordinario di entità pari agli effetti stimati di contenimento della spesa. L'impatto complessivo sui conti del SSN per gli anni 2012-2014 è riassunto nella *tabella 3*, in cui si evidenziano le tipologie di spesa interessate, le minori spese stimate e, dato il livello tendenziale, il conseguente finanziamento statale programmatico.¹⁰

Come si può vedere dalla tabella 3, entrambi i decreti individuano alcune tipologie di spesa da aggredire: la spesa farmaceutica territoriale e gli acquisti di beni e servizi delle strutture sanitarie, e tra questi in particolar modo i dispositivi medici. Per l'assistenza farmaceutica convenzionata i risparmi di spesa previsti derivano sostanzialmente da un abbassamento del tetto esistente che il DL 95/2012 fissa definitivamente al 13,1% del finanziamento statale nel 2012 e all'11,35% a decorrere dal 2013.¹¹ Per quanto riguarda la riduzione della spesa per *procurement* agli effetti attesi dalla definizione di prezzi di riferimento vincolanti per le strutture sanitarie (affidata all'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture) si affianca uno sconto del 5% dei corrispettivi e dei relativi volumi delle forniture che le strutture sanitarie devono richiedere a partire dal 2012. Per i dispositivi medici si introduce a decorrere dal 2013 un tetto di spesa, analogo a quello vigente per la spesa farmaceutica: tale tetto inizialmente posto al 5,2% del finanziamento è stato ridotto con il DL 95/2012 al 4,9% nel 2013 e al 4,8% a partire dal 2014.

Il risanamento dei conti pubblici ha posto significativi oneri sul SSN.

Tabella 3. Composizione e effetti degli interventi sul SSN (2012-2014) - valori in milioni di euro

	2012	2013	2014
Finanziamento tendenziale	108.780	111.794	116.236
Riduzione finanziamento SSN ex DL 98/2011	-	-2.500	-5.450
- Prezzi di riferimento	-	-750	-1.100
- Farmaceutica	-	-1.000	-1.000
- Tetto sui Dispositivi medici	-	-750	-750
- Ticket	-	-	-2.000
- Personale	-	-	-600
Riduzione finanziamento SSN ex DL 95/2012	-900	-1.800	-2.000
- Farmaceutica	-325	-747	-747
- Beni e servizi	-505	-883	-943
- riduzione 5% spesa per forniture	-505	-463	-393
- abbassamento tetto sui Dispositivi medici		-400	-500
- riduzione posti letto		-20	-50
- Assistenza accreditata	-70	-170	-310
Totale riduzione finanziamento SSN	-900	-4.300	-7.450
Finanziamento programmatico	107.880	107.494	108.786

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su documenti ufficiali MEF.

Altri risparmi nell'attività di *procurement* sono attesi dalla riduzione dei posti letto a 3,7 per 1000 abitanti e del tasso di ospedalizzazione a 160 per 1000 abitanti. Il quadro delle misure messe in campo è completato dall'obbligo imposto alle Regioni di introdurre, dal 2014, nuove misure di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti per un importo pari a 2 miliardi di euro,¹² dalla riduzione della dinamica delle retribuzioni del personale dipendente e convenzionato (da cui si attendono economie stimate in circa 600 milioni di euro) e della riduzione della spesa per prestazioni acquisite da operatori accreditati.¹³

Esaminando le misure introdotte con la “*spending review*” non sembra che esse siano del tutto adeguate agli obiettivi prefissati: se si esclude l’incentivo alla maggiore diffusione dei farmaci generici, le altre misure colpiscono in modo indistinto tutte le Regioni, e per una parte consistente dei risparmi previsti, non sembrano garantire la qualità e l’appropriatezza della spesa. Infatti, come nel caso della riduzione del 5% del valore delle forniture di beni e servizi e la manovra sul tetto per i dispositivi medici, si rischia di tagliare allo stesso modo ciò che serve (e costa poco) e ciò che non serve (e costa molto).

