

XV legislatura

**A.S. 1411:**

**"Conversione in legge del decreto-legge  
20 marzo 2007, n. 23, recante  
disposizioni urgenti per il ripiano  
selettivo dei disavanzi pregressi nel  
settore sanitario"**

Marzo 2007  
n. 33



servizio del bilancio  
del Senato



## Servizio del Bilancio

**Direttore** dott. Clemente Forte

tel. 3461

## Segreteria

sig.ra Olimpia Piscitelli  
dott.ssa Carla Di Falco  
dott.ssa Nadia Clementi  
dott.ssa Valeria Bevilacqua

tel. 5790

## Uffici

### **Documentazione degli effetti finanziari dei testi legislativi**

dott.ssa Chiara Goretti

tel. 4487

### **Verifica della quantificazione degli oneri connessi a testi legislativi in materia di entrata**

dott. Luca Rizzuto

tel. 3768

### **Verifica della quantificazione degli oneri connessi a testi legislativi in materia di spesa**

dott. Renato Loiero

tel. 2424

### **Consigliere addetto al Servizio**

dott. Stefano Moroni

tel. 3627

### **Segretari parlamentari**

dott.ssa Anna Elisabetta Costa  
dott.ssa Alessandra Di Giovambattista  
sig. Cristiano Lenzini  
dott. Vincenzo Bocchetti  
dott. Maurizio Sole

*In relazione alla parte intitolata "Spesa sanitaria: le proiezioni della Commissione europea", ha collaborato la dott.ssa Claudia Chelazzi nell'ambito di uno stage di studio presso il Servizio Studi del Senato*

## **Indice**

<b>ANALISI DEGLI ASPETTI FINANZIARI.....</b>	<b>1</b>
<b>Articolo 1.....</b>	<b>1</b>
<b>ELEMENTI INFORMATIVI SUI CRITERI DI FINANZIAMENTO DELLA SPESA SANITARIA .....</b>	<b>4</b>
<b>Il finanziamento della spesa sanitaria.....</b>	<b>6</b>
<b>La spesa sanitaria e le regioni a statuto speciale .....</b>	<b>7</b>
<b>Le informazioni disponibili .....</b>	<b>10</b>
<b>SPESA SANITARIA: LE PROIEZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA .....</b>	<b>13</b>

# ANALISI DEGLI ASPETTI FINANZIARI

## Articolo 1

Il comma 1 dell'articolo 1 prevede il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per il periodo 2001-2005 in deroga all'art. 4, comma 3 del decreto- legge 18 settembre 2001. Due sono le condizioni del ripiano, volte rispettivamente alla riduzione strutturale del disavanzo nel settore sanitario (lettera a) ed all'ammortamento del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005 (lettera b).

La lettera a) prevede infatti la sottoscrizione di un accordo con lo Stato per i piani di rientro da parte delle regioni<sup>1</sup> e l'accesso al fondo transitorio istituito per il triennio 2007-2009, previsto dalla legge finanziaria 2007, ex articolo 1, comma 796, lettera b).

La lettera b) si riferisce alla destinazione al settore sanitario della misura massima della "leva fiscale" disponibile, nonché, in via ulteriore, di quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali attribuiti alle regioni, ovvero di misure fiscali da attivarsi nel territorio.

Il comma 2 dell'art. 1 stabilisce l'innalzamento automatico dell'addizionale IRPEF e delle maggiorazioni dell'aliquota IRAP, nei periodi di imposta successivi al 31 dicembre 2006 e per i periodi seguenti sino all' anno 2010<sup>2</sup>, per le regioni che hanno deliberato, tramite Giunta regionale (da pubblicare nel Bollettino ufficiale della

---

<sup>1</sup> Sulla base di notizie di stampa, le regioni che hanno sottoscritto l'accordo sono: Lazio (2,3 mld), Campania (320 milioni), Abruzzo (330 milioni) e Liguria (50 milioni).

<sup>2</sup> La legge finanziaria 2007 all'art. 796, lettera b, prevede la necessità dell'azzeramento del disavanzo nel 2010.

regione entro il 27 marzo 2007), l'Accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 1, comma 796, lettera b, secondo periodo della legge finanziaria per il 2007. Gli incrementi non si applicano alle regioni ove l'accordo sia già intervenuto in base alla previgente normativa (comma 1-*bis* del decreto legge 7 giugno 2006, n. 206, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2006, n. 234)

Il comma 3 dell'art. 1 contiene l'autorizzazione a titolo di regolazione debitoria della spesa di 3.000 milioni di euro per l'anno 2007 quale concorso al ripiano dei disavanzi del servizio sanitario nazionale per il periodo 2001-2005, nonché la relativa copertura, a valere sullo stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2007/2009, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale "fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2007.

