

# Rapporto

# CEIS - Sanità 2006

## Il governo del sistema sanitario

*Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali*

*a cura di*

A. Donia Sofio  
M. Meneguzzo  
F.S. Mennini  
F. Spandonaro

**CEIS** - Sanità, Facoltà di Economia  
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

## 1.7 - L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 1.7.1 Introduzione

Fin dalla sua nascita, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto di importanti processi di riforma, che hanno generato profondi cambiamenti nel meccanismo di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Il finanziamento rappresenta un elemento critico anche nella valutazione dei disavanzi, che hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare l'evoluzione del nostro SSN: è, infatti, evidente che il disavanzo può dipendere tanto da inefficienza sul lato della spesa, quanto da una sottostima del finanziamento e, a livello regionale, anche da errori nella allocazione del finanziamento.

Il presente contributo si propone di analizzare alcuni aspetti dell'evoluzione delle risorse destinate dallo Stato centrale al finanziamento della spesa sanitaria, e anche della loro ripartizione tra le Regioni.

### 1.7.2 L'evoluzione del sistema di finanziamento

Di seguito si riportano, in estrema sintesi, le tappe più significative dell'evoluzione del sistema di finanziamento del nostro SSN.

La fiscalità generale, i contributi sanitari (di lavoratori dipendenti privati e autonomi e di dipendenti dello Stato e di aziende autonome) e le entrate dirette delle USL e successivamente delle Aziende sanitarie (rappresentate principalmente dalle compartecipazioni alla spesa) furono gli strumenti adottati per sostenere il SSN alla sua nascita. Dal 1978 (operativamente dal 1980) al 1992, infatti, il Fondo sanitario nazionale (FSN), alimentato dalle voci sopra citate, ha rappresentato la principale fonte di finanziamento delle Regioni. A partire dal 1992, con la regionalizzazione dei contributi sanitari, l'incidenza del FSN (ovvero dei trasferimenti) si è ridimensionata, potendo le Regioni contare su una fiscalità autonoma.

Nel 1998 è entrata in vigore l'IRAP e sono stati conseguentemente aboliti i contributi sanitari. Successivamente, le disposizioni in materia di federalismo fiscale (Legge n. 133/1999 e D.Lgs. n. 56/2000) hanno previsto l'abolizione definitiva, tra gli altri, dei trasferimenti erariali destinati al finanziamento della spesa sanitaria corrente a favore delle Regioni a statuto ordinario.

In tal guisa, è stato di fatto abolito il FSN, compensando tale riduzione di finanziamento con entrate regionali quali la compartecipazione all'IVA e l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF e dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accise sulle benzine.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