Nel complesso i risparmi attesi ammontano a 900 milioni di euro per il 2012 che salgono a 4,3 miliardi per il 2013 e a 7,5 miliardi per il 2014. L’effetto per il 2013 sarà che il finanziamento statale disponibile si riduce in termini nominali rispetto a quello dell’anno precedente. Tale fatto costituisce un punto di discontinuità rispetto al passato: infatti, si è passati da una logica di contenimento della spesa tendenziale per contenere il finanziamento statale, in un quadro di risorse comunque crescenti, a una logica di taglio della spesa e del finanziamento.¹⁴ Infatti, prendendo come punto di partenza le previsioni contenute nel Documento di programmazione economica e finanziaria (DPEF) del 2008 per gli anni fino al 2013, la spesa programmatica è stata oggetto di importanti revisioni al ribasso per ciascuno degli anni successivi, che ne hanno abbassato significativamente il profilo di crescita. Per il 2012, rispetto alle previsioni ufficiali di inizio legislatura (DPEF 2009-2013), la spesa stimata si è ridotta complessivamente di 11,6 miliardi di euro (il 9,2% in meno). Si tratta di una riduzione superiore a quella attesa per la spesa primaria, pari al 7,6%.

Le misure della “*spending review*” non sembrano favorire il recupero di efficienza e appropriatezza della spesa e nel 2013 il finanziamento si riduce.

Il quadro programmatico del SSN nel 2012: la spesa e le risorse disponibili.

In conseguenza degli interventi adottati nell'ultimo anno, la spesa sanitaria stimata in sede ufficiale ha subito ripetute revisioni al ribasso. L'ultima stima disponibile, è contenuta nella Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (DEF) 2012, che aggiorna la dinamica della spesa includendo gli effetti delle misure adottate con il decreto di "spending review". Le stime sono riportate nella [tabella 4](#), insieme a quelle previste nella Relazione al Parlamento del dicembre 2011 e nel DEF 2012.

Sulla base delle informazioni disponibili nei documenti ufficiali è possibile asserire che le previsioni della spesa programmatica presentano due aspetti critici. Il primo è relativo al fatto che, dal 2013, nel DEF la spesa stimata è inferiore rispetto a quella che deriverebbe dagli effetti di trascinamento del miglior risultato registrato a consuntivo nel 2011 e non sono disponibili informazioni circa le modalità utilizzate per prevedere la spesa.

Tabella 4. La spesa sanitaria programmatica (2012-2014)

	2011	2012	2013	2014
Relazione al Parlamento (dicembre 2011)				
Spesa sanitaria tendenziale (mil. euro)	114.941	117.491	119.602	121.412
Quota sul Pil (in %)	7,2	7,3	7,3	7,2
Quota sulla spesa primaria (in %)	15,9	16,3	16,4	16,3
DEF 2012 (aprile 2012)				
Spesa sanitaria tendenziale (mil. euro)	112.039	114.497	114.727	115.421
Quota sul Pil (in %)	7,09	7,21	7,05	6,9
Quota sulla spesa primaria (in %)	15,6	15,8	15,8	15,7
Nota aggiornamento DEF 2012 (spending review)				
Spesa sanitaria tendenziale (mil. euro)	112.039	113.597	112.927	113.421
Quota sul Pil (in %)	7,1	7,3	7,1	7,0
Quota sulla spesa primaria (in %)	15,5	15,8	15,7	15,6

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su documenti ufficiali MEF.

Infatti, è chiaro che per il 2012 la spesa prevista nel DEF è inferiore a quella contenuta nella Relazione al Parlamento del 4 dicembre di un importo, circa 3 miliardi di euro, in quanto la spesa effettivamente registrata nel 2011 è stata inferiore rispetto a quanto era previsto nella stessa Relazione al Parlamento (il consuntivo per il 2011 è stato reso noto solo nello scorso aprile al momento della redazione del DEF). Al contrario, per il periodo 2013-14, la riduzione di circa 5 miliardi di euro nel 2013 e 6 miliardi nel 2014 non è stata giustificata. Ne discende quindi una spesa programmatica per il 2013 sostanzialmente pari a quella del 2012 (un incremento annuo di appena lo 0,2%) e poco più alta nel 2014 (a un tasso dello 0,6%).¹⁵ Il secondo problema attiene all'effettiva "congruità" dei tagli, ovvero alla capacità delle misure messe in campo di produrre effettivamente i risparmi di spesa previsti. La difficoltà di valutare la congruità è acuita dal fatto che non si dispone dei dati elementari necessari per poter compiere tale valutazione.¹⁶ Rilevano, poi, le difficoltà di applicazione nel caso degli interventi sul *procurement* per la complessità della definizione dei prezzi di riferimento e di applicazione dello sconto sulle forniture che potrebbe dar luogo a "un cospicuo contenzioso a carico delle aziende sanitarie e creare problemi di approvvigionamento" se i fornitori preferissero recedere dal contratto e non accettare il taglio dei loro compensi.¹⁷

