

SPESA SANITARIA

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Annunziata Cannavacciuolo*

“Non vi è uno standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute: un sistema sanitario è sostenibile tanto quanto un paese vuole che lo sia” (R.J. Romanow, 2002)

Sfruttare le opportunità per garantire il funzionamento dei servizi attivati

La Costituzione italiana pone nel nostro ordinamento giuridico le norme fondamentali per la tutela della salute (art. 32), per il diritto all’assistenza ed alla previdenza sociale (art. 38) e per il decentramento dell’assistenza sanitaria ed ospedaliera alle regioni (artt. 114, 116, 117).

Con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo è nato dalla necessità di garantire alla popolazione il diritto alla salute e la sostenibilità finanziaria dell’assistenza sanitaria. I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione sono l’universalità, l’uguaglianza e l’equità.

La salute costituisce l’unico diritto che la Costituzione definisce “fondamentale” e “inviolabile”, principio questo confermato dalla costante giurisprudenza. La protezione della salute intesa come diritto di accedere alla prevenzione e alle cure sanitarie, forma oggetto anche di una disposizione specifica (art. 35) della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea (CDFUE), che ha una visione più ampia e garantista, imponendo alle strutture sanitarie nazionali un livello elevato di protezione della salute. La Legge costituzionale 11 febbraio 2022 n. 1 (modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione) segna un passaggio cruciale che consente di parlare di un’esplicita copertura costituzionale dell’approccio “One Health” e del for-

te legame tra la protezione della salute umana, quella dell’ambiente e la tutela degli animali.

Nel 2022 alle implicazioni sanitarie, economiche e fiscali della pandemia da COVID-19, il quadro macroeconomico ha subito un importante mutamento, causa l’invasione dell’Ucraina e le correlate tensioni geopolitiche, crescita dei prezzi dei prodotti alimentari ed energetici (riflesso dei rischi di approvvigionamento di gas), decurtazione del potere di acquisto delle famiglie e rischi di sopravvivenza per interi settori produttivi con conseguenti pressioni inflazionistiche sulle economie nazionali.

Una delle conseguenze di questo stravolgimento dell’economia si legge nell’aumento dell’incidenza della tassazione sul Pil (42,9% nel 2020 in Italia contro una media dei paesi OCSE del 33,5%).

Viste le attuali condizioni della finanza e le scelte di allocazione delle risorse, in molti si chiedono se il nostro sistema sanitario sarà finanziariamente sostenibile nei prossimi anni.

Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale

La riforma sanitaria del 1978 (l. n. 833/78) prevedeva un finanziamento del SSN di tipo impositivo con stanziamenti erariali. Il finanziamento era in-

centrato sul **fondo sanitario nazionale** (FSN) la cui entità veniva determinata annualmente con l'approvazione del bilancio dello Stato. Il fondo era costituito da una parte corrente (spese sostenute per la gestione ordinaria e volte a garantire la funzione pubblica) e una in conto capitale (spese sostenute per gli investimenti), inteso come budget del SSN.

Le scelte di spesa erano centralizzate, il criterio di riparto alle Regioni avveniva attraverso la cosiddetta **spesa storica regionale**, più funzionale alle esigenze delle amministrazioni, piuttosto che ai reali bisogni della comunità. Il modello finanziario era quella della cosiddetta "finanza derivata" basata sul trasferimento di fondi, in cui le risorse finanziarie di Regioni ed enti locali non venivano stabilite e raccolte dagli enti ma trasferite totalmente o parzialmente dallo Stato. Questo sistema ha provocato una continua crescita della spesa pubblica.