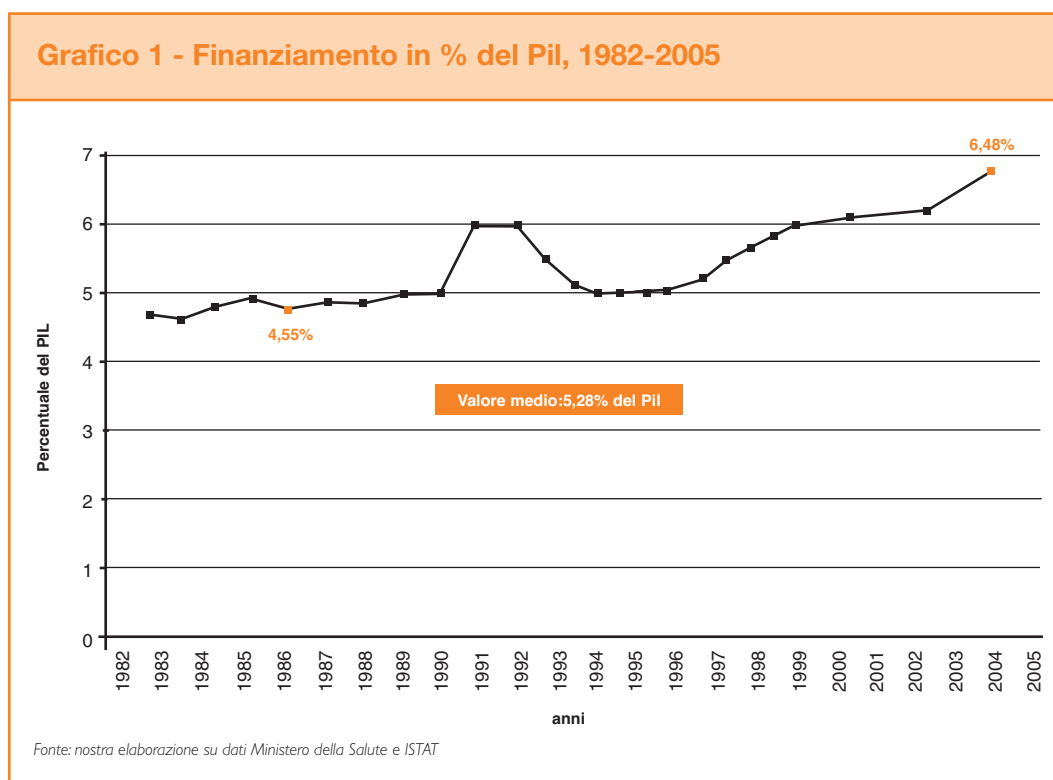
L'autonomia regionale acquisita sul fronte fiscale è stata in pratica sensibilmente ridotta dalla Legge finanziaria per il 2003 e da quella per il 2004, che hanno bloccato le addizionali IRPEF regionali a tutto il 2004. Le modifiche che hanno caratterizzato il sistema di finanziamento del SSN hanno, quindi, in primo luogo portato alla sostanziale abolizione delle imposte di scopo, e in secondo luogo legato il finanziamento all'andamento del Prodotto interno lordo (Pil): è infatti evidente che il gettito dell'IVA sui consumi, che rappresenta parte preponderante del finanziamento, è certamente legato all'andamento del ciclo economico.

Tale legame, rimasto sostanzialmente sulla carta per la mancata applicazione del D.Lgs. n. 56/2000, trova una sua effettiva esecuzione nella volontà espressa dal Ministro della Salute Livia Turco di legare le risorse per la sanità ad una quota prefissata (6,7%) del Pil.

Come è ovvio, le modifiche intervenute comportano anche un cambiamento dell'equità sul versante del finanziamento (Rafaniello e Spandonaro, 2003; Maruotti, Mennini, Piasini e Spandonaro, 2004; Doglia e Spandonaro, 2005).

### 1.7.3 I dati nazionali: l'evoluzione del finanziamento e del disavanzo

Il grafico 1 illustra l'andamento del finanziamento calcolato in percentuale del Pil dal 1982 al 2005<sup>3</sup>.



