

## La sanità

49.

Nel corso dell'esame parlamentare sono state apportate solo limitate integrazioni e modifiche alle norme destinate al settore sanitario. Ben maggiore è l'impatto per il comparto riconducibile al recente accordo Stato Regioni con cui sono state individuate le modalità di attuazione concreta del contributo richiesto alle amministrazioni regionali. Esso si traduce, infatti, in una consistente revisione delle somme destinate al finanziamento del SSN nel Patto del 10 luglio scorso. Una eventualità che era già adombrata nel testo della legge di stabilità, allorchè si prefigurava che un contenimento delle somme destinate a tale comparto avrebbe potuto derivare quale "effetto indiretto" dei risparmi di spesa richiesti alle regioni. In mancanza di un'Intesa entro il 31 gennaio 2015, lo Stato avrebbe potuto procedere autonomamente ad una riduzione delle risorse regionali, ivi comprese quelle destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario.

50.

La legge di stabilità conferma il recepimento di importanti parti del recente Patto della salute. Innanzitutto, gli importi previsti nell'accordo sul finanziamento del SSN per il prossimo biennio: dato un livello per il 2014 pari a 109,9 miliardi, gli importi per il 2015 e 2016 sono posti pari, rispettivamente, a 112,1 miliardi e a 115,4 miliardi.

Nell'intento di contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni e a facilitare il percorso di efficienza basato sui costi standard, avviato in anni caratterizzati da una continua rimodulazione delle risorse, si dispone che eventuali risparmi nella gestione della sanità rimangano all'interno del comparto. La norma tuttavia fa salvo il meccanismo previsto dal comma 80 della legge 191 del 2009, che consente alle regioni in Piano di rientro che presentano un disavanzo sanitario inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle maggiorazioni dell'aliquota IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, di ridurre le predette maggiorazioni, garantendo comunque una copertura adeguata del disavanzo, o di destinare il gettito eccedente a finalità extrasanitarie. Si conferma, infatti, nel testo definitivo la previsione normativa (introdotta nell'impianto della L. 191 dall'art. 2, comma 6, del DL 120/2013) che fa venir meno, come la Corte ha avuto modo di osservare, il legame diretto tra formazione di disavanzi sanitari e attivazione della leva fiscale a copertura. Legame che pure, secondo il legislatore, era destinato a rappresentare una sanzione politica nei confronti dell'amministratore regionale inadempiente/inefficiente.

Vengono recepite anche le disposizioni sulla *governance* sanitaria ed in particolare quelle sulle nomine dei Commissari ad acta per la predisposizione e attuazione dei Piani di rientro (comma 569), per i quali si sancisce l'incompatibilità con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento. Appare senz'altro condivisibile sottrarre alla disponibilità del Governo regionale un'area rilevante come la sanità in presenza di quelle gravi inadempienze che portano al commissariamento e positiva è la scelta di affidarne la gestione a figure di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza anche

in base a risultati in precedenza conseguiti. Resta, tuttavia, da valutare la portata della norma, la cui applicazione riguarda “le nomine effettuate, a qualunque titolo, successivamente all’entrata in vigore della presente legge”. Ne deriva che, nelle regioni attualmente commissariate, i presidenti che saranno eletti nelle prossime consultazioni in base a tali disposizioni non potranno svolgere il compito di commissario ad acta.

In risposta alle difficoltà rilevate nella gestione del personale, quanto previsto dal comma 584, pur prorogando al 2020 il tetto alla spesa fissato da ultimo dall’articolo 17 del DL 98/2011, introduce degli elementi di flessibilità nella verifica degli adempimenti regionali, prevedendo che ove gli obiettivi di spesa non siano conseguiti, la regione si considera comunque adempiente se ha raggiunto l’equilibrio economico e se abbia attuato, tra il 2015 ed il 2019, un percorso graduale di riduzione della spesa per il personale fino al completo conseguimento dell’obiettivo nell’anno finale (2020). Quanto al blocco del *turn over* disposto quale sanzione per le regioni che in sede di verifica annuale non garantiscono l’equilibrio di bilancio, la durata dello stesso, attualmente prevista fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, viene ridotta di 1 anno, portandola alla fine dell’anno successivo a quello di verifica.