**La RT** non fornisce alcun elemento aggiuntivo rispetto a quanto contenuto nel testo.

La relazione introduttiva afferma che le disposizioni in esame sono finalizzate ad interrompere definitivamente il meccanismo per il quale alcune regioni, a valere sulle risorse del fondo corrente, effettuano pagamenti relativi a costi di esercizi precedenti, mantenendo un elevato livello di debito produttivo di interessi di mora; in questa prospettiva il decreto-legge si pone come "un provvedimento attuativo della legge finanziaria per il 2007, che ha predisposto uno specifico accantonamento di fondo globale".

**Al riguardo**, non vi è nulla da osservare sul piano sia della quantificazione che della copertura, trattandosi dell'utilizzo dell'apposito stanziamento, a titolo di regolazione debitoria, appostato nella legge finanziaria per il 2007, per un intervento che si configura all'art. 1, comma 3, come tetto di spesa.

## **ELEMENTI INFORMATIVI SUI CRITERI DI FINANZIAMENTO DELLA SPESA SANITARIA**

Si tratta del provvedimento che dispone il concorso straordinario, da parte dello Stato, al ripiano dei disavanzi dei servizi sanitari regionali per il periodo 2001-2005.

I criteri per il finanziamento delle prestazioni sanitarie in Italia riflettono un sistema complesso, caratterizzato da un lato dalla considerazione che si tratta di prestazioni aventi carattere "universale", cioè la tutela della salute viene considerata quale elemento fondamentale dei "diritti di cittadinanza", dall'altro dalla ampia responsabilità in materia assegnata alle regioni, in termini di scelta, organizzazione e fornitura dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

I criteri di finanziamento della spesa sanitaria sono stati modificati nel 2000 (d.lgs. n. 56 del 2000), con l'assegnazione di entrate proprie e compartecipazioni alle imposte erariali (IVA e addizionale Irpef) e l'istituzione di un fondo perequativo.

L'applicazione di tale decreto legislativo è stata però successivamente sospesa, anche a causa delle ulteriori modifiche intervenute nel quadro costituzionale.

La riforma del titolo V della Costituzione è, poi, intervenuta significativamente sui principi di finanziamento delle autonomie territoriali (art. 119 della Costituzione) e sulla ripartizione di competenze tra lo Stato e le regioni.

L'art. 117 della Costituzione, modificata con la legge costituzionale n. 3 del 2001, prevede che la tutela della salute sia materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni (comma 3) e che allo Stato spetti il compito di determinare e garantire livelli di assistenza sanitaria uguali su tutto il territorio nazionale (comma 2, lettera m) ).

Per legislazione concorrente si intende in particolare che le Regioni “concorrono” con proprie leggi in materia di tutela della salute, purché non in contrasto con “i principi fondamentali”, la cui fissazione è competenza esclusiva dello Stato.

L'articolo 119 della Costituzione dispone che i comuni, le province, le città metropolitane e le regioni abbiano autonomia finanziaria di entrata e di spesa e dispongano di risorse proprie. Esse dispongono altresì di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio.

Gli ultimi anni della storia finanziaria italiana hanno evidenziato una tendenza crescente delle spesa.

*I numerosi interventi di ripiano che si sono succeduti sottolineano la sensibilità del settore e la difficoltà di disegnare regole che, prendendo atto del vincolo di bilancio, consentano di avere un controllo delle dinamiche di spesa, definendo contesti istituzionali caratterizzati da disciplina fiscale e da un responsabile rapporto tra livelli di governo.*

*Si ricorda che la sanità è stata trattata al di fuori dei meccanismi di controllo del Patto di stabilità interno (che coinvolge la spesa degli enti locali e delle regioni, esclusa la sanità) proprio a causa della specificità della natura della spesa.*

Questo non vuol dire che tale spesa non sia stata soggetta a procedure di controllo complessivo, quanto piuttosto che le procedure



di controllo hanno seguito canali autonomi rispetto agli altri settori di spesa.