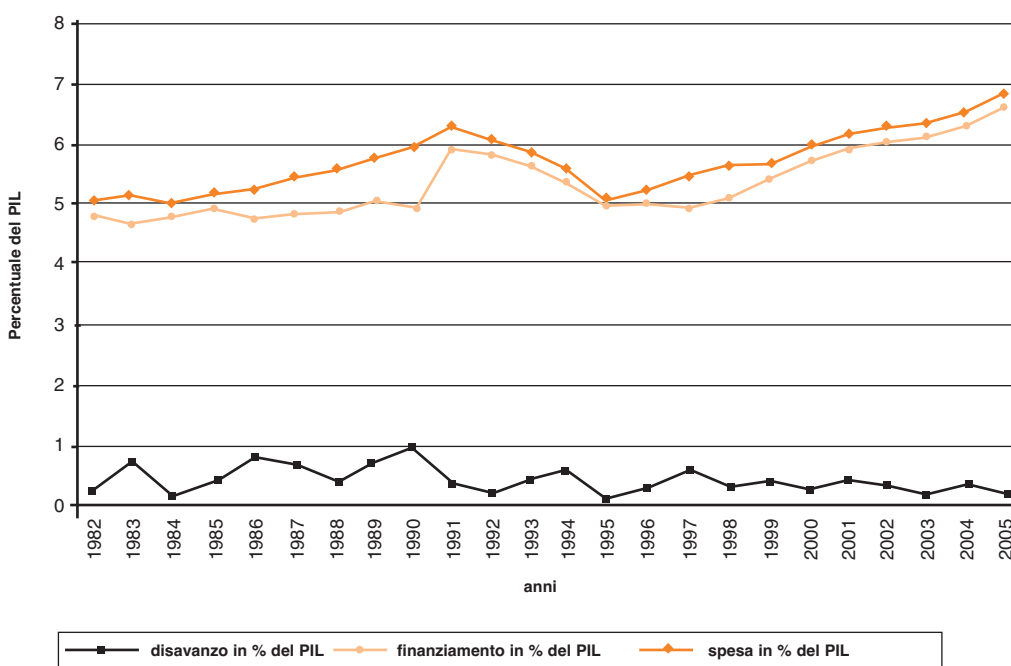
<sup>3</sup> La fonte dei dati sulla spesa sanitaria e sul finanziamento è il Ministero della Salute (D.G. Programmazione Sanitaria, Livelli Essenziali di Assistenza e Principi Etici di Sistema). Il finanziamento analizzato in questo contributo è quello "corrente", per cui vengono compresi i costi relativi alla compartecipazione all'intramoenia ma non quelli straordinari.

Come si può osservare, il 1986 è stato l'anno in cui si è registrato il picco minimo di tale valore: il finanziamento era pari al 4,55% del Pil. Nel 2005, invece, si è riscontrato il livello più alto registrato dal 1982: 6,48% del Pil. Il valore medio dal 1982 al 2005 si è attestato al 5,28% del Pil.

A fronte di un andamento che si dimostra comunque sufficientemente omogeneo, si registra un forte incremento del finanziamento tra il 1990 e il 1991, prima dei meccanismi di riforma e, dopo un calo iniziato a partire dal 1992, si registra una nuova accelerazione che parte dal 1998 e arriva al 2002, per poi giungere al picco massimo del 2005.

Nel grafico 2 si mette a confronto il finanziamento con la spesa sanitaria pubblica corrente<sup>4</sup>: essendo la seconda sistematicamente maggiore del primo, si sono formati disavanzi strutturali in tutti gli anni di vita del SSN<sup>5</sup>.

**Grafico 2 - Confronto tra spesa, finanziamento e disavanzo in % del PIL, 1982-2005**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT

<sup>4</sup> La fonte dei dati è il Ministero della Salute, D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

<sup>5</sup> Si ricorda che le serie storiche del finanziamento e della spesa sono calcolate al netto della gestione straordinaria.

In particolare, sin dalla nascita del SSN si è evidenziato un disavanzo, che nel 1982 era pari allo 0,3% del Pil e che, dopo un calo registrato tra il 1983 e il 1984, negli anni successivi è cresciuto fino ad arrivare al suo picco massimo nel 1990 (circa 1% del Pil). In seguito, fino al 1992 il disavanzo in percentuale del Pil è calato, per poi risalire negli anni successivi anche in seguito alla congiuntura finanziaria conseguente all'entrata in Europa del nostro Paese. Nel 1995 si è registrato il picco minimo (0,1% del Pil), quindi c'è stata una crescita fino al 1997 e poi un andamento abbastanza stabile.