Volta a migliorare l’efficienza delle gestioni, infine, la disposizione che incrementa dal 90 al 95 per cento la quota di risorse del settore sanitario che in corso d’anno le regioni sono tenute a trasferire agli enti del servizio sanitario regionale, salvo il completo trasferimento entro la fine del primo trimestre dell’esercizio successivo. La norma è diretta a migliorare la tempistica del pagamento dei debiti verso i fornitori e, insieme alla maggiore trasparenza contabile conseguente all’attuazione del d.lgs. 118 del 2011, dovrebbe contribuire a evitare il ripetersi dei ritardi verificatisi in passato.

Sempre in riferimento alle regioni in Piano di rientro, specifiche disposizioni (comma 604) riguardano la regione Molise: a distanza di sette anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro, la regione presenta ancora un elevato disavanzo, parzialmente privo di copertura (51,7 milioni nel 2013 secondo quanto emerge dalla verifica annuale dei competenti Tavoli), tale dunque da far scattare le maggiorazioni delle aliquote fiscali oltre i massimi previsti dalla legislazione vigente; il disavanzo pregresso è anch’esso elevato e pari a circa 183 milioni: come rilevato giustamente nella relazione tecnica, “se paragonato alle dimensioni della Lombardia, sarebbe pari a circa 11 miliardi.” La gravità della situazione economico-finanziaria e sanitaria rende quindi necessario un Piano straordinario di risanamento da recepire con un Accordo specifico Stato-Regione, che definisca il nuovo percorso di rientro della regione e le condizioni per l’erogazione dei 40 milioni, quale intervento di accompagnamento statale al risanamento.

51.

Nel corso dell’esame parlamentare due sono le modifiche di maggior rilievo.

Con la prima è stato istituito presso il Ministero della Salute un Fondo per l’acquisto dei farmaci innovativi con uno stanziamento dello Stato di 100 milioni di euro per il 2015 (dedotti dal fondo per interventi strutturali di politica economica). Tale somma va ad aggiungersi ai 400 milioni per il 2015 e ad altri 500 per il 2016, ricavati invece dalle quote a destinazione vincolata già

stanziati per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le somme saranno ripartite tra le regioni in proporzione alla spesa sostenuta da ciascuna per l'acquisto dei medicinali innovativi (secondo modalità individuate con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni). Il finanziamento della misura con risorse assegnate e vincolate per la realizzazione degli obiettivi di piano finisce per far gravare la parte prevalente del finanziamento su risorse fino ad ora aventi altri obiettivi. Andranno verificati (competenza attribuita al Comitato LEA) gli effetti di contenimento della spesa sanitaria territoriale ed ospedaliera dovuti alla diffusione dei medicinali innovativi. Per ridurre l'impatto della spesa per tali farmaci innovativi (e tra essi di quello per l'epatite C) sulle altre aziende farmaceutiche non coinvolte dal Fondo, vengono modificate anche le regole del *pay back*. In particolare, se il fatturato aziendale per un determinato farmaco supera la quota di 300 milioni annui, la stessa azienda sarà tenuta a farsi carico del *pay back* in misura del 20 per cento dell'eventuale sfioramento delle risorse messe in campo dal Fondo, mentre il restante 80 per cento sarà ripartito, proporzionalmente ai rispettivi fatturati, tra tutte le altre aziende farmaceutiche titolari di brevetti di farmaci non innovativi.

Di particolare rilievo infine la previsione, a decorrere dall'anno 2015, di una revisione, con DM di intesa con le Regioni, dei pesi per il riparto del Fondo sanitario in modo da tenere conto anche del raggiungimento di determinati standard di qualità. Viene tuttavia previsto che qualora non venga raggiunta l'intesa entro il 30 aprile 2015, per l'anno 2015 continuano ad applicarsi i pesi adottati nel 2014.

52.

Nel quadro di previsione contenuto nel DEF dell'aprile 2014 (e non modificato con la Nota di aggiornamento) la spesa sanitaria presentava nel triennio 2014 – 2016 un tasso di crescita del 2 per cento in media all'anno. A fronte di un tasso di variazione del Pil (nominale) rispettivamente del 2,5 e del 3,1 per cento nel 2015 e nel 2016 si rafforzava il processo di stabilizzazione della spesa intorno al 7 per cento del prodotto. La conferma, in occasione della definizione del Patto della salute, della c.d. regola di variazione a legislazione vigente, che prevede per tale comparto una crescita del finanziamento in linea con la dinamica attesa per il PIL nominale come indicato nelle stime ufficiali (il DEF era a luglio scorso l'ultimo documento programmatico disponibile), ha condotto agli importi recepiti nella legge di stabilità.