Il modello di finanziamento descritto più avanti in termini generali si basa sul fatto che il livello centrale si dichiara disponibile ad integrare le risorse connesse con l'erogazione delle prestazioni essenziali, ma le eventuali prestazioni ulteriori devono rimanere a carico delle regioni. Inoltre implicito nel ragionamento è che lo Stato finanzierebbe l'erogazione di tali prestazioni secondo principi di efficienza nella fornitura delle prestazioni, non essendo responsabile di una eventuale inefficienza produttiva a livello regionale.

### **Il finanziamento della spesa sanitaria**

La definizione dei criteri di finanziamento della spesa sanitaria è stata affrontata in modo significativamente diverso a partire dai primi anni del 2000, anno in cui fu introdotto il d.lgs. n. 56 del 2000 e stipulato il primo Patto con le Regioni. L'obiettivo era quello di disegnare un sistema caratterizzato da maggiore disciplina fiscale e responsabilizzazione dei soggetti istituzionali coinvolti.

Con il d.lgs. 56 del 2000 il finanziamento della spesa sanitaria sconta le seguenti componenti (anche se non vi è vincolo di destinazione per tali risorse nei bilanci regionali):

- IRAP e addizionale IRPEF;

- compartecipazioni IVA e accise: la compartecipazione all'IVA è destinata alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale, attraverso il fondo perequativo nazionale, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo n. 56 del 2000; essa è iscritta nel bilancio dello Stato, nello Stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle finanze u.p.b. 4.1.2.18;
- ricavi e entrate proprie ASL: derivano dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati e comprendono i ticket introitati direttamente nonché le compartecipazioni per l'attività libero-professionale intramuraria.

### **La spesa sanitaria e le regioni a statuto speciale**

Si ricorda che il finanziamento della spesa sanitaria delle regioni a statuto speciale avviene attraverso canali diversi, alla luce della maggiore quota di tributi erariali loro assegnata. Le regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono interamente con proprie risorse al finanziamento della spesa sanitaria senza alcun onere per lo Stato; per le regioni Sicilia e Sardegna, in considerazione della loro situazione di svantaggio, era stato invece a suo tempo previsto un contributo statale, modificato dalla legge finanziaria per il 2007. Per quanto riguarda la Sicilia, i commi 830-832 di detta legge finanziaria prevedono un aumento progressivo - dal 42,5% al 49,11% per il 2009 - dell'ammontare della spesa sanitaria corrente posta a carico della regione stessa; con riferimento alla Sardegna, i commi 834-840 del medesimo articolo unico di detta legge finanziaria per il 2007 modificano l'ordinamento finanziario della regione, attribuendole altresì, a decorrere dal 2007, l'intero onere della spesa sanitaria (precedentemente la partecipazione della Sardegna al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel proprio territorio era fissata al 29%).

L'accordo del 2000 fu seguito nell'esercizio successivo (8 agosto 2001) da un Accordo che ha individuato la quota di eccesso di spesa imputabile a ciascuno dei due livelli di governo (Stato e regioni) per l'anno 2001, che è stato definito come "anno zero" nel rapporto tra Stato e regioni per la prefissione dell'entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato.

*Si tratta di modelli istituzionali nuovi rispetto a quelli precedenti poiché partono dall'idea di fissare in anticipo le responsabilità finanziarie di ciascun livello di governo, individuando il livello della spesa finanziato dallo Stato in connessione con il livello delle prestazioni, o fabbisogni, e con le risorse a disposizione delle regioni.*

*In entrambi gli accordi, tutta la spesa aggiuntiva sarebbe rimasta a carico delle regioni.*

La determinazione del contributo finanziario a carico dello Stato avviene oggi attraverso l'individuazione di ciò che viene considerato il fabbisogno finanziario del settore, sulla base della definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 117, lettera m) della Costituzione (LEA).

Al ministero della salute spetta il compito di provvedere, insieme alle Regioni, all'aggiornamento periodico dei LEA valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico. Le Regioni sono responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione

delle strutture e dei servizi sanitari e sono tenute ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale; inoltre, le Regioni possono implementare i livelli essenziali con la eventuale previsione di ulteriori prestazioni o servizi, facendo fronte con risorse proprie ai relativi oneri.