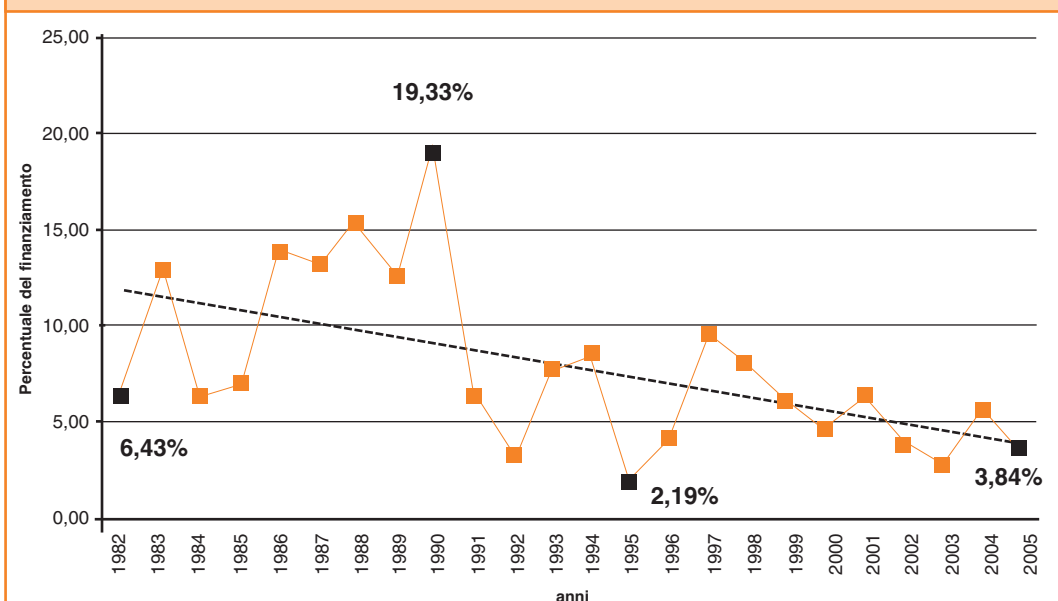
Considerando i valori medi registrati dalle tre serie storiche nel periodo di tempo considerato, si scopre che il finanziamento medio è stato pari, come visto, al 5,28% del Pil, e la spesa sanitaria pubblica al 5,69% del Pil. La media del disavanzo dal 1982 al 2005 è stata pari allo 0,41% del Pil, con un minimo come detto dello 0,3% e un massimo dell'1% del Pil.

In altri termini, per non vedere formarsi disavanzi sarebbe stato necessario tenere stabilmente il livello del finanziamento più alto di poco meno di mezzo punto del Pil.

Nel 2005 il finanziamento si è attestato al 6,48% del Pil; per portare tale valore al 6,7%, come auspicato dal Ministro della Salute Turco, occorre dunque far in modo che cresca dello 0,2%, dimezzando la distanza strutturale citata.

In un'ottica diversa, osservando i disavanzi in percentuale del finanziamento, si vede che il 1990 e il 1995 restano comunque gli anni rispettivamente del picco massimo (19,33% del finanziamento) e del picco minimo (2,19%). Partendo da un disavanzo pari al 6,43% del finanziamento nel 1982 e arrivando al 3,84% nel 2005, l'andamento, come mostrato nel grafico 3, è stato abbastanza irregolare.

**Grafico 3 - Disavanzo nazionale in percentuale del finanziamento, 1982-2005**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Un altro aspetto interessante è dato dal confronto tra l'andamento del finanziamento e quello della spesa per il personale dipendente del SSN, che da sola rappresenta, come noto, circa il 33% della spesa sanitaria pubblica totale<sup>6</sup>.

Nella tabella che segue vengono analizzate le variazioni percentuali (rispetto all'anno precedente) registrate nell'ultimo decennio nei valori assoluti del disavanzo, del finanziamento e della spesa per il personale dipendente del SSN.