A un quadro già così poco chiaro, si aggiungono i recenti interventi operati in ambito di *spending review*. Incorporando tali effetti, la previsione di spesa si abbassa ulteriormente, raggiungendo 113,6 miliardi di euro nel 2012, 112,9 miliardi nel 2013 e 113,4 miliardi nel 2014. In rapporto al Pil, la spesa sale al 7,3% nel 2012, per poi scendere nel biennio seguente al 7,1 e al 7%. In rapporto alla spesa pubblica primaria – la spesa pubblica complessiva al netto degli interessi passivi sul debito pubblico – si parte dal 15,8% nel 2012 per poi perdere nel biennio successivo un decimo di punto all'anno, a testimonianza delle restrizioni imposte e del contributo del settore al risanamento complessivo dei conti pubblici.

I dubbi sul quadro programmatico ufficiale.

Tabella 5. Il quadro programmatico del SSN - valori in milioni di euro

	2012	2013	2014
Spesa programmatica	113.597	112.927	113.421
Finanziamento statale ordinario	107.880	107.494	108.784
Differenza a carico delle Regioni	5.717	5.433	4.637

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su documenti ufficiali MEF.

Nella *tabella 5* viene invece riportato il quadro programmatico del SSN con spesa e finanziamento per gli anni 2012-2015. Come è possibile vedere, nonostante gli sforzi compiuti per il contenimento della spesa, il finanziamento statale non è adeguato a fronteggiare la spesa programmatica. La differenza dovrà essere recuperata autonomamente dalle Regioni, o all'interno del proprio bilancio o inasprendo il livello di compartecipazione alla spesa dei cittadini o la pressione fiscale regionale. Si tratta di importi significativi, pari al 5% della spesa nel 2012, al 4,8 nel 2013 e al 4,1 nel 2014. La rilevanza di tali importi cresce se si considera che il finanziamento statale comprende un ammontare di circa 2 miliardi di euro, che in realtà deve essere reperito dalle Regioni mediante l'introduzione di *ticket* o altre misure che aumentino le entrate proprie degli enti sanitari regionali, e che nella spesa programmata è scontato – con un segno negativo - il maggiore *ticket* per la specialistica ambulatoriale (834 milioni di euro annui, secondo le valutazioni ufficiali) e per il 2014 l'incremento di 2 miliardi della compartecipazione alla spesa che le Regioni devono realizzare secondo le disposizioni del DL 98/2011.

Lo sforzo delle Regioni per reperire risorse per la copertura della spesa programmata è significativo.

I risultati economici del SSN: una stima.