La riforma sanitaria degli anni '90 (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.) ha avviato un profondo processo di innovazione del SSN riguardante il disegno organizzativo e gestionale del sistema ma non ha mai inciso drasticamente sulla tematica del finanziamento. I principi fondamentali sono stati: la regionalizzazione, la ridefinizione dei compiti tra Stato e Regioni, il rafforzamento dei poteri alle Regioni, l'aziendalizzazione con l'applicazione di principi privatistici quali efficienza ed economicità di gestione, la concorrenza tra le strutture pubbliche e private, la libertà di scelta del cittadino e l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Tale riforma si caratterizza dall'ampio decentramento di funzioni alle Regioni. La "spesa storica" viene sostituita dalla c.d. "**quota pesata**" calcolata secondo i criteri di bisogno di salute dei cittadini di ciascuna regione

Il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 ha costituito un momento di rottura sul piano del finanziamento della sanità, rappresentando il primo passo del **federalismo fiscale** dei servizi sanitari.

Seppur il sistema del d.lgs. n. 56/2000 ha subito profonde inattuazioni e numerose deroghe, i principali elementi sono stati: l'abbandono del modello di finanza derivata e da trasferimento, l'istituzione di un nuovo meccanismo di perequazione regionale, l'introduzione di procedure di monitoraggio sulle prestazioni. Inoltre in relazione allo stazionamento delle risorse la sanità entra in concorrenza con le altre funzioni e il FSN finanzia i LEA, gli interventi previsti dagli accordi internazionali, quelli di cui a normative speciali e determinati istituti del SSN e per la ricerca.

La legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione", ha apportato diversi cambiamenti a una parte significativa della stessa, ed è da questa che la spinta federalista trova il riconoscimento al più alto livello dell'ordinamento giuridico. La riforma stabilì che il potere legislativo tra Stato e Regioni in materia di sanità fosse concorrente, affinché chi aveva il compito di governare il sistema sanitario a livello locale potesse cogliere meglio le esigenze e i bisogni dei cittadini, ma tale riordino ha in realtà portato alla creazione di 21 differenti sistemi sanitari.

L'art. 119 della Costituzione disciplina il federalismo fiscale, sulla cui attuazione si innesca l'adozione della Legge 5 maggio 2009 n. 42 "**legge delega sul federalismo fiscale**" che ha costituito il primo passo verso una riforma del fisco territoriale, con i relativi decreti attuativi, in particolare il Decreto Legislativo n. 68/2011.

Il federalismo fiscale (d.lgs. n. 68/2011), ha introdotto il criterio dei **costi standard** (elemento di contabilità industriale) per il calcolo del fabbisogno regionale nonché i mezzi di finanziamento delle regioni (tributi propri e partecipazioni a tributi erariali). Il costo standard indica il costo di un determinato servizio, nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di prestazioni. Sono individuati prendendo a riferimento le tre regioni più virtuose

(benchmark) scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

Il fabbisogno sanitario nazionale oggi viene determinato tramite intesa nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni al fine di concordare il budget per un triennio.

In sede di legge di bilancio viene definito il finanziamento del fabbisogno sanitario standard a cui concorre lo Stato, successivamente, il Ministero della Salute formula, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome la proposta di riparto del finanziamento indistinto (distribuito tra le Regioni al fine di assicurare l'erogazione dei LEA), vincolato (destinato a determinati obiettivi) e altri finanziamenti.

Il fabbisogno sanitario nazionale è finanziato da entrate proprie del SSN, da fiscalità regionale (IRAP, IRPEF) e dal bilancio dello Stato (compartecipazione all'accisa sulla benzina e la compartecipazione regionale all'IVA), a cui va aggiunta la quota finanziata dal FSN "vincolata" al perseguimento di determinati obiettivi sanitari. Il FSN viene ripartito con il criterio della quota capitaria, corretta per indici di bisogno sanitario per tenere conto dei diversi consumi sanitari per classi di età. A decorrere dall'anno 2023 tra i criteri per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard non ci saranno più solo l'età anagrafica della popolazione, ma anche il tasso di mortalità e l'indice di deprivazione socio-economica (povertà, bassa scolarità e disoccupazione).