**Tabella 1 - Variazione % disavanzo, finanziamento e spesa per il personale SSN rispetto all'anno precedente**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
spesa per il personale SSN	+1,37	+7,99	+10,63	-4,37	+0,39	+9,24	+4,96	+2,71	+1,14	+5,51	+5,54
finanziamento	+4,98	+6,35	+3,04	+5,95	+7,88	+12,69	+8,38	+6,77	+4,39	+5,40	+7,79
disavanzo	-73,13	+106,88	+134,73	-9,21	-18,48	-13,46	+44,85	-31,23	-25,76	+109,66	-29,50

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

Come si può osservare nella tabella 1, dai dati emerge come il disavanzo sia cresciuto in maniera rilevante quando il finanziamento non si è allineato alla spesa per il personale dipendente, fatto attribuibile alla mancata stima degli oneri per i rinnovi contrattuali.

Nella tabella 2 viene mostrato l'andamento per quinquenni della spesa, del finanziamento e conseguentemente del disavanzo, quest'ultimo calcolato in percentuale della spesa.

**Tabella 2 - Finanziamento, spesa e disavanzo per quinquennio**

	1982-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
finanziamento (mil. di euro)	73.203,12	161.708,34	244.571,65	302.546,03	426.787,14
spesa (mil. di euro)	67.697,17	140.510,88	231.578,90	283.826,98	407.973,79
disavanzo (% della spesa)	7,52%	13,11%	5,31%	6,19%	4,41%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

In particolare, il valore più alto di disavanzo accumulato, calcolato in percentuale della spesa, si è registrato nel quinquennio 1986-1990, quando esso ha rappresentato il 13,11% della spesa sanitaria pubblica accumulata nel medesimo periodo. Il disavanzo minore (4,41% della spesa totale) è stato quello registrato nell'ultimo quinquennio (2001-2005), lasciando ben sperare in un riallineamento tendenziale. In definitiva, pur non

<sup>6</sup> Fonte Ministero Salute, anno 2005.

potendosi dimostrare se le risorse destinate al finanziamento del SSN siano state o meno effettivamente sottostimate, si osserva come sin dalla nascita del SSN si siano strutturalmente formati disavanzi. Dall'analisi effettuata emerge, inoltre, come l'andamento del finanziamento non abbia sempre tenuto conto dei principali fattori della produzione (vedi ad esempio il costo del personale dipendente del SSN); infine, va detto che, tutto sommato, l'entità dello scarto tra finanziamento e spesa si sia mantenuta sostanzialmente su un livello mediamente stabile e sostenibile negli anni.

#### 1.7.4 I dati regionali: il riparto delle risorse e i disavanzi

Una delle principali caratteristiche del Sistema sanitario italiano è rappresentata dall'esistenza di criteri di solidarietà che hanno portato ad un livello di finanziamento pro-capite diverso nelle varie Regioni. Nella tabella 3 si riportano, in termini di numeri indici, le quote capitarie assegnate alle Regioni. Emergono alcune significative differenze a livello territoriale: le Regioni del Nord Italia hanno, infatti, mediamente ottenuto un finanziamento più