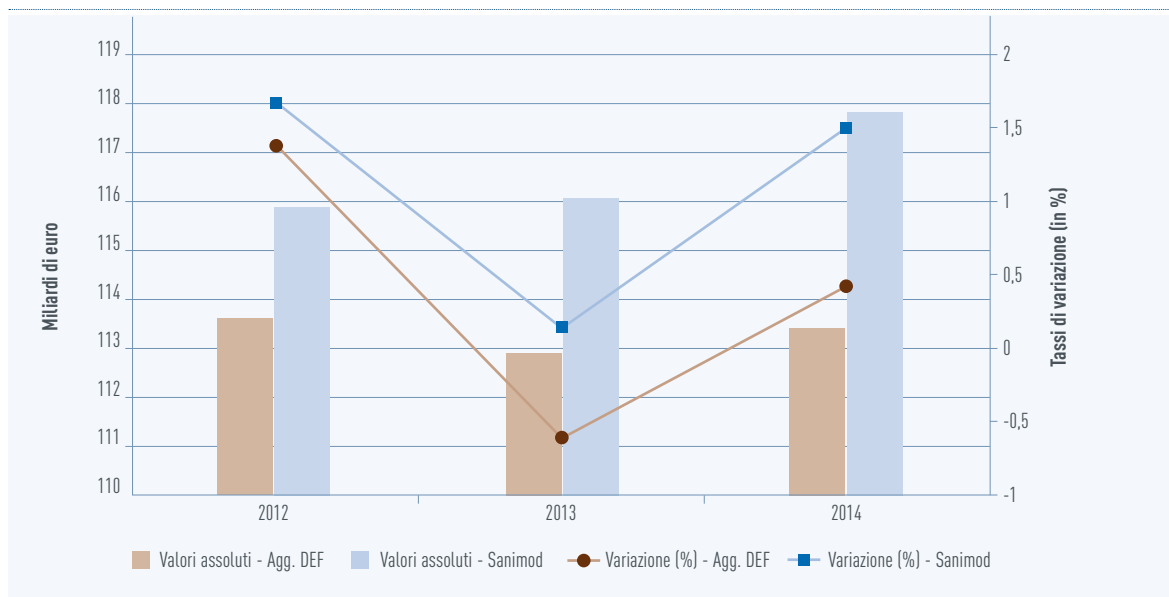
La tenuta economica del settore è stata analizzata mettendo a confronto la dinamica stimata dei costi con quella delle risorse disponibili. Per i costi la dinamica è stata simulata mediante il modello econometrico SANIMOD e facendo riferimento a uno scenario in cui gli effetti indotti dai Piani di rientro sulla capacità delle Regioni di ristrutturare e razionalizzare crescano nel periodo considerato, sebbene a ritmi inferiori rispetto al passato.¹⁸ Le stime ottenute sono riportate nella *figura 3* e messe a confronto con quelle ufficiali: se in valore assoluto la differenza riflette anche il diverso aggregato di riferimento, per quanto riguarda il profilo dinamico nel triennio considerato le nostre stime risultano più alte di quelle ufficiali.¹⁹

Considerando anche le risorse disponibili al settore abbiamo stimato il risultato di esercizio del SSN per il triennio considerato. Le risorse disponibili per il settore sono state stimate sommando al finanziamento statale complessivo (al netto delle poste che vanno a finanziare quelle attività non contabilizzate nei costi delle Regioni), quelle proprie delle Regioni, al netto di quelle reperite dalle manovre sulla leva fiscale regionale e destinate a coprire gli eventuali disavanzi di esercizio (pari nel 2010 a 1,3 miliardi di euro).²⁰ Secondo le nostre simulazioni, nel biennio 2012-2013 il *deficit* complessivo tornerebbe a crescere (a un livello medio superiore ai 3 miliardi di euro annui), per poi diminuire nel 2014, anche se a livelli superiori a quelli del 2011.

Le simulazioni sui conti del SSN mostrano una dinamica dei costi più vivace di quella ufficiale e una tendenza dei disavanzi a crescere.