L'ammontare da destinare al FSN viene determinato in base a scelte di bilancio, a seconda delle risorse disponibili e ripartito ogni anno, tra le 19 regioni e le 2 province autonome per garantire il finanziamento del sistema sanitario regionale e costituire, per ogni regione, il Fondo Sanitario Regionale (FSR). Il Fondo Sanitario Regionale (FSR) è la somma che la regione annualmente stanziava per le spese sanitarie, con le dovute specifiche, nelle apposite delibere approvate ed emanate all'inizio di ogni anno dalla Giunta Regionale.

Ne consegue una responsabilizzazione delle varie istituzioni nell'esercizio del potere di spesa nel rispetto dei vincoli di bilancio, di procedure di monitoraggio e degli obiettivi di bilancio (premi/sanzioni). Tra i criteri è indicata la definizione delle modalità con cui le spese, comprese quelle sanitarie, sono determinate nel rispetto dei costi standard associati ai LEA.

Il riparto del FSN è composto dai singoli livelli (LEA) da finanziare (quote di FSN assegnate ad ogni livello), successivamente vengono definiti i criteri (ed i relativi pesi) da applicare alla numerosità della popolazione per ogni livello di assistenza.

Attraverso il FSR il sistema garantisce l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni comprese nei LEA si articolano in tre macro-aree di offerta (DPCM 12 gennaio 2017):

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Ai sensi del D.lgs n. 68/2011 costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a) 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) 51% per l'assistenza distrettuale;
- c) 44% per l'assistenza ospedaliera.

Come previsto dal DM 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, a partire dell'1 gennaio 2020 è in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità.

Le riforme sanitarie bis e ter (art. 2 d.lgs. n. 502/1992) hanno attribuito alle regioni la determinazione delle modalità di finanziamento delle ASL. Le ASL possono contare su una quota parte del Fondo sanitario regionale attribuite per le spese gestionali e su entrate proprie quali: lasciti, donazioni o rendite, ticket sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche, proventi di eventuali prestazioni a pagamento, attività libero-professionale degli operatori dell'azienda, introiti dei beni patrimoniali. Ad esempio, nell'ambito dei controlli ufficiali, il d.lgs 2 febbraio 2021 n. 32, stabilisce le modalità di finanziamento dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali, per assicu-

rare risorse finanziarie adeguate alle Autorità competenti in aggiunta alle risorse provenienti dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre per esigenze economiche le ASL possono accedere a mutui o anticipazione di cassa da parte della tesoreria. Le ASL possono inoltre avvalersi dei fondi integrativi del SSN, questi regolati dall'art. 9 d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., contemplano forme di assistenza differenziata, consistenti nell'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dal SSN, accessorie da parte di soggetti istituzionalmente accreditati, al fine di assorbire la crescente domanda sanitaria ma con il rischio di generare iniquità laddove a beneficiare delle agevolazioni possa accedere solo un sottogruppo di persone che lavorano o hanno un datore di lavoro che aderisce a fondi integrativi. Le Aziende Ospedaliere-Universitarie e le Aziende private (autorizzate e accreditate) vengono finanziate dalle ASL committenti che sono competenti per territorio (residenza del paziente) in base alle prestazioni svolte nell'ambito di un contratto di fornitura. Le unità di pagamento del sistema di rimborso tariffario sono il ricovero (SDO) e le prestazioni ambulatoriali (DRG).

Il livello di finanziamento del SSN e gli effetti della recente pandemia da COVID-19 in Italia

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata in Italia.

Dal 2020, lo Stato ha incrementato il livello del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19. La Corte dei Conti afferma che l'Italia ha affrontato la grave crisi sanitaria e sociale del 2020 senza aver pienamente recuperato gli effetti della doppia recessione dell'economia, verificatisi nel 2009 e nel 2013 (figura 1 e 2).

