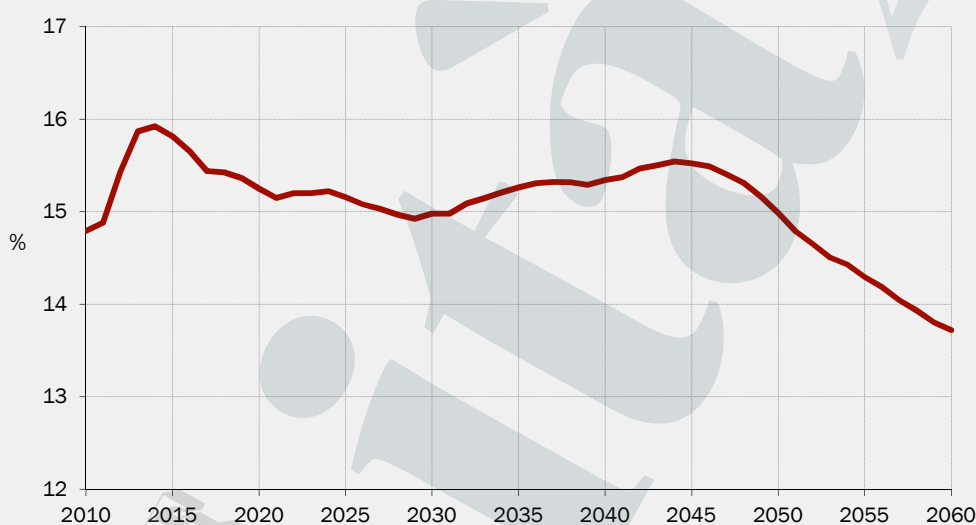


raggiunge il 15,5 per cento. Nella parte finale del periodo di previsione, il rapporto decresce significativamente attestandosi al 13,7 per cento nel 2060. Il decremento è dovuto essenzialmente al completamento del passaggio dal sistema di calcolo misto a quello contributivo, che determina un'attenuazione della dinamica degli importi di pensione di nuova liquidazione (anche per effetto della revisione dei coefficienti di trasformazione), nonché alla progressiva eliminazione delle coorti dei pensionati nati negli anni del baby boom.

L'andamento previsto mostra come il processo di riforma del sistema pensionistico attuato nel corso degli ultimi due decenni riesca, in misura sostanziale, a compensare i potenziali effetti di medio-lungo periodo della transizione demografica sulla spesa pubblica per pensioni come anche evidenziato in sede internazionale⁴⁸.

FIGURA III.2-1 SPESA PUBBLICA PER PENSIONI IN % PIL



III.3 SANITÀ

Risultati

Nel 2015, la spesa sanitaria corrente del Conto economico consolidato della sanità relativo alle istituzioni delle Amministrazioni pubbliche è risultata, nelle stime di Contabilità nazionale, pari a 112.408 milioni⁴⁹, con un tasso di incremento dell'1 per cento rispetto al 2014. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue:

⁴⁸ Economic Policy Committee-European Commission (2015), *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-28 Member States, 2013-2060*.

⁴⁹ La stima di Contabilità nazionale tiene conto dei dati del Conto Economico (CE) delle aziende del Servizio sanitario nazionale relativi al IV trimestre 2015. Rispetto al dato riportato nella Nota di aggiornamento del DEF 2015 (pari a 111.289 milioni), si registra un incremento di circa 1,1 miliardi di euro, dovuto principalmente alla dinamica della spesa per prodotti farmaceutici ospedalieri e per distribuzione diretta inclusi nei consumi intermedi a cui si aggiunge la revisione al rialzo della stima degli ammortamenti del settore sanitario per circa 250 milioni nel 2014, con effetto di trascinamento nel 2015.

- la spesa per i redditi da lavoro dipendente è pari a 35.158 milioni, in riduzione dello 0,8 per cento rispetto al 2014. Tale dinamica conferma gli effetti positivi derivanti dagli strumenti di *governance* del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato-Regioni intervenuti in materia. La contrazione osservata nel 2015 è influenzata dai seguenti fattori:
 - il blocco del *turnover* in vigore nelle regioni sotto piano di rientro, sia nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa, sia a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i.;
 - le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro;
 - gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- la spesa per i consumi intermedi è pari a 30.969 milioni, in crescita rispetto al 2014 del 5,2 per cento. La dinamica complessiva dell'aggregato è essenzialmente determinata dal tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici⁵⁰ che registra un aumento di poco inferiore al 20 per cento, per lo più imputabile all'immissione in commercio di importanti farmaci innovativi, tra i quali quelli per la cura dell'epatite C, caratterizzati da un costo elevato. Tale incremento sarebbe risultato significativamente superiore in assenza delle disposizioni in materia di *pay-back* previste nella Legge di Stabilità 2016, che hanno consentito alle regioni l'iscrizione nei propri bilanci delle somme dovute dalle aziende farmaceutiche per il superamento dei tetti di spesa negli anni 2013 e 2014⁵¹.