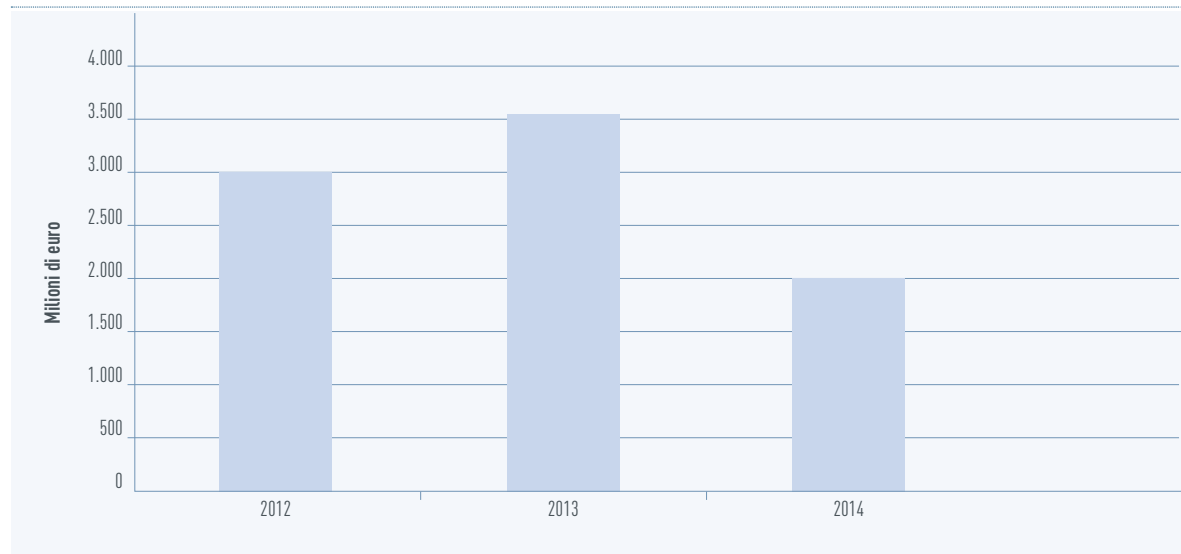
[18-19-20] vedi pagina 16

Figura 3. La dinamica dei costi e della spesa SSN: stime a confronto (2012-2014)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ufficiali MEF.

Figura 4. La stima dei disavanzi del SSN (2012-2014)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ufficiali MEF.

Conclusioni.

Il SSN ha fatto registrare nel 2011 un significativo risultato in termini economici. I costi del SSN, al netto degli ammortamenti, per la prima volta dopo molti anni si sono ridotti in termini nominali. Ciò, tuttavia, non è stato sufficiente a garantire l'equilibrio di bilancio del settore. Alcune Regioni, segnatamente quelle con Piani di rientro, continuano a evidenziare significative difficoltà nella gestione del bilancio sanitario e questo rende necessario per tali Regioni recuperare maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni se vogliono garantire l'equilibrio economico di gestione e al contempo assicurare un'assistenza adeguata.

Tuttavia, non va trascurato che a rendere più difficile il percorso di risanamento contribuisca anche il rallentamento del finanziamento statale del settore (attuato in più riprese negli ultimi anni), che ha imposto alle Regioni di ricorrere in misura crescente a risorse proprie e, sulla base dell'ultima correzione adottata a livello nazionale, a misure di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

Se tale *policy* è giustificata dalla necessità di mantenere il bilancio pubblico entro i limiti concordati in sede europea, considerata anche la debolezza strutturale del nostro paese, non devono essere trascurate le conseguenze sull'accesso alle cure e sulla loro efficacia.

Note

(1) Tra le tipologie di spesa segnaliamo la riduzione della spesa farmaceutica del 9% e, nell'ambito della Gestione diretta, della spesa per il personale dell'1,4%.

(2) I Piani di rientro rappresentano dei veri e propri programmi di ristrutturazione dei servizi sanitari regionali, potenzialmente in grado di rimuovere le cause degli squilibri di gestione e dare opportuna sistemazione al debito accumulato. La procedura dei Piani di rientro è stata prevista inizialmente dalla legge finanziaria per il 2005 e dalla successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Il varo effettivo dei Piani è però avvenuto due anni dopo con il Patto per la salute del 2007-2009 e con la legge finanziaria per il 2007. La disciplina è stata successivamente più volte modificata. Secondo la normativa vigente, sono tenute ad adottare un Piano di rientro le Regioni 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 (cfr. Patto per la salute 2010-2012, articolo 13, comma 3). In precedenza, tale limite era fissato al 7% delle risorse disponibili (cfr. Patto per la salute 2007-2009, punto 3.1.a). Per l'elaborazione del Piano, la Regione può avvalersi dell'apporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

(3) Nelle elaborazioni le Regioni con Piani di rientro considerate sono quelle che per prime vi hanno aderito (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia) ad eccezione della Sardegna, che vi aveva aderito solo per recuperare la parte del finanziamento legato al rispetto di ben definiti obblighi normativi.

(4) La valutazione, il monitoraggio (ovvero se gli interventi programmati siano effettivamente deliberati e attuati) e la verifica dei risultati spettano sostanzialmente al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute, mediante appositi organismi. Nel caso il Piano sia ritenuto inadeguato e/o i programmi previsti non siano attuati e i risultati non siano raggiunti, si procede al commissariamento della Regione, con il riconoscimento del suo presidente come Commissario ad acta, e all'imposizione di ulteriori sanzioni, tra cui l'ulteriore inasprimento della pressione fiscale regionale oltre il livello massimo.