Alla luce del nuovo quadro di previsione, un tale profilo del finanziamento porta a prefigurare una inversione nella tendenza alla stabilizzazione della spesa e un recupero dei livelli del 2010, con un riassorbimento delle riduzioni conosciute negli ultimi anni.

Un ricalcolo del finanziamento sulla base dei tassi di crescita del Pil della Nota (che continuano a risultare, in termini nominali, alla luce del rallentamento ulteriore dei prezzi, superiori alle previsioni più recenti) evidenzia spazi per un ridimensionamento degli importi inseriti nell'Intesa di circa 1,7 miliardi nel 2015 e di 2,7 miliardi nel 2016 (si veda il riquadro “*La spesa sanitaria e i tagli al finanziamento*”).

## LA SPESA SANITARIA E I TAGLI AL FINANZIAMENTO

Le previsioni per la spesa sanitaria per il periodo 2014-2017 sono state aggiornate nel DEF di aprile scorso e non sono state modificate né aggiornate nei documenti successivi.

Per il 2014 le previsioni erano state elaborate quindi sulla base del quadro macroeconomico del DEF nonché dei dati relativi al consuntivo 2013. La spesa per il 2014 è stata stimata pari a 111.475 milioni (+2 per cento rispetto al precedente esercizio) (si veda tavola 1). All'interno della spesa dei produttori *non market*, il complesso dei redditi da lavoro dipendente è stato previsto in crescita del solo 0,1 per cento. Per i consumi intermedi, l'aumento era del 3,8 per cento rispetto al 2013. Un andamento su cui incidono in riduzione le misure di contenimento della spesa disposte con l'articolo 17 del DL 98/2011, con l'articolo 15 del DL 95/2012, e l'articolo 1, comma 131, della legge 228/2012 (legge stabilità 2013) mentre un aumento, invece, è stato ricollegato all'incremento dell'aliquota IVA al 22 per cento. La spesa dei produttori *market* è stata supposta aumentare complessivamente del 2 per cento. All'interno di tale aggregato la farmaceutica presenta un aumento dell'1,5 per cento mentre la medicina di base un incremento dello 0,1 per cento risentendo degli effetti dei limiti agli incrementi retributivi al personale convenzionato con il SSN.

**Tavola 1 - La spesa sanitaria nel 2014: la previsione del DEF**

	2013	2014	2013	2014
	in milioni		var%	
Beni e servizi prodotti da produttori market	39.246	40.014	0,04	1,96
- Farmaci	8.637	8.766	-3,01	1,49
- Assistenza medico-generica	6.669	6.676	-0,67	0,10
- Assistenza specialistica, ospedal, integrativa e altra assistenza	23.940	24.572	1,39	2,64
Servizi prodotti da produttori non market, contribuzioni diverse e servizi amministrativi	70.008	71.461	-0,53	2,08
di cui redditi	36.024	36.054	-1,08	0,08
di cui consumi intermedi	29.270	30.378	0,25	3,79
altro	4.714	5.029	-1,13	6,68
Uscite totali	109.254	111.475	-0,33	2,03

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati MEF

Per le altre prestazioni in convenzione è stata ipotizzata una variazione del 3,4 per cento. Tale stima ha scontato, da un lato, gli effetti delle misure di contenimento della spesa ed, in particolare, della riduzione del 2 per cento rispetto al valore 2011 degli importi e dei volumi degli acquisti da erogatori privati<sup>14</sup>; dall'altro, gli effetti della non applicabilità - a seguito della sentenza n. 187/2012 della Corte costituzionale - di quanto disposto dall'articolo 17, comma 1, lett. d, del DL 98/2011 che prevedeva, attraverso un regolamento ai sensi della legge 400/1988, l'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa per un importo pari a 2 miliardi a decorrere dal 2014 (i *ticket* sono portati in riduzione del livello di spesa). Sono infine inclusi i maggiori costi connessi al

<sup>14</sup> Articolo 15, comma 14, del DL 95/2012.

finanziamento a carico dello Stato delle attività dei Policlinici universitari e degli ospedali non statali<sup>15</sup>.