*Vi sono numerose difficoltà nell'applicazione di tale modello. Appare difficile prevedere ex ante un corretto livello di fabbisogni, tenuto conto che la definizione dei LEA non presenterebbe al momento una corrispondenza finanziaria, né dovrebbero essere stati conosciuti i costi medi unitari delle prestazioni.*

*Inoltre, appare difficile la stima e la successiva verifica della componente di finanziamento di competenza regionale, su cui parametrare, per differenza, il finanziamento dal bilancio statale.*

*Il divario tra finanziamento e spesa effettiva può infatti derivare da numerosi fattori, tra cui l'emergere di maggiori fabbisogni sanitari, l'errore di previsione delle componenti di finanziamento (es. IRAP, compartecipazione Irpef, etc.), nonché una organizzazione non efficiente della produzione dei servizi sanitari.*

Individuato il fabbisogno, il finanziamento viene costruito in modo tale da garantire a ciascuna regione il volume di risorse sufficiente, tenuto conto delle entrate proprie e delle compartecipazioni ai tributi erariali.

Il 2005 segna un ulteriore, significativo punto di svolta rispetto all'evoluzione dei criteri di finanziamento della spesa sanitaria. I criteri del nuovo accesso al finanziamento di cui alla legge finanziaria del 2005 prevedono l'erogazione delle risorse connesse con i fabbisogni finanziari in parte condizionati alla verifica di alcuni adempimenti a carico delle Regioni: tra questi, assume priorità la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, in sede sia di preventivo annuale che di conto consuntivo .

Viene individuato un complesso *iter* procedurale che prevede atti di diffida e poteri sostitutivi in caso di mancato adempimento, giungendo alla maggiorazione dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive delle aliquote. Viene poi introdotta la previsione della stipulazione di accordi tra Ministeri della Salute e dell'Economia e la Regione, con specifiche procedure di verifica dell'effettiva attuazione del programma.

### **Le informazioni disponibili**

La Relazione generale sulla situazione economica del Paese (RGSEP) evidenzia i disavanzi, calcolati come la differenza tra il finanziamento per la sanità pubblica confrontato con la spesa effettiva. Tali informazioni riflettono solo parzialmente la situazione esistente.

*La componente di finanziamento regionale sembrerebbe inserita in una forma "cristallizzata", ovvero considerando la componente di entrate proprie fissata all'esercizio 2001. La situazione di fatto dei*

*disavanzi sanitari dovrebbe essere diversa poiché sconta livelli di entrate superiori, sia a causa della variazione delle basi imponibili, sia a causa delle eventuali variazioni delle aliquote di riferimento sulla base della discrezionalità regionale.*

*Inoltre, le regioni possono/devono adottare provvedimenti di copertura a valere sul proprio bilancio, risorse che non compaiono in tali documenti informativi.*

*Quindi regioni che formalmente risultano in disavanzo in base ai dati della RGSEP sono di fatto in equilibrio.*

Un'altra fonte di dati relativi al finanziamento della spesa sanitaria potrebbero essere le delibere CIPE di riparto delle risorse della parte corrente del Fondo sanitario nazionale (che assegna alle regioni la compartecipazione IVA, attraverso l'applicazione di formule perequative).

*Tali importi peraltro non sembrerebbero corrispondere a quelli adottati per la valutazione delle posizioni delle singole regioni nell'ambito dei tavoli tecnici, in quanto costituiscono dati finanziari; il tavolo tecnico di ricognizione delle situazioni di equilibrio finanziario fa invece riferimento a dati di competenza economica.*

Il tavolo tecnico del 2005 ha prodotto una ricognizione dei disavanzi per il 2005 diversa da quella disponibile sulla RGSEP.

*Giova segnalare che tali informazioni non sono pubblicate. Si tratta di materiale tecnico molto rilevante la cui più ampia diffusione*

*potrebbe contribuire ad una migliore responsabilizzazione finanziaria.*

*Si rileva inoltre che la ricognizione dei disavanzi 2005 effettuata al tavolo tecnico e da cui dipende l'erogazione delle risorse autorizzate ai sensi del presente decreto, non fornisce un quadro della situazione dei disavanzi degli esercizi precedenti; sarebbero utili informazioni al riguardo.*

## **SPESA SANITARIA: LE PROIEZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto principalmente al basso tasso di natalità e alla crescita delle aspettative di vita, ha notevoli conseguenze sulla spesa pubblica dei vari paesi.