Al netto della componente farmaceutica, che rappresenta circa un terzo dell'aggregato complessivo, gli altri consumi intermedi registrano, viceversa, una diminuzione di poco inferiore all'1 per cento. Tale risultato beneficia delle vigenti misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, fra le quali:

 - la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
 - la possibilità, introdotta dal decreto legge 78/2015⁵², per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti d'acquisto con i fornitori;

⁵⁰ Trattasi per lo più di prodotti farmaceutici acquistati dalle aziende sanitarie per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta.

⁵¹ Articolo 2 del decreto legge 179/2015 e articolo 1, commi 702 e 703 della legge 208/2015. In particolare, la disposizione stabilisce che nelle more della conclusione delle procedure amministrative da parte dell'AIFA, le regioni possono iscrivere nei bilanci del 2015 il 90% delle somme dovute dalle aziende farmaceutiche per il superamento dei tetti di spesa registrato nel 2013 e nel 2014. La quasi totalità di tali importi è riferita al superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera, inclusa nei consumi intermedi.

⁵² Articolo 9-ter, comma 1 del decreto legge 78/2015, convertito, con modificazioni, dalla legge 125/2015.

- la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4 per cento del fabbisogno sanitario regionale *standard*⁵³.
- la spesa per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market è pari a 39.744 milioni, in diminuzione dello 0,5 per cento rispetto al 2014. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:
 - la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 8.290 milioni, in riduzione dell'1,2 per cento rispetto al 2014. Tale risultato conferma la contrazione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento della spesa farmaceutica previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto della spesa farmaceutica territoriale⁵⁴, con attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del predetto tetto. Unitamente a ciò, la dinamica dell'aggregato è positivamente influenzata dai seguenti fattori:
 - la riduzione del numero delle ricette, in misura pari al 2,3 per cento circa rispetto al 2014;
 - la crescita della quota di compartecipazione a carico dei cittadini, con un incremento di circa l'1 per cento rispetto al 2014.
 - la spesa per l'assistenza medico-generica è pari a 6.671 milioni, sostanzialmente in linea con il valore del 2014 (+0,1%).
 - la spesa per le altre prestazioni sociali in natura (ospedaliera, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 24.783 milioni, in riduzione dello 0,4 per cento rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa riflette:
 - una migliore regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale;
 - la riduzione in misura percentuale fissa degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da erogatori privati accreditati prevista dalla normativa vigente⁵⁵.
- per le altre componenti di spesa, il livello di spesa è pari a 6.537 milioni, con un incremento dello 0,6 per cento rispetto al 2014.

⁵³ Tale tetto, originariamente introdotto dall'articolo 17, comma 2 del decreto legge 98/2011, è stato fissato al 4,4 per cento dall'articolo 1, comma 131, lettera b) della legge 228/2012 (Legge di Stabilità 2013).

⁵⁴ A decorrere dal 2013, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è pari all'11,35 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (articolo 15, comma 3 del decreto legge 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012).

⁵⁵ Articolo 15, comma 14, del decreto legge 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012.

TABELLA III.3-1 SPESA SANITARIA 2012 – 2015

	2012	2013	2014	2015
Spesa Sanitaria	110.416	109.907	111.304	112.408
In % di PIL	6,8%	6,9%	6,9%	6,9%
Tasso di variazione in %		-0,5%	1,3%	1,0%

Previsioni

Le previsioni sono state effettuate sulla base delle legislazione vigente e del quadro macroeconomico elaborato per il periodo di riferimento⁵⁶. In particolare, esse scontano, per il 2016, la manovra di 1.783 milioni prevista dalla Legge di stabilità 2016⁵⁷ e, per gli anni 2017 e successivi, il contributo del settore sanitario alla complessiva manovra a carico delle regioni, introdotta sempre dalla Legge di stabilità 2016⁵⁸. Tale contributo è stato definito in sede di Intesa Stato-Regioni dello scorso 11 febbraio in 3.500 milioni per il 2017 ed in 5.000 milioni a decorrere dal 2018.