Le altre componenti di spesa (pari a 5 miliardi nel 2014) sono previste in aumento del 6,7 per cento. Nel periodo 2015-2018, la spesa sanitaria è stata prevista crescere ad un ritmo del 2,1 per cento medio annuo, inferiore alla variazione attesa del Pil nominale (+3 per cento annuo): l'incidenza della spesa sul prodotto si riduceva pertanto lievemente, passando dal 7 per cento del 2014 al 6,8 per cento del 2018. Aumentava invece di 0,5 punti l'incidenza sulla spesa corrente al netto degli interessi per la quale si prevede una variazione più contenuta.

Sulla base di tali valutazioni e della crescita del prodotto prevista nel DEF, con il nuovo Patto della salute è stato calcolato il livello di finanziamento a cui contribuisce lo Stato per il 2014 -2016.

Nella tavola 2 si è ricostruito l'andamento della spesa sanitaria in rapporto al prodotto e al complesso della spesa primaria secondo quanto emerge dai dati del DEF e della Nota di aggiornamento di ottobre scorso (la spesa primaria nel caso della Nota è quella desumibile dalla Nota tecnica-illustrativa alla legge di stabilità. La spesa primaria è al netto dell'importo riferibile al *bonus* per garantire la confrontabilità dei dati). Va inoltre considerato che i dati di prodotto e di finanza pubblica della Nota risentono delle modifiche da ricondurre al passaggio al SEC 2010.

Successivamente alla definizione del nuovo Patto della salute e del livello di finanziamento della sanità in esso contenuto, due elementi vanno ad incidere sulla valutazione degli andamenti attesi: la dinamica del prodotto (in termini reali) viene rivista in riduzione; l'andamento effettivo e atteso dei prezzi subisce una ulteriore contrazione.

Ne consegue che il profilo di crescita del prodotto in termini nominali si riduce in misura significativa: rispetto ad una crescita dell'1,7 per cento nel 2014, il risultato atteso è inferiore allo 0,5 per cento. Nel biennio successivo le variazioni previste sono ancora più contenute: +1 per cento nel 2015 contro il +2,5 per cento del DEF; +2,1 per cento contro il 3,1 nel 2016.

Ne deriva da un lato un profilo in crescita della spesa sanitaria in rapporto al prodotto (seppur da livelli più contenuti per la contemporanea rivalutazione del Pil dovuta alla considerazione di nuove componenti) e dall'altro un finanziamento della spesa che cresce a tassi doppi di quelli del prodotto.

Nella tavola 2, seguendo la stessa metodologia utilizzata in occasione del Patto della salute<sup>16</sup>, sono ricalcolati gli importi del finanziamento previsto per il 2015 e il 2016 utilizzando i tassi di incremento del Pil nominale previsti nella Nota. Il calcolo è ripetuto a partire dai valori di Pil sia del quadro tendenziale che di quello programmatico. Gli importi che ne derivano sono significativamente inferiori a quelli calcolati nel luglio scorso: di poco meno di 1,7 miliardi nel 2015 e di 2,7 miliardi nel 2016 a partire dai dati tendenziali.

E ciò senza modificare l'ammontare del 2014 che è stato rivisto in aumento nel Patto di oltre il 2,7 per cento a fronte di una crescita prevista allora in aumento dell'1,7 per cento. Valore ridimensionato nell'ottobre scorso ad un più modesto +0,5 per cento.

<sup>15</sup> Art. 1, commi 221, 377 e 378, della legge 147/2013 (legge di stabilità 2014).

<sup>16</sup> La metodologia adottata prevede l'applicazione del tasso di crescita del prodotto all'importo dell'anno base e la successiva sottrazione dal dato ottenuto della variazione dei tagli di risorse disposti in occasione delle manovre correttive.