**Tabella 3 - Numeri indici finanziamento pro-capite**

Regioni	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	scarto 1992/2005
Totale Regioni	100	100	100	100	100	100	100	100	
Piemonte	97,7	101,3	104,5	105,0	104,1	104,0	105,1	107,8	10,1
Valle d'Aosta	99,5	107,1	123,3	105,1	122,7	120,0	120,0	121,4	21,9
Lombardia	100,2	103,0	101,5	99,1	99,3	98,2	98,0	99,3	-0,9
Trentino A.A.	98,7	115,4	125,5	102,4	122,6	127,3	127,2	123,7	25,0
Veneto	101,7	104,9	102,9	100,0	99,1	99,3	102,4	100,6	-1,1
Friuli V.G.	105,4	106,5	106,2	104,5	106,1	104,8	108,4	107,2	1,8
Liguria	111,8	108,6	115,4	114,2	112,6	111,8	112,3	109,2	-2,6
Emilia Romagna	110,8	109,5	110,5	106,9	105,5	104,7	103,1	106,4	-4,4
Toscana	103,0	103,0	105,7	106,3	104,9	104,5	103,8	104,9	1,9
Umbria	103,7	108,2	108,8	105,2	103,6	103,1	102,7	102,8	-0,9
Marche	106,9	102,7	115,4	100,8	100,3	99,6	99,3	101,1	-5,8
Lazio	102,9	98,2	100,4	98,5	99,9	102,4	102,9	99,6	-3,3
Abruzzo	95,7	98,4	99,6	100,4	99,0	98,2	96,7	98,8	3,1
Molise	95,8	95,2	98,5	102,6	100,7	100,3	99,9	103,1	7,3
Campania	96,1	92,2	88,6	93,6	93,6	93,7	91,9	89,9	-6,2
Puglia	95,1	94,9	91,2	94,2	95,3	95,7	95,6	93,5	-1,6
Basilicata	87,6	91,0	88,0	96,9	97,4	96,8	97,7	97,1	9,5
Calabria	91,4	90,8	88,9	96,4	95,6	96,8	95,5	94,9	3,5
Sicilia	95,6	91,6	89,8	95,5	94,7	94,8	94,3	95,9	0,3
Sardegna	94,9	95,1	91,3	98,3	95,1	95,3	94,0	94,4	-0,5
scarto tra valore max e valore min	24,1	24,6	37,5	20,6	29,1	33,6	35,3	33,8	9,7

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT



alto rispetto alla media nazionale e soprattutto rispetto alle Regioni meridionali; tale fenomeno è facilmente spiegabile se si considera che nel settentrione la popolazione è più anziana che nel resto del Paese e che questo è uno degli attuali criteri di riparto ex L. 662 del 1996.

Dalla lettura della tabella per colonna, emerge lo scarto tra finanziamento pro-capite regionale e media nazionale e la sua variabilità. Quest'ultima ha un andamento irregolare difficilmente giustificabile in base a parametri di bisogno e tendenzialmente crescente.

Se invece si leggono i dati per riga, si osserva il trend regionale, ove risalta il forte incremento del Trentino Alto Adige, come della Valle d'Aosta e del Piemonte, e la diminuzione del Lazio e di altre Regioni quali la Campania, le Marche e l'Emilia Romagna.