Previsioni per l'anno 2016

La spesa sanitaria del 2016 è prevista per un importo pari a 113.376 milioni, con un tasso di crescita dello 0,9 per cento. Tale livello sconta la predetta manovra di 1.783 milioni. Nel dettaglio, la previsione evidenzia:

- per i redditi da lavoro dipendente, un livello di spesa pari a 35.375 milioni. La previsione sconta l'applicazione delle disposizioni previste dalla Legge di stabilità 2016 in materia di rinnovi contrattuali⁵⁹ e la riduzione permanente delle risorse destinate al trattamento accessorio definita dalla legislazione vigente⁶⁰.
- per i consumi intermedi, un livello di spesa pari a 31.543 milioni. La previsione riflette un profilo di spesa coerente con la dinamica fatta registrare in media dall'aggregato negli ultimi anni. In particolare, per quanto riguarda la componente farmaceutica, essa sconta i maggiori costi connessi all'immissione sul mercato di farmaci innovativi erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri ovvero in regime di distribuzione diretta. Per le altre componenti dei consumi intermedi, essa tiene conto della prosecuzione degli effetti di contenimento derivanti dalle misure già implementate nella legislazione vigente.
- per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market, un livello di spesa pari a 39.903 milioni. Con riferimento alle singole componenti costituenti l'aggregato:
 - per l'assistenza farmaceutica convenzionata è prevista una spesa pari a 8.323 milioni. Il livello di spesa sconta le misure di contenimento della

⁵⁶ Le previsioni recepiscono i dati del Conto economico consolidato della Sanità per gli anni 2013, 2014 e 2015, predisposto dall'Istat a seguito dell'acquisizione dei dati CE del IV Trimestre 2015, delle rettifiche operate sui dati di Consuntivo 2013 e dell'acquisizione dei dati di Consuntivo 2014.

⁵⁷ Articolo 1, comma 568 della legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

⁵⁸ Articolo 1, comma 680 della legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016).

⁵⁹ Articolo 1, comma 469 della legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016).

⁶⁰ Articolo 1, comma 456 della legge 147/2013 (Legge di stabilità 2014).

spesa farmaceutica previste dalla normativa vigente e risulta coerente con il rispetto del tetto dell'11,35 per cento della spesa farmaceutica territoriale;

- per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 6.713 milioni, tenuto conto delle specifiche disposizioni in materia di rinnovo della convenzione⁶¹;
- per le altre prestazioni sociali in natura (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è prevista una spesa pari a 24.867 milioni. La previsione tiene conto del *trend* storico dell'aggregato e delle misure previste dalla vigente normativa.
- per le altre componenti di spesa è previsto un livello di spesa pari a 6.555 milioni.

Previsioni per gli anni 2017-2019

Nel triennio 2017-2019, la spesa sanitaria è prevista crescere ad un tasso medio annuo dell'1,5 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale cresce in media del 2,8 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,5 per cento. La previsione riflette:

- il contributo del Servizio sanitario nazionale alla complessiva manovra a carico delle regioni definita dalla Legge di Stabilità 2016, stabilito in 3.500 milioni per il 2017 e 5.000 milioni a decorrere dal 2018, inclusivi della manovra di 1.783 milioni del 2016;
- un profilo di spesa per i diversi aggregati coerente con la dinamica fatta registrare in media negli ultimi anni (al netto del predetto contributo);
- gli interventi di contenimento della spesa sanitaria già programmati a legislazione vigente;
- la normativa disciplinante l'indennità di vacanza contrattuale per il personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale⁶²;
- la citata riduzione permanente delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale dipendente, prevista dalla legislazione vigente.

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2016 – 2019

	2016	2017	2018	2019
Spesa sanitaria	113.376	114.789	116.170	118.505
In % di PIL	6,8%	6,7%	6,6%	6,5%
Tasso di variazione in %	0,9%	1,2%	1,2%	2,0%

⁶¹ Articolo 1, comma 470 della legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

⁶² Articolo 1, commi 452 e 454 della legge 147/2013 (Legge di Stabilità 2014) e articolo 1, comma 255 della legge 190/2014 (Legge di Stabilità 2015).