(5) Per il Piemonte e la Puglia, il ricorso al Piano è motivato dalla necessità di recuperare la parte di finanziamento vincolata al raggiungimento dell'equilibrio economico, relativa al 2004 per il Piemonte e al 2006 e al 2008 per la Puglia (avendo tali Regioni garantito negli altri anni l'equilibrio di gestione mediante il ricorso ad opportuni stanziamenti di bilancio).

(6) Cfr. Corte dei Conti (2011). Nel FAS sono incluse le risorse finanziarie nazionali destinate a finalità di riequilibrio economico e sociale, nonché a incentivi e investimenti pubblici. La possibilità di utilizzare per coprire i disavanzi sanitari le risorse del FAS è stata introdotta dal Patto per la salute 2010-2012 (cfr. Patto per la salute 2009, articolo 13, comma 15, lettera b).

(7) 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 è sottratta la parte finanziata con risorse regionali proprie, non comprese nell'ammontare di finanziamento statale ordinario, come i conferimenti in bilancio decisi autonomamente dalle Regioni, dalle entrate delle strutture sanitarie per ticket e altro che eccedono l'importo convenzionale usato in sede di riparto del finanziamento ordinario e dei proventi derivanti dalla mobilità attiva.

(8) Cfr. DL 98/2011, recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" convertito nella L. 111/2011.

(9) Cfr. DL 95/2012, recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito nella L. 135/2012.

(10) Nella tabella non è riportata la reintroduzione del ticket sulla specialistica ambulatoriale deciso con il DL 98/2011, che non ha formalmente effetti sul finanziamento programmatico perché l'importo corrispondente, 834 milioni di euro, non era incluso nel finanziamento vigente. Non si considera, inoltre, il taglio di 70 milioni di euro annui per il 2013-2014 (DL 98/2011) relativi alle spese per gli accertamenti medico-legali. Negli anni precedenti gli importi destinati a tale finalità rimanevano nelle disponibilità del Ministero della Salute (e non ripartiti tra le Regioni) che li trasferiva alle amministrazioni competenti. La modifica introdotta evita in definitiva tali trasferimenti.

(11) Le misure sulla spesa farmaceutica sono completate da un aumento del tetto previsto sulla spesa farmaceutica ospedaliera e dall'introduzione dell'obbligo per le aziende farmaceutiche di partecipare al ripiano dell'eventuale sfioramento, in precedenza a carico esclusivamente delle Regioni.

(12) Le Regioni, però, possono individuare misure alternative equivalenti o anche procedere a una loro riduzione purché assicurino l'equilibrio economico finanziario del settore.

(13) In particolare, si introduce un tetto alla remunerazione di funzioni non tariffabili e si richiede una ridefinizione dei volumi e delle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera.

(14) Un primo passo in questa direzione era stato fatto con il Patto per la salute 2007-2009, che aveva permesso di passare da una situazione caratterizzata da integrazioni ex post del finanziamento statale all'attuale situazione che responsabilizza completamente le Regioni rispetto ai risultati di esercizio.

(15) Non si rinvergono nel DEF gli elementi che giustifichino tali scostamenti. Cfr. anche Servizio Bilancio, n. 17, 2012, p. 81 e pp. 95-100.

(16) A tal riguardo, cfr. Servizio Bilancio del Senato (2011), p. 94 e Servizio Bilancio del Senato (2012), p. 177. Per i dubbi e le contraddizioni relative ai risparmi ufficiali stimati per i dispositivi medici, cfr. Cincotti F. e Gazzaniga G. (2012).

(17) Cfr. Servizio Bilancio del Senato (2012), p. 177.

(18) Per una descrizione del modello, cfr. Atella e Cincotti (2009), pp. 191-193.

(19) Le previsioni ufficiali si riferiscono a un aggregato di spesa sanitaria coerente con i dati di contabilità nazionale. Le nostre previsioni si riferiscono ai costi del SSN, di fonte Ministero della Salute. Sulle differenze tra i due aggregati, cfr. Guerrucci (2003).