A tal riguardo, il Comitato di Politica Economica, su sollecitazione della Commissione Europea, dopo aver prodotto nel 2001 un rapporto che analizzava gli andamenti della spesa sanitaria nei decenni passati, ha iniziato nel 2003 un lavoro più articolato per elaborare una serie di proiezioni fino al 2050, con riferimento alla spesa pubblica di ogni paese della Comunità Europea, nei settori della sanità, della previdenza, dell'educazione, del lavoro, della sicurezza sociale, nonché in riferimento ai relativi cambiamenti dovuti al fattore del progressivo invecchiamento della popolazione: si tratta del rapporto "L'impatto dell'invecchiamento sulla spesa pubblica"<sup>3</sup> (*Comitato di Politica economica e Commissione europea, European Economy - Special Report*, n. 1/2006).

Per quanto riguarda la spesa sanitaria l'approccio utilizzato nel 2001 studiava l'impatto dei cambiamenti nella distribuzione dell'età della popolazione sulle spese per la sanità. Le ipotesi di partenza erano che per l'analisi della media della spesa sanitaria pro capite, la domanda e il consumo di cure sanitarie per età e per sesso fossero costanti nel tempo; inoltre che la spesa pro capite crescesse di pari passo con l'incremento del PIL pro capite e del PIL per lavoratore. I

---

<sup>3</sup> The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050).



limiti di tale metodologia sono stati: l'ipotesi di costanza nel tempo della spesa legata all'età, la mancata considerazione della variabile aspettativa di vita e l'assenza di indicatori non demografici della spesa. A conclusione di tale lavoro è stata registrata una crescita della spesa sanitaria fra il 1970 ed il 1980, una diminuzione in alcuni paesi nel decennio successivo, e dagli anni Novanta una crescita continua della spesa per cure sanitarie. Nel 2001 l'aumento medio rispetto al 1990 era di +0,7%, rispetto al 1980 di +0,5%, rispetto al 1970 di +2,3%.

Come esplicitato nel successivo rapporto della Commissione, tra il 1990 e il 2003 gli aumenti sono stati fra lo 0% ed il 4,5% e dal 2003 fino al 2050 saranno fra il 6,4% e il 20,9% sempre a seconda dei paesi.

I fattori che incidono sulla spesa sanitaria e che vengono presi in considerazione nel rapporto, rispetto al precedente che considerava soltanto la variabile età, sono:

- lo stato di salute della popolazione.
- la crescita e lo sviluppo economico.
- le nuove tecnologie ed il progresso in campo medico.
- l'organizzazione ed il finanziamento del sistema sanitario.
- le risorse umane e finanziarie destinate alla sanità.

Vengono poi espone tre ipotesi:

A) "Ipotesi dell'espansione della malattia": con l'aumento delle aspettative di vita, cresce la vulnerabilità alle malattie croniche delle persone anziane, e quindi aumenta il tempo passato in malattia. Questo è dovuto a tre elementi: il fatto che gli interventi medici prolungano la sopravvivenza delle persone,

ma non la salute, per cui gli anni guadagnati con il crescere delle aspettative di vita sono interamente spesi in malattia; gran parte della popolazione è più vecchia e più vulnerabile alle malattie croniche, le malattie non più mortali sono sempre più diffuse nella popolazione anziana, e infine le malattie croniche rendono le persone anziane più esposte anche ad altri tipi di malattie.

B) “Ipotesi dell’equilibrio dinamico”: lo slittamento in avanti dell’età di morte è accompagnata da un parallelo spostamento in avanti della malattia o della disabilità, per cui il numero di anni spesi in malattia rimane lo stesso. I fattori che determinano questo equilibrio dinamico sono il miglioramento dei trattamenti medici e degli stili di vita: questo comporta una riduzione delle malattie croniche.

C) “Ipotesi della diminuzione della malattia”: crescendo le aspettative di vita, la comparsa della malattia slitta in avanti. Questo è dovuto ad un miglioramento delle condizioni di vita, a stili di vita più salutari, ad una sempre maggiore curabilità delle malattie croniche. Esiste poi un limite all’espansione della vita, per cui ad età elevate le malattie e la disabilità sono schiacciate e compresse su questo limite; diminuisce dunque il numero di anni spesi in malattia.

Non esistono studi che dimostrano la veridicità di un’ipotesi rispetto alle altre.

E’ evidente comunque la necessità di introdurre indicatori non demografici nell’analisi dell’impatto del progressivo invecchiamento sull’aumento o la diminuzione della spesa sanitaria.

Nel lavoro suddetto vengono presentati sei scenari:

1) Se il fattore considerato è la numerosità e l'età della popolazione, l'aumento di entrambi gli elementi comporta la crescita del numero di persone che hanno bisogno delle cure sanitarie; aumenta dunque il tasso di malattie ad età più elevate. Esistono dimostrazioni in letteratura che mostrano il sostanzioso aumento delle persone anziane all'interno della popolazione dei vari paesi.