**Tavola 2 - La spesa sanitaria nei documenti di finanza pubblica**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	media 10-13	media 14-16
<i>Spesa sanitaria (def 2014)</i>	112.526	111.094	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149		
<i>Spesa sanitaria (variazione)</i>	1,86	-1,27	-1,33	-0,33	2,03	2,00	2,15	-0,27	2,06
<i>La spesa sanitaria nel quadro di previsione del DEF (dati Sec 95)</i>									
<i>in percentuale del Pil</i>	7,25	7,03	7,00	7,00	7,02	6,99	6,93	7,07	6,98
<i>Spesa sanitaria /Spesa primaria</i>	15,59	15,51	15,34	15,24	15,34	15,45	15,63	15,42	15,47
<i>Pil def (sec 95)</i>	1.551.886	1.579.946	1.566.912	1.560.024	1.587.053	1.626.750	1.676.571		
<i>Tassi di crescita Pil (nominale)</i>	2,12	1,81	-0,82	-0,44	1,73	2,50	3,06	0,67	2,43
<i>Finanziamento corrente Patto(def)</i>	105.566	106.905	107.961	107.004	109.928	112.062	115.444		
	1,31	1,27	0,99	-0,89	2,73	1,94	3,02	0,67	2,56
<i>La spesa sanitaria nel quadro di previsione della Nota (dati sec 2010)</i>									
<i>Spesa sanitaria / Pil</i>	7,01	6,78	6,73	6,75	6,85	6,92	6,92	6,82	6,90
<i>Spesa sanitaria /Spesa primaria (al netto del bonus)</i>	15,15	15,05	14,70	14,59	14,82	15,04	15,15	14,87	15,00
<i>Pil</i>	1.605.694	1.638.857	1.628.004	1.618.904	1.626.516	1.642.809	1.677.680		
<i>Pil (variazione)</i>	2,04	2,07	-0,66	-0,56	0,47	1,00	2,12	0,72	1,20

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati DEF 2014 e Nota di aggiornamento del DEF ottobre 2014

**Tavola 3 - Il calcolo del finanziamento secondo diverse ipotesi di crescita**

	2015	2016
<i>Finanziamento corrente Patto (tassi di crescita del Pil nominale del DEF) (A)</i>	112.062	115.444
<i>Finanziamento corrente Nota (tassi di crescita del Pil nominale della Nota - valori tendenziali) (B)</i>	110.414	112.702
<i>(A) - (B)</i>	1.648	2.742
<i>Finanziamento corrente Nota (tassi di crescita del Pil nominale della Nota - valori programmatici) (C)</i>	110.666	113.536
<i>(A) - (C)</i>	1.396	1.908

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati DEF 2014, Nota di aggiornamento del DEF ottobre 2014 e Patto della salute

La soluzione che sembra profilarsi con l'accordo Stato regioni in corso di definizione trova quindi fondamento nel mantenimento di un profilo di spesa in linea con il tasso di crescita più aggiornato. Va inoltre considerato che la stessa somma riconosciuta per il 2014 si basa su variazioni del prodotto superiori a quanto effettivamente conseguito.

Resta, naturalmente, il problema di come rispondere alle necessità di un settore che, pur scontando ancora margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva. L'allentamento del vincolo finanziario poteva consentire di affrontare con più facilità nodi irrisolti (revisione dei LEA, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le regioni, revisione delle compartecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. Elementi che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione

## **I comuni**

53.

L'impianto complessivo della manovra a carico dei comuni per il triennio 2015-2017 è rimasto invariato rispetto al disegno di legge; il contributo richiesto poggia su tre assi: la revisione delle modalità di calcolo degli obiettivi di Patto, la riduzione delle risorse trasferite e l'introduzione per tutti gli enti delle nuove regole di contabilità che prevedono la costituzione di un fondo crediti di dubbia esigibilità che di fatto riduce la capacità di impegno degli enti stessi.

Le modifiche apportate nella versione definitiva della legge si sostanziano, quindi, solo in una diversa composizione degli effetti connessi a ciascuna misura, senza peraltro modificare i saldi complessivi.

In ordine alla revisione delle modalità di calcolo degli obiettivi di Patto rimane un forte abbattimento delle aliquote di correzione seppure riviste al rialzo rispetto al d.d.l.: era prevista una correzione del 7,6 per cento nel 2015 e dell'8,26 dal 2016 che nel testo definitivo passa rispettivamente all'8,6 per cento e al 9,15. Confermato, pertanto, l'effetto espansivo connesso a tale intervento che comporta una minore correzione pari a 5,4 punti percentuali rispetto al calcolo a normativa previgente. L'effetto espansivo può inoltre essere amplificato dallo scorrimento di un anno della base di riferimento (triennio 2010/2012). Lo spostamento in avanti della spesa cui si applicano i coefficienti di correzione contiene, come più volte sottolineato anche dalla stessa Ragioneria generale, un implicito meccanismo di premialità per quelle amministrazioni che avendo intrapreso un percorso di revisione ed efficientamento della spesa corrente vedranno ridursi l'obiettivo di risparmio richiesto ( si veda il riquadro "*L'impatto della manovra sulle amministrazioni comunali*").