Le speranze di un ritorno a condizioni

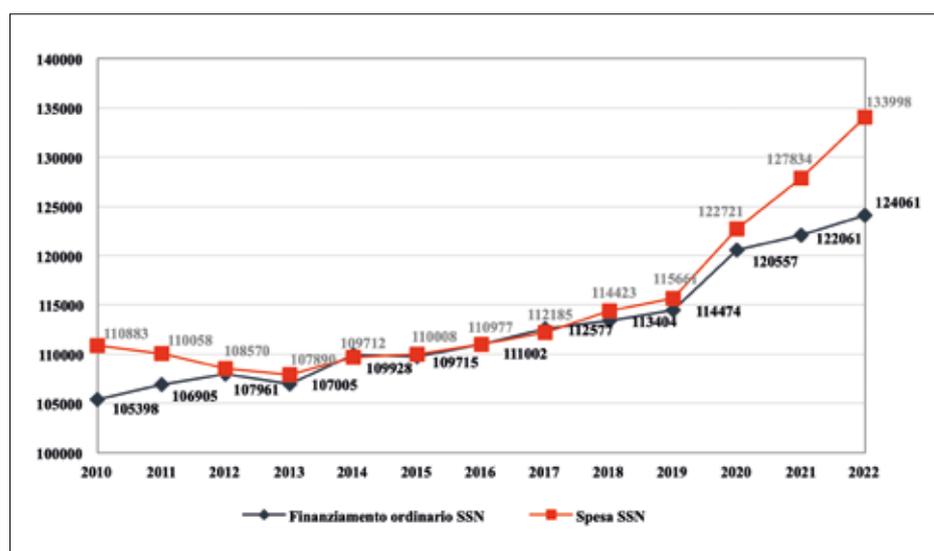


Figura 1. Finanziamento ordinario e spesa sanitaria del SSN (importi in milioni di euro) - Anni 2010-2022.

Rielaborazione dati Corte dei Conti su dati relativi a disposizioni normative e Stato-Regioni (Deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG)

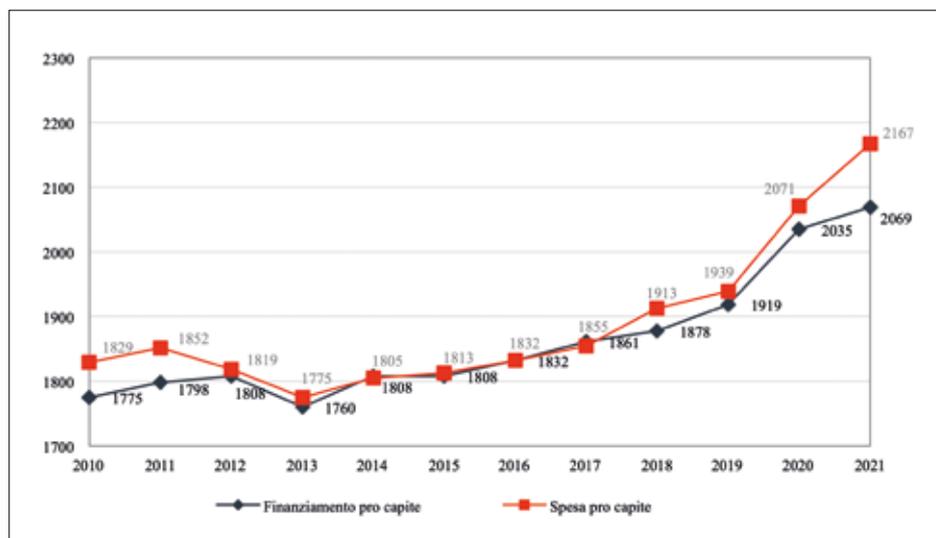


Grafico 2. Finanziamento pro capite e spesa pro-capite (importi in euro) - Anni 2010-2021. Rielaborazione dati Corte dei Conti su dati relativi a disposizioni normative e Stato-Regioni (Deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG)

economiche stabili è stato compromesso dalla guerra tra Ucraina e Russia, con conseguente rialzo dei prezzi e aumento dei livelli di inflazione in molti paesi OCSE.