(20) La stima delle risorse regionali proprie tiene conto delle disposizioni legislative in materia di compartecipazione alla spesa richiesta agli utenti, delle indicazioni ufficiali e delle evidenze contabili disponibili.

Bibliografia

Atella V. e Cincotti F. (2009), La spesa sanitaria e il quadro macroeconomico, in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce - Rapporto Farmafactoring 2009*, Franco Angeli, Milano.

Cincotti F. e Gazzaniga G. (2012), L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici, *Centro Studi Assobiomedica, Analisi, n. 14*.

Corte dei Conti (2011), *Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica*, 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.

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

Ministero dell'Economia e delle Finanze - MEF (2012), *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2012*, Roma.

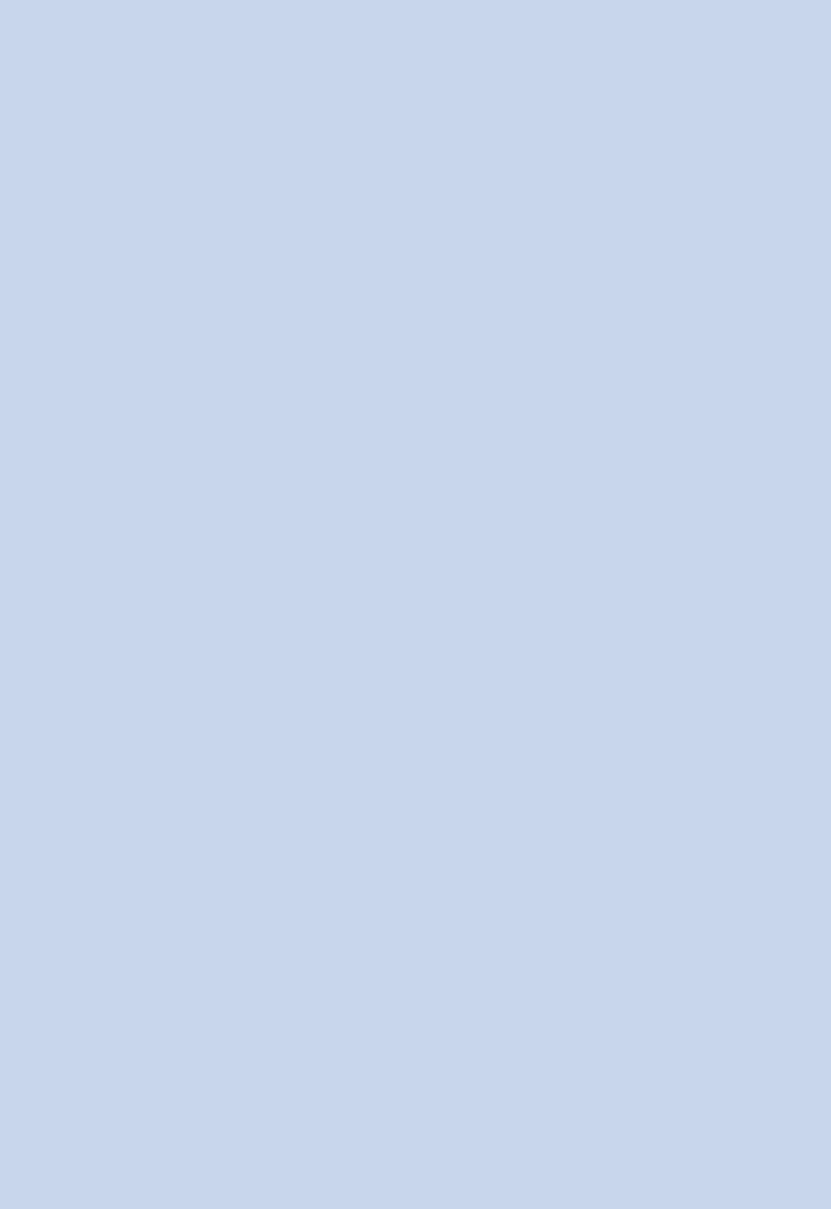
Ministero della Salute (2012), *Rapporto sanità 2012*, Roma, www.salute.gov.it.

Servizio Bilancio del Senato (2011), *Nota di lettura, n. 108*.

Servizio Bilancio del Senato (2012), *Nota di lettura, n. 135*.

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