**Tabella 4 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto (milioni di €) e pro-capite (€)**

Regioni	2001		2002		2003		2004		2005	
	v.a. (mil €)	€ pro- capite	v.a. (mil €)	€ pro- capite	v.a. (mil €)	€ pro- capite	v.a. (mil €)	€ pro- capite	v.a. (mil €)	€ pro- capite
<b>TOTALE</b>										
<b>REGIONI</b>	-4.675,68	-82,09	-3.215,68	-56,42	-2.387,38	-41,65	-5.005,50	-86,47	-3.529,11	-60,37
Piemonte	-269,06	-63,77	-84,66	-20,09	-124,46	-29,41	-548,50	-128,45	6,95	1,60
Valle d'Aosta	-21,93	-183,88	5,06	42,36	4,45	36,79	3,22	26,37	2,70	21,98
Lombardia	-817,43	-90,78	-750,10	-83,03	-393,93	-43,25	-209,43	-22,65	-261,95	-27,89
Trentino A.A.	-282,25	-301,74	-69,51	-73,90	-20,65	-21,73	10,35	10,76	29,85	30,63
Veneto	-452,09	-100,27	-329,29	-72,69	-294,72	-64,39	-70,28	-15,14	-187,90	-39,98
Friuli V.G.	-35,03	-29,65	6,02	5,08	-1,79	-1,50	-11,38	-9,50	-2,55	-2,12
Liguria	-88,35	-55,95	-44,74	-28,50	-51,08	-32,49	-293,48	-186,05	-212,27	-133,31
Emilia Rom.	-267,46	-67,43	-367,96	-92,35	-354,87	-88,05	-622,39	-152,53	-206,50	-49,74
Toscana	-186,52	-53,37	-164,31	-46,98	-110,54	-31,44	-260,76	-73,12	-146,41	-40,69
Umbria	-25,53	-30,97	-43,05	-52,11	-87,49	-104,88	-60,91	-71,83	-6,67	-7,77
Marche	-89,93	-61,42	-71,06	-48,31	-17,65	-11,89	-105,78	-70,29	25,91	17,06
Lazio	-1.096,99	-214,41	-750,85	-146,73	-741,28	-144,05	-1.288,82	-247,60	-1.386,41	-263,08
Abruzzo	-115,02	-91,19	-147,23	-116,63	-149,28	-117,24	-151,34	-117,69	-160,08	-123,21
Molise	-22,17	-68,97	-14,68	-45,82	-42,22	-131,51	-45,56	-141,61	-31,42	-97,58
Campania	-556,22	-97,44	-340,15	-59,66	-290,80	-50,79	-867,79	-150,65	-927,84	-160,28
Puglia	-66,97	-16,63	129,16	32,13	227,87	56,63	156,89	38,82	125,95	30,96
Basilicata	33,98	56,70	57,71	96,58	44,47	74,51	28,82	48,28	49,79	83,46
Calabria	-51,98	-25,75	38,62	19,22	200,76	100,01	47,88	23,80	172,13	85,67
Sicilia	-217,42	-43,68	-154,68	-31,15	-97,46	-19,60	-555,02	-110,93	-280,14	-55,88
Sardegna	-47,31	-28,94	-119,96	-73,56	-86,71	-52,95	-161,23	-98,13	-132,24	-80,14

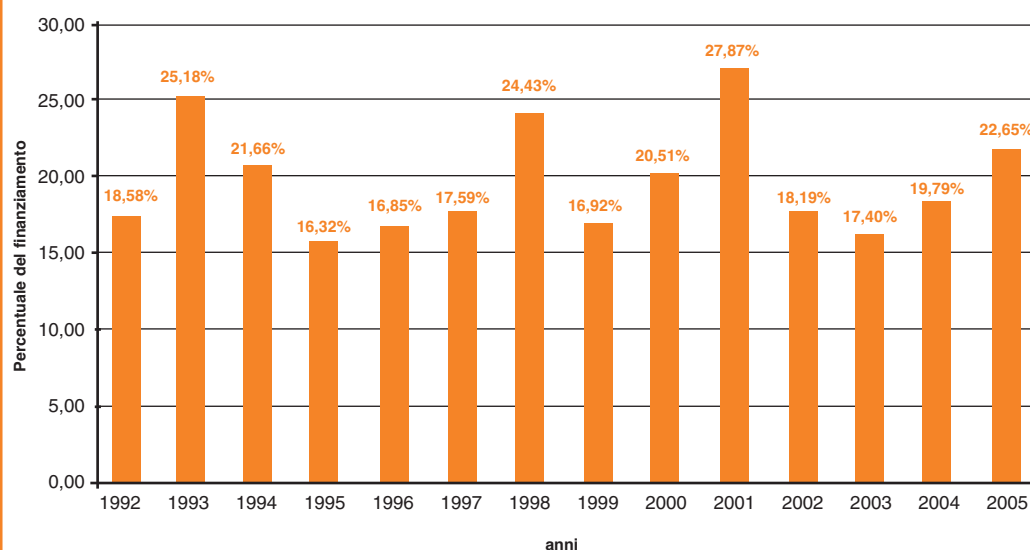
Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT



Nella tabella 4 vengono messi a confronto i disavanzi in valore assoluto e quelli pro-capite registrati nelle varie Regioni italiane negli anni dell'ultimo quinquennio (2001-2005). Si evince immediatamente come i disavanzi si siano concentrati in alcune Regioni, portando alla norma del recente Patto per la Salute che prevede per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio cui potranno attingere le Regioni che si trovano più in difficoltà. È opportuno rimarcare che, in linea di massima, i maggiori disavanzi pro-capite coincidono con i maggiori disavanzi in termini assoluti.