Nel 2022 è stato previsto un ulteriore finanziamento del Servizio sanitario nazionale (NaDEF, 2022), al fine di contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia.

La spesa sanitaria per il 2022 in Italia è a quota 133,998 miliardi di euro, pari al 7,1% sul Pil, la spesa scenderà nel 2025 a 129,428 miliardi pari al 6,1% del Pil (tabella 1).

A causa del peggioramento delle stime del Pil, la nota di aggiornamento del documento di economia e finanza (NaDEF) 2022, ha confermato il peggioramento del quadro della spesa sanitaria nel prossimo futuro. Infatti, si prevede nel triennio 2023-2025 una spesa sanitaria complessiva, che probabilmente sarà erosa dall'inflazione e dal rincaro delle spese per l'energia (tabella 1).

Secondo i dati OCSE la spesa sanitaria pro capite pubblica in Italia nel 2020 è risultata essere pari a 2.043 euro, mentre in Germania e in Francia è risultata essere pari, rispettivamente, a 4.418 e 3.523 euro. Alla spesa

pubblica italiana si aggiunge la spesa sanitaria privata "facoltativa" (intermedia e out-of-pocket), circa il 24,4% della spesa sanitaria globale (tabella 2). Da un'analisi dei dati OCSE il 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale afferma che l'Italia si conferma al di sotto della media OCSE per la spesa sanitaria pubblica pro-capite e che in Europa ben 15 paesi investono di più.

Anche dalle elaborazioni della Corte dei Conti sulla gestione sanitaria dei servizi sanitari regionali si evince che in termini di spesa pro capite nel confronto europeo, nonostante la maggior spesa del periodo 2020-2021, l'Italia continui a spendere meno in campo sanitario.

Al fine di confrontare le spesa della sanità italiana con gli altri paesi, il modo migliore è di metterla in relazione al Pil (tabella 2). L'Italia ha ridotto di due decimi di punto la spesa sanitaria in termini di Pil, dal 2008 al 2019

(dal 6,6% al 6,4%), mentre Germania, Francia e Regno Unito l'hanno aumentata di circa due punti percentuali, portandosi quasi a quota 10% (tabella 2). Le previsioni della nota NaDEF 2022 sulla spesa sanitaria, prevedono che nel 2025 in Italia la spesa sanitaria in termini di Pil sia 6,1%, inferiore alla percentuale del 2008 (tabella 1 e 2). Mettendo in relazione la quota di spesa pubblica rispetto a quella totale (pubblica e privata), emerge una riduzione dal 77,7% del 2008 al 73,9 del 2019, mentre in Francia, Germania e Regno Unito nel 2019 raggiungevano rispettivamente nel 2019 quota 83,3%, 84,1% e 79,3%. La Germania, ha incrementato l'incidenza della spesa pubblica su quella complessiva di circa dieci punti percentuali (tabella 2). Il 29 novembre 2022 è stato presentato il Disegno di legge: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025" (Atto Camera:643). Le previsioni finanziarie della Sanità, riguardano l'incremento dell'indennità di pronto soccorso, l'implementazione delle misure e degli interventi previsti nel Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza (PNCAR 2022-2025) a partire dalle quote 2021 non ancora stanziate, le disposizioni in materia di remunerazione delle farmacie, l'adeguamento del livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale e disposizioni in materia di vaccini e farmaci e le disposizione per il trattamento economico degli specializzandi.

Nuove opportunità finanziarie da destinare alla sanità

L'Unione Europea ha avviato nel 2020 il programma Next Generation EU

Tabella 1. Previsioni della nota NaDEF 2022 sulla spesa sanitaria in Italia.