I due modelli relativi all'analisi di questo fattore sono: lo "scenario puro dell'invecchiamento" (I) e lo "scenario dell'alta aspettativa di vita" (A-I).

Lo scenario puro dell'invecchiamento ha l'obiettivo di isolare gli effetti puri dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa per le cure sanitarie, che è poi la metodologia utilizzata nel 2001. Le ipotesi rimangono le stesse: la spesa sanitaria pro capite in relazione all'età rimane costante e i costi si sviluppano in linea con l'andamento del PIL.

Questo scenario è collegato all'ipotesi A), per cui tutti gli anni guadagnati sono spesi in malattia.

Le conclusioni sono che con l'invecchiamento della popolazione cresce la spesa sanitaria.

2) Se il fattore è lo stato di salute della popolazione e in particolare dei più anziani, i cambiamenti nell'età di morte alterano evidentemente la domanda di cure sanitarie.

In letteratura non è dimostrato se lo stato di salute dei più anziani sia statico (ipotesi A) o se migliori (ipotesi B).

I due modelli in questo caso sono: lo “scenario della salute costante” (II) e lo “scenario del miglioramento della salute” (A-II).

Lo scenario della salute costante si pone come scopo quello di cogliere gli effetti sulla spesa sanitaria del miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana. Questo scenario è legato all’ipotesi B), per cui tutti gli anni in più sono spesi in buona salute.

Le conclusioni sono che a fronte del miglioramento dello stato di salute si ha una diminuzione della spesa sanitaria.

3) Se il fattore preso in considerazione è il costo legato alla morte, si osserva come gran parte delle spese sanitarie sono concentrate nella fase finale della vita.

La letteratura ha dimostrato l’esistenza di tali costi ed ha analizzato l’incremento della spesa sanitaria per le persone che muoiono entro l’anno rispetto a quelle che sopravvivono all’anno; viene quindi confermato che i costi legati alla morte diminuiscono con l’età. Non c’è alcuna evidenza invece sul cambiamento di importanza di questo fattore nel tempo.

Il modello è lo “scenario dei costi collegati alla morte” (III), che lega la spesa sanitaria agli anni di vita rimasti.

In conclusione si hanno aumenti della spesa sanitaria ma minori rispetto all’ipotesi 1).

4) Se il fattore è la domanda, si registra come i servizi sanitari siano un bene di lusso con elasticità maggiore di 1 nel breve periodo, mentre con elasticità uguale ad 1 nel lungo periodo. Per cui con l'aumentare degli standard di vita aumenta di più di 1 il rapporto fra spesa sanitaria e PIL.

In letteratura sono presenti analisi sull'aumento della spesa sanitaria come risultato dell'aumento della domanda e sullo slittamento verso l'alto della qualità dei beni e dei servizi sanitari domandati in un'economia in rapida crescita.

Il modello è quello dello "scenario dell'elasticità della domanda maggiore di 1" (IV) e lo "scenario della convergenza" nei profili di spesa relativi all'età fra i livelli EU11 ed EU15 (A-III).

Gli effetti sono un maggiore aumento della spesa sanitaria rispetto all'ipotesi 1).

5) Se il fattore è lo sviluppo tecnologico, diminuiscono per la maggiore efficienza i costi unitari di erogazione dei servizi sanitari, mentre aumenta la spesa totale perché i nuovi trattamenti sono disponibili a più persone.

Quindi può diminuire la domanda perché c'è un miglioramento dello stato di salute nel periodo precedente alla vecchiaia e dunque un minore futuro bisogno di servizi sanitari, oppure aumenta la probabilità di sopravvivenza delle persone con malattie croniche e cresce allora il bisogno di servizi sanitari.

In letteratura non esistono evidenze inconfutabili riguardo alla diminuzione della spesa unitaria e all'aumento della spesa totale; di sicuro l'introduzione di nuove tecnologie altera

l'andamento del settore sanitario e contribuisce ad un collegamento tra settore sanitario ed altri settori.

Tutti i modelli esistenti presuppongono un impatto neutrale della tecnologia sulla spesa sanitaria.

6) Se il fattore di cui si tiene conto è costituito dai costi relativi della sanità, si può osservare come la spesa sanitaria totale sia determinata dallo sviluppo dei costi unitari per componenti chiave relative all'economia nel suo complesso (salari, investimenti, farmaci, etc.)