Come si evince dal grafico 4, l'anno, del periodo considerato, in cui si è registrata la minore variabilità è stato il 1995, quando la Basilicata presentava un avanzo pari al 6,9% del finanziamento, a fronte di un Lazio con un disavanzo del 10,24% del finanziamento.

**Grafico 4 - Variabilità nei disavanzi regionali (in % del finanziamento).  
Scarti percentuali tra valore massimo e valore minimo**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute

La maggiore variabilità a livello territoriale si è manifestata invece nel 2001: la Basilicata registrava un avanzo pari al 4,63% del finanziamento, contro un disavanzo del 23,25% del finanziamento del Trentino, seguito da quello del Lazio pari al 17,18% del finanziamento. In definitiva si evidenzia come l'evoluzione del finanziamento sia stata piuttosto difforme tra le varie Regioni italiane. La variabilità potrebbe in sé essere un fattore positivo, se legata ai differenti bisogni locali; gli andamenti irregolari lasciano però dubbi sulla logica dei riparti.

Peraltro, essendosi i disavanzi progressivamente concentrati in poche Regioni, risulta difficile governare il sistema con gli strumenti ordinari.

### **1.7.5 Conclusioni**

Di seguito si sintetizzano le principali evidenze dello studio e alcune indicazioni di *policy*.

1. Con l'evoluzione del sistema di finanziamento sono sparite negli anni le imposte di scopo e si è così perso un elemento di trasparenza sull'utilizzo del finanziamento.
2. Sebbene l'analisi effettuata non consenta di affermare che le risorse assegnate per la sanità siano sottostimate, si osserva che il finanziamento del SSN è sempre stato strutturalmente inferiore alla spesa sanitaria pubblica corrente: nel periodo 1982-2005 mediamente dello 0,41% del Pil. Portando il finanziamento al 6,7%, tendenzialmente si dimezzerebbe tale scarto strutturale.
3. Il tasso di crescita del finanziamento risulta irregolare e sembra essere legato più al ciclo di finanza pubblica (quindi alle risorse disponibili) che al reale fabbisogno sanitario.
4. Lo stanziamento delle risorse per la sanità sembra essere scollegato rispetto alla principale voce di costo, quella per il personale dipendente del SSN, dimostrando la necessità di un migliore governo dei contratti e della stima degli oneri conseguenti.
5. L'andamento del finanziamento risulta difforme a livello territoriale, con una variabilità tra le Regioni che è andata aumentando negli anni, non sempre in modo riconducibile ai bisogni specifici.
6. I disavanzi accumulati negli anni si sono concentrati in poche Regioni, implicando una maggiore difficoltà di governo del sistema con strumenti ordinari: in questo senso va la previsione della Finanziaria 2007 di un Fondo di accompagnamento (di 1 miliardo per l'anno 2007) per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati.

### **Riferimenti bibliografici**

- Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di) (2005), "L'aziendalizzazione della sanità italiana – Rapporto OASI 2005", EGEA, Milano.
- Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani? – Una ricostruzione accurata degli effetti redistributivi prodotti dal nostro sistema sanitario", Società editrice Il Mulino, Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), "L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale Italiano" in Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Sette parole chiave del SSN, 3° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- ISTAT (1998-2006), "Dati demografici e indicatori economici" (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Maruotti A, Mennini FS, Piasini L, Spandonaro F (2004), "Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano", in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza, 2° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" (su [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)).
- Ministero della Salute (1998-2006), "Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2005". D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

- Rafaniello A, Spandonaro F (2003), “Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi”, in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Bisogni, risorse e nuove strategie, 1° Rapporto CEIS Sanità, Italtromo Esis Publishing, Roma.