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (miliardi di euro)	133,998	131,724	128,708	129,428
Spesa sanitaria (% PIL)	7,1%	6,7%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione in %	4,8%	-1,7%	-2,3%	0,6%

Fonte: 5° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale (www.salviamo-ssn.it/5-rapporto)

Tabella 2. Spesa sanitaria pubblica in Italia e nei principali paesi europei in percentuale di PIL e della spesa sanitaria totale

	% spesa sanitaria pubblica sul PIL					% spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale				
	2008	2018	2019	2020	2021	2008	2018	2019	2020	2021
Francia	8	9,3	9,3	10,3	n.d.	76,5	83,3	83,6	84,7	nd
Germania	7,7	9,6	9,8	10,9	11	75,1	84,1	84	85,1	86
Regno Unito	7,3	7,7	7,8	9,9	9,9	81	79,3	79,4	82,8	82,9
Spagna	6,1	6,3	6,5	7,8	n.d.	73,3	70,2	70,6	73,3	nd
Italia	6,6	6,4	6,4	7,3	7,1	77,7	73,9	73,7	76,1	75,6
Portogallo	6	5,8	5,8	6,8	7,2	62,5	61,2	60,8	64,5	64
Grecia	5,8	4,8	5	5,9	n.d.	65,3	59,2	61,5	61,8	nd

Rielaborazione dati da Corte dei Conti su banca dati OCSE 2022 (Deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG)

(noto anche con l'acronimo di NGEU) che aiuterà l'Unione europea a riparare i danni economici e sociali causati dall'emergenza sanitaria da COVID-19. La principale componente del programma NGEU è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Facility, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, finanziato con 673 miliardi di euro, di cui un massimo di 191,5 miliardi di euro sono assegnati all'Italia, divisi in 68,9 miliardi in sovvenzioni e 122,6 miliardi in prestiti. Il primo 70% delle sovvenzioni è già fissato dalla versione ufficiale del regolamento del RRF, mentre la rimanente è stata determinata in base all'andamento del PIL degli stati membri registrato nel 2020-2021. Il dispositivo RRF ha richiesto agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il Piano si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree "tematiche" strutturali di intervento. La missione 6 "salute" si articola in due componenti: M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il finanziamento previsto è pari a 15,63 miliardi di euro ai quali si som-



mano 1,71 miliardi del fondo React Eu e 2,89 miliardi di euro del fondo complementare per un totale di 20,23 miliardi di euro destinati all'attuazione della missione 6.

L'investimento prevede l'acquisto di un ingente numero di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, la digitalizzazione di ospedali, l'istituzione di Case della comunità, Ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Tutte le azioni sono in continuità e coerenti con gli investimenti di azione, previsti nel Patto della Salute 2019-2021.

Con la Legge di bilancio 2021, sono state adottate disposizioni specifiche riguardanti gli aspetti finanziari, di

monitoraggio, rendicontazione e controllo degli interventi finanziati con le risorse dello strumento europeo Next Generation EU.

Attraverso il DM 77 del 23 maggio 2022 sono stati definiti i modelli organizzativi, gli standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Mission 6 Component 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Con DL n. 59 del 6 maggio 2021 il Ministero della Salute ha proposto un progetto incentrato sull'istituzione del Sistema Nazionale Salute, Ambiente e Clima (SNPS), per il quale il PNRR ha previsto la destinazione di 500 milioni di

euro. Ai sensi dell'art. 27, il c.d. decreto legge PNRR2 (d.l. 30 aprile 2022 n. 36), convertito in legge (L. 29 giugno 2022, n. 79), l'SNPS viene istituito.

Nonostante, il PNRR sia un'occasione, sarà importante in questi anni sfruttare le opportunità senza ignorare i rischi, nel 2027 infatti quando le risorse del Recovery Plan finiranno e il piano di potenziamento dell'assistenza territoriale sarà a regime, i finanziamenti dovranno garantire il funzionamento dei servizi attivati.

*Dirigente Veterinario
Ausl di Imola