In letteratura c'è poca chiarezza a riguardo, dovuta alla scarsità dei dati e alla prevalenza dei prezzi non di mercato nel settore sanitario.

Il modello è lo “scenario del costo unitario – PIL per lavoratore” (V), lo “scenario della crescita rapida dei costi” (A-IV) e lo “scenario dell'estrapolazione” (A-V).

Gli effetti sono che la spesa sanitaria può aumentare o ridursi rispetto al modello 1), l'ipotesi è che i costi evolvano in linea con l'evoluzione del PIL per lavoratore.

7) Se il fattore è costituito dalle politiche del governo e dall'assetto istituzionale, si analizza la spesa sanitaria come determinata dalle scelte politiche riguardanti l'accesso al sistema sanitario e alla qualità del servizio (tempi di attesa, possibilità di scelta del paziente etc.) nonché dall'efficienza delle misure di controllo della spesa e dagli incentivi per i

pazienti, oltre che dalla professionalità nelle cure sanitarie che favorisce l'uso razionale delle risorse.

In letteratura il miglioramento dell'accesso è stato il motore guida delle spese sanitarie dei decenni passati. I governi hanno adottato misure decise per fornire l'accesso a nuovi trattamenti medici e per migliorare la qualità dei servizi. E' dimostrato che le scelte politiche influenzano fortemente la spesa sanitaria. Le misure di controllo della spesa pubblica hanno arginato gli aumenti della spesa sanitaria degli anni '90., ma per l'efficienza nel lungo periodo è necessaria l'introduzione di incentivi ad hoc.

Le conclusioni a cui giunge questo lavoro sono sei. Innanzitutto i governi dei paesi dell'UE sono fortemente impegnati nelle spese e nell'erogazione dei servizi sanitari. L'accesso a tali servizi è formalmente assicurato in tutti i paesi. Nella grande varietà delle politiche dei vari stati relative alla gestione della spesa sanitaria, che impedisce di trarre conclusioni generalizzate, è tuttavia possibile evidenziare alcuni elementi, di seguito riportati.

1) Nei decenni passati gli aumenti della spesa sanitaria in rapporto alla spesa totale non sono stati influenzati in larga misura dagli sviluppi nella distribuzione demografica, quanto piuttosto dalle politiche pubbliche orientate all'allargamento dell'accesso al sistema sanitario, dalla domanda per un miglioramento della qualità dei servizi sanitari legata all'aumento della domanda dei servizi sanitari stessi e dallo sviluppo delle tecnologie; inoltre, esistono notevoli differenze fra gli Stati in termini di spesa sanitaria pro capite e domanda dei

servizi erogati da ogni sistema sanitario nazionale, che non sembrano correlati con i risultati di tali servizi. E' comune l'orientamento al miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei servizi, ma è difficile trarre conclusioni sul se e sul come ogni assetto istituzionale influisca sull'efficienza e sui risultati del rispettivo sistema sanitario.

2) La domanda di cure sanitarie dipende dallo stato di salute della popolazione più anziana e non direttamente dall'età. In ogni caso, l'invecchiamento della popolazione può condurre ad un progressivo aumento della spesa sanitaria. I risultati proiettano un aumento della spesa per cure sanitarie del 75% per persone con età superiore ai 65 anni e del 170% per persone con età superiore agli 85 anni.

3) Altri fattori non demografici sono parallelamente importanti nel determinare i livelli futuri di spesa per il settore sanitario. Complessivamente, la spesa sanitaria aumenta nell'attuale contesto di un progressivo invecchiamento della popolazione, con oscillazioni che dipendono dalle ipotesi di partenza e che determinano scostamenti dallo scenario di base. In particolare, giocano un ruolo importante i seguenti fattori:

- lo stato di salute della popolazione.
- lo sviluppo del costo sanitario unitario.
- l'introduzione di nuove tecnologie nel sistema sanitario.

4) L'invecchiamento influisce anche sul tipo di servizi sanitari richiesti.



5) I risultati di queste proiezioni, pur non fornendo modelli che le istituzioni adottano nell'erogazione dei servizi sanitari, offrono diversi spunti. Innanzitutto, i cambiamenti del tipo di malattie e dell'aspettativa di vita sono fattori determinanti e la letteratura ad oggi non ha sviluppato questi aspetti. Inoltre, sviluppi nelle politiche di prevenzione delle malattie migliorano lo stato di salute della popolazione e quindi contengono i relativi bisogni di spesa sanitaria.

6) Gli aumenti della spesa sanitaria dovuti al progressivo invecchiamento della popolazione sono fonte di preoccupazione per i vari Ministeri del Tesoro, perché rendono più difficili gli obiettivi di controllo della spesa di ogni paese. In realtà, la spesa sanitaria va considerata come una politica di *welfare State* e non c'è nessuna ragione economica per cui uno Stato non dovrebbe spendere per il settore sanitario. Un maggiore intervento dello Stato può essere giustificato accanto alla crescita della domanda; aumentano anche gli spazi fra una domanda e l'altra e con l'introduzione di nuove tecnologie aumentano l'efficienza e la qualità del servizio pubblico. A tal riguardo elementi chiave per la comprensione delle politiche per il settore sanitario sono le misure di contenimento dei costi aggregati, quali la definizione delle quantità, dei prezzi dei beni e dei salari, così come i vincoli di bilancio. Inoltre, i governi hanno a cuore una migliore distribuzione di incentivi e sussidi ai fornitori e agli utenti del servizio, tali da consentire un più razionale utilizzo delle risorse.

Le tavole che seguono riportano alcuni dati tratti dal Rapporto in oggetto, con riferimento ai principali Paesi della Comunità Europea e, per quanto riguarda l'Italia, le proiezioni di spesa in relazione ai vari scenari alternativi di volta in volta considerati.

**Spesa totale (pubblica e privata) per l'assistenza sanitaria in percentuale rispetto al PIL**

	1970	1980	1990	2000	2002
Belgio	4,0	6,4	7,4	8,7	9,1
Danimarca	-	9,1	8,5	8,4	8,8
Germania	6,2	8,7	8,5	10,6	10,9
Francia	5,4	7,1	8,6	9,3	9,7*
Italia	-	-	7,9	8,1	8,4
Lussemburgo	3,6	5,9	6,1	5,5	6,1
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	7,7

\*Valore stimato

Fonte: European Economy - Special Report n. 1/2006

**Spesa pubblica per la Sanità rispetto al PIL e alla spesa totale per la Sanità (1970-2001)**

	% sulla spesa totale					% sul PIL				
	1970	1980	1990	2000	2002	1970	1980	1990	2000	2002
Belgio	-	-	-	71	71	-	-	-	6,1	6,5
Danimarca	-	88	83	83	83	-	8,0	7,0	6,9	7,3
Germania	73	79	76	79	79	4,5	6,8	6,5	8,4	8,6
Francia	76	80	77	76	76	4,1	5,7	6,6	7,0	7,4
Italia	-	-	79	74	76	-	-	6,3	6,0	6,4
Lussemburgo	89	93	93	90	85	3,2	5,5	5,7	4,9	5,2
Regno Unito	87	89	84	81	83	3,9	5,0	5,0	5,9	6,4

Fonte: European Economy - Special Report n. 1/2006

### Spesa sanitaria in percentuale rispetto alla spesa statale

	1970	1995	2000	2003
Belgio	13,0	14,2	15,0	15,4
Danimarca	13,6	13,0	13,3	13,5
Germania	13,3*	12,2	14,7	14,3
Francia	-	15,3	15,7	16,5**
Italia	14,5	12,8	15,0	14,8
Lussemburgo	11,0	12,3	11,0	11,8
Regno Unito	13,2	13,7	15,5	16,3

\*1991 e 91-95

\*\*2002 e 00-02

Fonte: European Economy - Special Report n. 1/2006

### Proiezioni di spesa per l'Italia, vari Scenari

	% rispetto al PIL			
	2004	2010	2030	2050
Scenario I (Invecchiamento puro)	5,8	6,0	6,7	7,2
Scenario II (Salute costante)	5,8	5,8	6,3	6,6
Scenario III (Costi relativi alla mortalità)	5,8	5,9	6,5	6,8
Scenario IV (Elasticità positiva della spesa pubblica)	5,8	6,0	6,9	7,4
Scenario V (Costi unitari proporzionali al PIL per lavoratori)	5,8	8,7	6,5	7,8
Scenario di riferimento (Media ponderata rispetto al PIL)	5,8	6,0	6,7	7,1

Fonte: European Economy - Special Report n. 1/2006

Il testo del presente dossier è disponibile in formato elettronico  
per gli utenti intranet del Senato alla url  
<http://www.senato.intranet/intranet/bilancio/home.htm>

**Senato della Repubblica**  
www.Senato.it